

Estilos Pessoais dos Terapeutas e Estilos de Vinculação

Patricia de Assunção Martins Evaristo



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

# Estilos Pessoais dos Terapeutas e Estilos de Vinculação

**Patricia de Assunção Martins Evaristo**  
Orientação: Prof. Doutora Constança Biscaia

Mestrado em Psicologia  
Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

UE  
172  
858

Évora | 2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

# Estilos Pessoais dos Terapeutas e Estilos de Vinculação

**Patrícia de Assunção Martins Evaristo**

Orientação: Prof. Doutora Constança Biscaia



172 858

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*



## **Agradecimentos**

À minha orientadora Professora Doutora Constança Biscaia, agradeço a disponibilidade, a sabedoria e os ensinamentos constantes em todo o processo de orientação científica desta dissertação.

A todos os terapeutas que participaram neste estudo, o meu especial obrigado pela sua colaboração.

À minha família, em especial aos meus pais e irmão, pelo apoio incondicional, compreensão nos momentos de maior indisponibilidade minha, e por estarem sempre presentes.

Ao Hélder, que em todos os momentos o sinto ao meu lado, agradeço com um carinho muito especial a presença, a partilha, a compreensão e o incentivo, fundamentais no desenvolvimento deste projecto.

E, finalmente, a todos os meus amigos que me apoiaram ao longo de todo este processo, especialmente à Lídia pelas constantes manifestações de interesse, ajuda e encorajamento.



## Índice

Agradecimentos: .....	V
Índice: .....	VII
Índice de Tabelas:.....	IX
Índice de Figuras:.....	XI
Abreviaturas:.....	XIII
Resumo:.....	XV
Abstract:.....	XVII

Introdução: .....	19
-------------------	----

## Parte I

<b>Enquadramento Teórico:.....</b>	<b>21</b>
1. Dimensões Relacionais em Psicoterapia:.....	21
1.1. A Psicoterapia:.....	21
1.2. Relação terapêutica:.....	22
1.2.1. A importância do estudo da relação terapêutica:.....	23
1.3. O papel do Psicoterapeuta:.....	24
1.4. Estilo Pessoal:.....	26
1.4.1 O porque da relevância do Estilo pessoal:.....	26
1.4.2. Estilos pessoais dos Terapeutas:.....	26
1.4.3. Representações Profissionais:.....	35
2. Vinculação:.....	37
2.1. A vinculação:.....	37
2.2. As primeiras teorias da vinculação:.....	38
2.3. A vinculação ao longo da Infância:.....	40
2.4. A vinculação ao longo da Adolescência:.....	40
2.5. A vinculação no Adulto:.....	42
2.5.1. Estilos de Vinculação no adulto:.....	46
2.5.2. Dimensão representacional na vinculação do Adulto:.....	48

## Parte II

<b>Estudo Empírico:</b> .....	51
1. Apresentação do problema:.....	51
1.1. Objectivos de Estudo:.....	52
2. Método:.....	53
2.1 Participantes:.....	53
2.1.1. Caracterização dos participantes:.....	53
2.2 Procedimentos:.....	56
2.2.1. Recolha de dados:.....	56
2.2.2. Caracterização dos instrumentos:.....	57
3. Apresentação e Análise de Dados:.....	63
3.1. Análise de dados recolhidos com o questionário EPT:.....	63
3.2. Análise de dados recolhidos com a escala de vinculação EVA:.....	68
3.3. Análise da correlação entre os Estilos Pessoais dos terapeutas e os estilos de vinculação:.....	71
4. Discussão de Resultados:.....	81
5. Conclusões.....	89
Referencias Bibliográficas:.....	91
Anexos:.....	XCVII
Anexo I – Pedido de autorização/Colaboração.....	XCVIII
Anexo II – Ficha de dados sócio-demográficos e profissionais.....	XCIX
Anexo III – Questionário Estilo Pessoal do Terapeuta.....	CI
Anexo IV – Escala de Vinculação EVA.....	CV

## Índice de Tabelas

- Tabela 1.** As funções do estilo pessoal do terapeuta e as correspondentes dimensões bipolares do perfil do terapeuta (Fernández-Álvarez, 1998)
- Tabela 2.** Valores do  $\alpha$  de Cronbach e do coeficiente de correlação de Pearson de cada função com os seus itens constituintes e com a função global
- Tabela 3.** Valores do  $\alpha$  de Cronbach e do coeficiente de correlação de Pearson de cada função com os seus itens constituintes e com a função global do questionário EPT da versão original (Fernández - Álvarez e tal, 2003)
- Tabela 4.** Adequabilidade da análise factorial EPT
- Tabela 5.** Correlações das funções do questionário EPT
- Tabela 6.** Fiabilidade das dimensões EVA
- Tabela 7..** Valores da fiabilidade das dimensões EVA versão Portuguesa (Canavarro, Dias, Lima, 2006)
- Tabela 8.** Validade da análise factorial EVA
- Tabela 9.** Estilos de vinculação predominante
- Tabela 10.** Cruzamento das funções dos estilos pessoais e os estilos de vinculação
- Tabela 11.** Teste de Independência do Qui-Quadrado Função de Atenção
- Tabela 12.** Teste de Independência do Qui-Quadrado Função Instrutiva
- Tabela 13.** Teste de Independência do Qui-Quadrado Função de Expressão
- Tabela 14.** Teste de Independência do Qui-Quadrado Função Operativa
- Tabela 15.** Teste de Independência do Qui-Quadrado Função Avaliativa
- Tabela 16.** Teste de Independência do Qui-Quadrado Função de Comprometimento





## Índice de figuras

- Figura 1.** Comparação do género dos Terapeutas Inqueridos.
- Figura 2.** Orientação teórica dos Terapeutas inqueridos.
- Figura 3.** Grupo etário dos clientes acompanhados pelos Terapeutas Inquiridos.
- Figura 4.** Tipo de problemáticas acompanhadas pelos Terapeutas Inqueridos.
- Figura 5.** Anos de Experiência profissional dos terapeutas inquiridos.
- Figura 6.** Médias para as diferentes orientações teóricas dos terapeutas na função Operativa.
- Figura 7.** Médias para as diferentes orientações teóricas dos terapeutas na função Avaliativa.
- Figura 8.** Percentagem dos estilos de vinculação predominante.
- Figura 9.** Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função de comprometimento.
- Figura 10.** Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Expressiva.
- Figura 11.** Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função de Atenção.
- Figura 12.** Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Instrutiva.
- Figura 13.** Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Avaliativa.
- Figura 14.** Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Operativa.



## **Abreviaturas**

**EPT-** Estilo Pessoal do Terapeuta

**EVA-** Escala de Vinculação do Adulto

**M** – Média

**PST-Q** – Personal Style of the Therapist

**AAS-R** - Adult Attachment Scale-R



## **Titulo: “Estilos Pessoais do Terapeuta e Estilos de Vinculação”**

### **Resumo**

Neste estudo, procurou-se estudar a relação entre estilos pessoais e estilos de vinculação na relação terapêutica, procurando também, identificar outros aspectos que influenciam quer os estilos pessoais quer os estilos de vinculação numa amostra de psicoterapeutas. Esta amostra foi constituída por 40 licenciados em Psicologia Clínica, de ambos os sexos, com diferentes anos de experiência profissional. Os instrumentos utilizados foram o Questionário do Estilo pessoal (EPT) e a Escala de Vinculação de Adultos (EVA). Os resultados apontaram para uma associação entre a função instrutiva do EPT e o estilo de vinculação (terapeutas rígidos apresentam um estilo de vinculação ambivalente, enquanto que os terapeutas flexíveis apresentam um estilo de vinculação seguro), e entre algumas das funções do EPT com a orientação teórica, o grupo etários dos clientes e o género dos terapeutas. Conclui-se que a forma como os terapeutas estabelecem e regulam as suas sessões, está associada ao estilo de vinculação.

**Palavras-Chave:** *Estilos pessoais do terapeuta; vinculação no adulto; estilos de vinculação; Relação Terapêutica.*



**Title: “Personnel styles of the therapist and Attachment styles”**

**Abstract**

In this study, the priority goal was to identify which type of relationship exist between personnel styles and attachment styles in the therapeutic relationship; still point a characterization and a recognition of what aspects that can influence it, and then analyse it. The sample were constituted by 40 psychotherapists, they have a licenciature degree in clinical psychology, and the years of professional experience or the duration that they have the degree don't matter. The questionnaire EPT-C and the Adult attachment Scale-R (AAS-R). The results point to the association between the instructive function and attachment styles, as to the EPT-C functions with theoretic orientation, age groups of clients, and therapists genres. The therapists that are rigids show a ambivalent style; but therapists flexible shows a secure style of attachment. Indeed the way as therapists establish and regulate their sessions, is associated to the attachment style.

**Key-Words:** *Personal style of the therapist; adult attachment; attachment style; therapeutic relationship*





## Introdução

A tese de Mestrado que aqui se apresenta vem na sequência do estudo das características pessoais dos terapeutas enquanto pessoas e no processo relacional em Psicoterapia, partindo dos estudos: *“Estilo pessoal do Terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q”* de Margareth Oliveira, Maria Nunes da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e Fernández-Álvarez e Fernando Garcia da Fundação Aiglé (2006); *“Assessment Questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q”* de Fernández-Álvarez, Fernando Garcia, Julio Lo Bianco da fundação de Buenos Aires e de Corbella da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e do Desporto da Universidade Ramon Llull (2003) e, *“Parar, pensar e avaliar a Psicoterapia – Contribuições da investigação de díades de Terapeutas e clientes Portugueses”* (2007).

O estudo das características pessoais tem sido cada vez mais abrangido na investigação em Psicoterapia e considerado primordial no estabelecimento da relação terapêutica.

Assim, esta investigação tem como tese fundamental estudar as dimensões das características pessoais dos terapeutas, introduzindo a dimensão dos estilos de vinculação no processo relacional enquanto pessoa.

Este estudo revela-se pertinente uma vez que vai permitir aprofundar quer os aspectos técnicos quer os aspectos relacionais dos terapeutas no processo da psicoterapia, assim como as suas representações profissionais.

Do ponto de vista da estrutura, esta investigação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte do trabalho fará referência a uma análise do contexto bibliográfico inerente ao tema de investigação, abrangendo as dimensões relacionais em Psicoterapia (sendo este o capítulo central desta investigação) e a vinculação enquanto processo relacional.

Assim, no primeiro capítulo será abordado o subtema da psicoterapia enquanto espaço promotor de mudanças e de estabelecimento da relação terapêutica, o subtema de relação terapêutica como dimensão relacional, subtema do papel do psicoterapeuta desenvolvendo questões ligadas ao seu funcionamento pessoal na dinâmica do processo relacional, o subtema estilos pessoais que remetem para as características pessoais destes profissionais diferenciando-as dos aspectos teóricos que lhes são inculcados ao longo da sua formação profissional e, por último as representações profissionais destes uma vez que o interesse deste estudo é centrarmo-nos neles enquanto pessoas.

O segundo capítulo faz referência a importância dos estilos de vinculação enquanto processo relacional, nele será abordado a vinculação em termos gerais da qual se partirá para o estudo da vinculação no adulto, uma vez que estamos a trabalhar com uma população adulta.

A segunda parte do trabalho consiste no estudo empírico, onde se apresenta o problema de estudo, caracteriza-se o método utilizado, assim como a amostra, e os instrumentos utilizados para a recolha de dados, nomeadamente: O questionário dos Estilos Pessoais do Terapeuta de Fernández Álvarez, 1998; Corbella, 2003) e a Escala de Vinculação EVA (M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R; Soares, 2007), a descrição do estudo assim como os objectivos definidos para este, os resultados alcançados e a discussão dos mesmos; por último ainda se apresenta as conclusões e perspectivas futuras, destinada a reflectir sobre a investigação do estudo das características pessoais dos psicoterapeutas e das dimensões relacionais em Psicoterapia.

*“Se soubéssemos o que iríamos fazer, não chamaríamos a isto investigação, pois não?”  
Albert Einstein*

## Parte I

### Enquadramento Teórico

#### **1. Dimensões Relacionais em Psicoterapia**

##### **1. 1. A Psicoterapia**

De acordo com Porot (1975) cit. por Gilliéron (1997) a psicoterapia é: “o conjunto dos meios através dos quais agimos sobre a mente doente ou sobre o corpo doente pela intervenção da mente”.

No entanto a definição de Psicoterapia não é fácil, o seu domínio é extremamente vasto e compreende múltiplas formas de intervenção, nomeadamente: a Psicoterapia Comportamental (*Behaviour Therapies*), a Psicoterapia Psicanalítica, a Psicoterapia Dinâmica, a Psicoterapia Sistémica, as Psicoterapias individuais e em grupo; algumas destas psicoterapias são designadas em função da sua *prática*, outras em função da sua referência *teórica* (como é o caso da Psicoterapia Comportamental), ou ainda simplesmente pelo número ou tipo de participantes (grupos, famílias) (Filho, s/d).

A Psicoterapia é portanto um espaço onde existe uma grande diversidade de procedimentos, estes procedimentos podem ser considerados abertos ou fechados, nomeadamente, Corbella (2005) cit. por Soares (2007c) refere que alguns terapeutas se sentem mais confortáveis quando conhecem antecipadamente cada um dos procedimentos da sessão, (por exemplo, os manuais terapêuticos) enquanto que outros, preferem que exista uma grande margem para a improvisação (modelos dinâmicos, expressivos). Quanto mais delimitada for a psicoterapia maior possibilidade existe de controlar o seu curso de acção.

Segundo Corbella (2005) cit. por Soares (2007c), para programar uma psicoterapia, há que ter em conta um conjunto de factores, que poderão facilitar ou dificultar o processo:

a) Quanto mais difícil é o problema, ou quanto menos se sabe sobre ele, ou sobre problemas idênticos, menos probabilidade há-de conhecer de antemão o que se deve fazer;

b) As formas mais directivas de intervenção estão ligadas a modelos mais preditivos, enquanto as formas mais discursivas se relacionam com modalidades mais abertas;

c) Os dispositivos mais simples só admitem programas terapêuticos mais sensíveis;

d) Algumas técnicas estão claramente desenhadas para serem aplicadas de um modo racional e seguindo passos bem delineados, enquanto que outras modalidades implicam uma forma de intervenção mais intuitiva.

Assim, esta também pode ser realizada de forma deliberada tendo em conta determinadas regras. Em ambos os casos, implica sempre a participação pessoal do terapeuta. A avaliação contínua está em todos os momentos de psicoterapia. O terapeuta deve avaliar o início, o desenvolvimento e os resultados alcançados. Avaliar o desenvolvimento implica explorar/avaliar tanto a constituição da relação terapêutica como a implementação das técnicas. Alguns terapeutas ressaltam na sua avaliação a forma como seguiram todos os procedimentos de intervenção, enquanto outros concentram-se no grau de satisfação percebido pelo cliente. Segundo Corbella (2005) cit. por Soares (2007c) quem se centra mais na aplicação correcta dos procedimentos é mais crítico no seu processo de avaliação, enquanto que os terapeutas que se focam na satisfação do cliente têm uma atitude mais optimista.

Tal como já foi referido o trabalho em psicoterapia implica um elevado grau de envolvimento pessoal por parte do terapeuta, nalguns casos, implica um elevado grau de risco, dependendo da complexidade dos casos clínicos e da estabilidade pessoal dos terapeutas. Pode se entender que um compromisso adequado será aquele que situa o envolvimento intra pessoal num nível médio.

Contudo, em determinadas circunstâncias, existem envolvimento muito intensos ou muito ligeiros que poderão ser mais benéficos para o processo terapêutico. Alguns clientes necessitam de terapeutas com um alto nível de comprometimento intra pessoal, noutros casos, acontece o contrário, ou seja, alguns clientes são beneficiados se o terapeuta não estiver demasiado envolvido na vida do cliente (Soares, 2007c).

## **1.2. Relação Terapêutica**

A relação terapêutica tem sido simplesmente definida como “a qualidade pessoal do paciente, a qualidade do terapeuta, e a interacção entre ambos” (Rogers, 1985). Kohlenberg (1994) cit. por Alvarez & Silveira (2002) destacou o papel da relação terapêutica e utilizou-a como instrumento para a promoção da mudança clínica.

A relação caracteriza-se por dois parâmetros principais: o *modo de comunicação* e os *comportamentos recíprocos codificados* (Rogers, 1985).

A comunicação pode ser predominante verbal ou não verbal (relaxação, jogo, etc), passar pelo grito, o corpo, a música, etc.

As regras que presidem a esta relação comportam um aspecto ético (direitos e deveres pelos interlocutores), bem como um aspecto técnico (directividade, neutralidade, abstinência, segredo, actividade, passividade, etc) e definem os comportamentos recíprocos, tanto os do terapeuta, como também os do cliente (estatuto de terapeuta e estatuto do cliente).

Todos estes parâmetros permitem definir uma espécie de “jogo” que distingue a relação terapêutica de uma relação interpessoal convencional.

Os estudos de Fernández-Álvarez & Fernando Garcia (1998) focam-se na compreensão de como os factores da relação funcionam com os outros factores comuns e específicos para ajudar o paciente a mudar e assim sugere-se que uma boa aliança terapêutica poderá ser um produto de um bom resultado em vez de o contrário.

Contudo também há alguns aspectos que podem condicionar a relação terapêutica, nomeadamente: os comportamentos do terapeuta, os comportamentos do cliente e mesmo também os desafios que podem emergir para essa relação. Cabe ao terapeuta contornar estes “possíveis” obstáculos; assim estes terapeutas estão susceptíveis a sentimentos negativos em relação aos seus clientes, cujo não são demonstrados mas que têm impacto no estabelecimento de uma boa aliança. O facto de o terapeuta impor os seus próprios valores, fazer comentários irrelevantes, serem críticos, aborrecidos, moralistas, ou indecisos pode fazer com que o cliente tenha um comportamento defensivo, e pode ter assim um impacto negativo nessa relação (Lopez-Ibor, 2008).

Assim uma relação é bem sucedida quando se transforma numa relação duradoura e conforme Delitti (2005, p. 360), esta “é aquela que se baseia num sólido vínculo terapeuta-cliente, vínculo este que se torna estímulo reforçador para que o cliente progrida e seja perseverante nas tarefas comportamentais propostas pelo terapeuta”.

### **1.2.1.A importância do estudo da relação Terapêutica**

Tal como já se verificou a relação terapêutica tem sido grande alvo de interesse, este interesse baseia-se sobretudo no estudo das suas dimensões tais como: a aliança terapêutica, a empatia, a transferência e contra-transferência, ou seja, basicamente no estudo dos processos que levam e asseguram um sucesso terapêutico.

Kanfer e Phillips (Kanfer, 1994) consideraram que os factores do relacionamento eram muitas vezes determinantes na mudança dos comportamentos do cliente, sendo que os comportamentos do terapeuta faziam parte do conjunto de variáveis que podiam aumentar ou diminuir a eficácia das técnicas comportamentais.

Pesquisadores como Raue e Goldfried (1994) cit. por Meyer & Vermes (2001) e Rimm e Masters (1974) cit. por Meyer & Vermes (2001) também realizaram estudos onde encontraram como ponto-chave um vínculo terapeuta-cliente que se torna estímulo reforçador para que o cliente se desenvolva, permaneça na terapia (adesão) e seja perseverante na execução de tarefas comportamentais.

Assim, importância da relação que existe entre o terapeuta e o cliente é também um factor fundamental para o sucesso da terapia. Essa relação é construída através do diálogo e da compreensão entre as partes envolvidas, possibilitando assim, a criação do vínculo terapêutico, que é o resultado da relação interpessoal do terapeuta com o cliente.

### **1.3. O Papel do Psicoterapeuta**

No estudo de Rogers (1961) descreveu-se como características desejáveis num psicoterapeuta: a empatia, a crença na vocação humana para o crescimento, as capacidades para aceitar incondicionalmente e fornecer *feedbacks* reflexivos (sobre emoções).

A psicoterapia pode trazer uma série de benefícios para a pessoa que a procura (cliente), pois pode trazer uma maior e mais profunda compreensão de si mesmo e dos outros, assim como, a superação de conflitos, a resolução de problemas, a cura de sintomas e a melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Porém, o benefício mais imediato deste tipo de trabalho surge da característica essencial do espaço psicoterapêutico: muitas vezes, ele é o único lugar onde as pessoas podem ser elas mesmas, ou seja, autênticas, sem nenhuma restrição externa, sem nenhum medo de serem pressionadas a usar máscaras, falar meias verdades e, dissimular tendências e táticas.

Essa característica do espaço psicoterapêutico está directamente ligada à postura do psicoterapeuta, que envolve acolher, compreender e acompanhar o cliente na sua proposta de compreensão de si mesmo, de resolução de problemas e conflitos, da superação do seu actual estado e de renovação. Assim, o papel do psicoterapeuta implica em saber conviver com as realidades essenciais da vida do cliente, realidades estas que, muitas vezes, não encontram aceitação nos diversos ambientes que o sujeito frequenta, e que precisam ser acolhidas no espaço da psicoterapia.

O papel do psicoterapeuta não envolve dar opiniões ou conselhos, mas sim possibilitar no outro a audição do seu próprio dizer; facilitar a apreensão do sentido daquilo que está a ser dito. No entanto, o psicoterapeuta não se limita apenas a ouvir, este facilita a expressão dos conteúdos, torna-se num participante facilitador do processo de mudança, e sabe direccionar a conversa para os assuntos que por vezes são difíceis e dolorosos para os clientes.

O papel do psicoterapeuta é, então, levantar outras perspectivas, investigar, iluminar caminhos que são considerados dolorosos e colocar questões. Com essas intervenções, o psicoterapeuta leva o cliente a uma tomada de consciência do seu

comportamento, e da sua comunicação não verbal e convida-o a reconsiderar as suas questões, permitindo-lhe um contacto mais directo consigo próprio.

Cabe ao psicoterapeuta escolher os métodos e as técnicas mais adequadas para cada caso que acompanha, essa escolha é feita de acordo com a sua orientação teórica e as suas características pessoais, neste sentido é importante explorar essas características que são vistas como o elemento que “condiciona” a relação terapêutica (e sendo assim no tópico seguinte irá se abordar estas características, nomeadamente, os estilos pessoais).

Beutler *et al.* (2004) referem que os aspectos ou variáveis ligadas a pessoa do psicoterapeuta estão muitas vezes associados e são preditores dos resultados em Psicoterapia. A investigação da dimensão relacional na Psicoterapia tem vindo a se centrar na pessoa do terapeuta. Mahoney (1991) refere que, num conjunto de estudos independentes, a variável “pessoa do terapeuta” influencia mais os resultados terapêuticos do que a sua orientação.

Na literatura, entende-se que a psicoterapia requer que os terapeutas deixem para trás os seus papéis estereotipados e sejam uma pessoa real numa relação. Pois é neste contexto da relação pessoa-pessoa que o cliente se irá envolver, e assim há essencialmente o estabelecimento de uma relação com um terapeuta que é uma pessoa, que tem sentimentos e crenças e, que também deseja partilhar as suas reacções e emoções (de uma forma apropriada) dentro da relação.

Os terapeutas têm sido vistos como referências de modelos, o que tem levantado inúmeras questões, nomeadamente:

1. Deve o terapeuta sugerir que é um modelo a ser seguido pelo cliente?
2. Qual a responsabilidade do terapeuta para se propor a funcionar como um modelo?
3. Até que ponto deve o terapeuta ser ele próprio junto dos clientes? Qual o significado de "ser verdadeiro"? Trata-se de um meio ou de um fim? Deveria o terapeuta ser "como realmente é", na relação com o cliente, da mesma maneira que com outras pessoas na sua vida pessoal?
4. O objectivo será ter uma abertura real e completa para o cliente, comunicando-lhe qualquer estado de humor e sentimento momentâneo?
5. Que formas de ser, o terapeuta esconde atrás do papel profissional, de modo a manter-se seguro, não envolvendo-se assim com o cliente?
6. Pode o papel desempenhado pelo terapeuta interferir ou mesmo bloquear a sua identidade pessoal?



7. É possível que os terapeutas ao aceitarem que têm funções a exercer, não possam desenvolver as suas capacidades enquanto pessoas, em vez de se limitarem apenas a papéis fixos?

8. O que acontece quando um terapeuta se recusa a desempenhar um papel que vá contra a sua forma de ser?

Todas estas questões remetem-nos para o terapeuta enquanto pessoa e para o seu funcionamento pessoal no processo relacional com o cliente, neste sentido é importante abordar, nesta investigação, os estilos de vinculação dos terapeutas, uma vez que estes aparecem enraizados na dimensão relacional em Psicoterapia com o cliente e no seu funcionamento pessoal enquanto pessoa que são.

#### **1.4. Estilo Pessoal**

##### **1.4.1. O porquê da relevância do estudo do Estilo pessoal?**

O estilo pessoal conceptualiza-se como um constructo multidimensional que está presente em todo o processo terapêutico, e descreve um conjunto de funções integradas que na prática expressam traços, atitudes e disposições que todos os terapeutas usam na sua profissão (Castañeiras, Ledesma, Garcia & Fernández-Álvarez, 2008). De acordo com Baron e Kenny (1986, citado por Castañeiras, Ledesma, Garcia & Fernández-Álvarez, 2008) o estilo pessoal comporta-se como uma variável moderadora dos processos que incidem sobre os resultados das acções terapêuticas, no entanto em graus diferentes de acordo com as características dos pacientes, a doença dos mesmos, e o contexto onde é aplicado.

Assim sendo, o estudo dos estilos pessoais é importante em termos pessoais e profissionais em virtude de ser um princípio geral para qualquer tipo de psicoterapia independentemente da abordagem terapêutica ou do tipo de cliente, acabando por ter um enorme impacto na mesma. O que importa realçar no estudo dos estilos pessoais é apresentar uma visão mais ampla possível acerca da forma como o terapeuta imprime a sua marca pessoal na sua maneira de realizar a psicoterapia, assim como o objectivo não é procurar qual é o melhor estilo terapeuta, mas sim ajudar cada um a encontrar o seu próprio estilo, em função das variáveis pessoais, dos posicionamentos teóricos, e da atitude terapêutica (Soares, 2007c).

##### **1.4.2. Estilos pessoais do terapeuta**

Estilo do Terapeuta é definido como o conjunto de características que cada terapeuta aplica numa dada situação psicoterapêutica, discriminando e ajustando as

particularidades do acto terapêutico (Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003).

As características do terapeuta parecem ter sido negligenciadas pela investigação, mas recentemente tem havido maior interesse pelo seu conhecimento. Beutler, Machado e Allstetter Neudfelt (1994) referem que o estilo do terapeuta é uma característica relativamente estável ao longo do tempo e tem a particularidade de ajudar a moldar a forma específica de implementação de uma determinada técnica ou procedimento.

O estilo de um indivíduo é determinado por um conjunto de traços através dos quais ele pode ser reconhecido pelos outros e, para além disso, contribui para que ele possa revelar alguma consistência no seu comportamento quando se confronta com diferentes situações (Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003). Quando se aplica esta ideia à psicoterapia e ao estilo do terapeuta, os autores Fernandez Álvares, *et al.* (2003) descrevem-no como a marca pessoal de cada terapeuta e essa forma pessoal de actuação no contexto terapêutico tem um impacto relevante no resultado da terapia.

O estilo de terapeuta é um princípio geral para qualquer tipo de psicoterapia, independentemente da abordagem terapêutica ou do tipo de cliente (Fernandez-Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003).

Refere-se às características habituais que cada terapeuta impõe na sua tarefa como resultado particular da sua maneira de ser, mais além do enfoque do trabalho que utilize e dos requerimentos específicos que a intervenção lhe exija (Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez, & Garcia, 2006). De acordo com Beutler, Machado e Neufeldt (1994) cit. por Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez, & Garcia (2006) o estilo terapêutico é uma característica relativamente estável ao longo do tempo, e tem a particularidade de ajudar a moldar a forma específica de implementação de uma determinada técnica ou instrumento.

Fernández-Álvarez (1998) cit. por Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez, & Garcia (2006) considera-se que existe três variáveis que contribuem principalmente na formação do estilo pessoal do Terapeuta:

- a) a posição sócio-profissional;
- b) a situação vital, a personalidade, a atitude e os posicionamentos;
- c) a comunicação dominante que utiliza.

As intervenções do terapeuta são as diferentes técnicas e procedimentos proporcionados pelas diferentes orientações psicoterapêuticas. Deste modo, o estilo

pessoal do terapeuta difere das intervenções pelo seu aspecto mais global e vinculado aos princípios comunicativos do terapeuta, sem se limitar a técnicas concretas.

Verifica-se portanto que existe um conjunto de características e atitudes do terapeuta que contribuem para o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica e no desenvolvimento positivo do processo terapêutico. Uma dessas características está também ligada aos estilos de vinculação dos terapeutas face ao seu processo relacional.

Também no estudo de Santona *et al.* (2008) verificou-se que há variáveis, características ou traços da personalidade que influenciam fortemente o desenvolvimento da “estrutura” do estilo pessoal de cada terapeuta. Os mesmos autores também referem que a direcção de interesses como característica particular e pessoal do terapeuta vai mais adiante às teorias, formação ou prática vinculada na psicoterapia e relaciona-se moderadamente com duas das funções do estilo pessoal do terapeuta nomeadamente a função de Atenção e a função Operativa.

Corbella & Botella (2004) referem que os clientes, aos quais é-lhes custoso estabelecer uma boa relação terapêutica podem beneficiar mais de técnicas específicas, enquanto que os que estabelecem uma boa aliança com o seu terapeuta podem beneficiar de intervenções menos técnicas e mais exploratórias.

No sentido de conhecer o estilo de actuação de cada terapeuta, Corbella (2005) cit. por Soares (2007c), Fernández-Álvarez, Garcia, LoBianco & Corbella (2003) cit. por Soares (2007c) e Beutler & Clarkin (1990) têm vindo a desenvolver estudos no sentido de caracterizar o estilo pessoal do terapeuta. Elaboraram o Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT) que pretende enriquecer a formação de psicoterapeutas, uma vez que poderá ajudar a treiná-los em diferentes formas de comunicação e de intervenção psicoterapêutica, respeitando e tirando partido do estilo pessoal de cada um. O objectivo não é o de procurar saber qual é o melhor estilo de terapeuta, mas sim ajudar cada um a encontrar o seu próprio estilo, em função das suas variáveis pessoais, dos posicionamentos teóricos e da atitude terapêutica.

Cada terapeuta pode ter habitualmente um determinado estilo, ou seja fazer um uso mais frequente de uma determinada função/acção na psicoterapia. Os diferentes estilos foram organizados a partir das diferentes funções/acções que o terapeuta pode ter no seu trabalho terapêutico:

- a) Instrutiva (estabelecimento do cenário para a terapia);
- b) Atencional (agrupar a informação);
- c) Expressiva (forma de comunicação),
- d) Operativa (implementação instrumental);
- e) Avaliativa; e

f) Comprometimento interpessoal.

Segundo Beutler *et al.* (1994) cit. por Corbella, Fernández-Álvarez, Gutiérrez & García (2008), ao caracterizar um terapeuta com um ou com vários destes estilos, caracterizam-no na sua forma de actuação e na sua tendência em utilizar com maior frequência, uma destas funções. Assim acrescenta-se que o estilo terapêutico é dinâmico, multidimensional e reflecte as predições comportamentais que o terapeuta usa para comunicar com a outra pessoa, ou seja permite utilizar uma outra função, de acordo com a exigência do momento terapêutico e consoante as suas características do cliente.

Cada função do estilo pessoal do terapeuta apresenta uma dimensão contínua bipolar correspondente que nos mostra o perfil do terapeuta, nomeadamente: a função instrutiva corresponde aos terapeutas rígidos ou aos terapeutas flexíveis; a função atencional corresponde aos terapeutas activos ou aos terapeutas receptivos; a função expressiva corresponde aos terapeutas próximos ou aos terapeutas distantes; a função operativa corresponde aos terapeutas directivos ou aos terapeutas persuasivos/espontâneos; a função avaliativa corresponde aos terapeutas optimistas /estimuladores ou aos terapeutas críticos; e por último a função do comprometimento interpessoal corresponde aos terapeutas muito comprometidos ou aos terapeutas pouco comprometidos.

O estilo do terapeuta pode ser compreendido a partir de dois domínios básicos: um domínio predominantemente cognitivo, que remete para os aspectos técnicos dos terapeutas (incluindo-se aqui as funções operativa e atencional) e um domínio motivacional-emocional que remete para os aspectos relacionais dos terapeutas (incluindo-se aqui as funções expressivas e comprometimento interpessoal); a função instrutiva inclui-se nos dois domínios referidos.

No seguinte quadro apresenta-se cada uma das funções do estilo pessoal do terapeuta, e a sua correspondente dimensão contínua bipolar onde se enquadra o perfil do terapeuta (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

**Tabela 1. As funções do estilo pessoal do terapeuta e as correspondentes dimensões bipolares do perfil do terapeuta (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).**

<b>Estilo Pessoal do Terapeuta</b>	<b>Perfil do Terapeuta</b>
Função Instrutiva	Os terapeutas flutuam entre <b>Rígidos e Flexíveis</b>
Função Atencional	Os terapeutas flutuam entre <b>Activos e Receptivos</b>
Função Expressiva	Os terapeutas flutuam entre o <b>Distanciamento e Proximidade</b>
Função Operativa	Os terapeutas flutuam entre <b>Directivos e Persuasivos/Espontâneos</b>
Função Avaliativa	Os terapeutas flutuam <b>Optimistas/Estimuladores e Críticos</b>
Função de Comprometimento Interpessoal	Os terapeutas flutuam entre <b>Muito Comprometidos e Pouco Comprometidos</b>

Ao comunicar com o cliente, o terapeuta utiliza múltiplos níveis de comunicação e combina formas estilísticas e modalidades singulares ajustadas a cada situação terapêutica (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

Essas características, referentes ao seu estilo comunicativo vão estruturar o seu perfil pessoal de actuação na terapia, incluindo a forma como se vai relacionar com o cliente. São essas características que constituem o seu estilo individual e agrupam-se em diferentes funções.

A Função Instrutiva – Refere-se às condutas que o terapeuta utiliza para estabelecer e regularizar a sessão da terapia. Inclui o estabelecimento do sistema de normas e regras (horários, formas de negociar) assim como a prescrição das tarefas que se devem cumprir no decurso da tarefa (os terapeutas podem ser Rígidos ou podem ser Flexíveis). Esta forma pode ser mais ou menos rígida, tanto na realização das acções ou tarefas terapêuticas, como nas trocas que ocorrem dentro da relação terapêutica. Alta assimetria vs Moderada assimetria: a assimetria alta situa o papel do terapeuta distante do cliente; a assimetria moderada tende a ser um convite para a participação do cliente de uma forma envolvente e activa de intervenção. É muito recomendada quando a psicoterapia está apenas direccionada para o

desenvolvimento pessoal do cliente, mas pode ser arriscada em clientes com comportamentos muito impulsivos (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

A Função Atencional – trata-se de uma função básica relacionada com a recolha de informação necessária para realizar a terapia. Os terapeutas mobilizam os seus mecanismos atencionais e a sua capacidade receptiva face ao que o paciente manifesta, e efectuam-no de uma forma mais ou menos activa. Escutar e perguntar são as acções dominantes que constituem esta dimensão (os terapeutas podem ser Activos ou podem ser Receptivos) os terapeutas preocupados em atingir resultados rápidos tendem a operar na direcção da actividade; apresentam novas informações que vão numa nova direcção. Quando o terapeuta opera de forma mais receptiva, a sua atenção está mais direccionada para captar emissões espontâneas produzidas pelo cliente. Concentrado vs Abertura: quando o terapeuta se posiciona perante o cliente de uma forma muito concentrada, ele facilita o registo de informação bem definida. Esta postura tende a encontrar-se em terapeutas que preferem modelos ortodoxos, ou abordagens terapêuticas muito estruturadas. O estilo mais aberto, por outro lado, é mais frequente em terapeutas que utilizam modelos mais ecléticos e que tendem a trabalhar em múltiplos níveis de intervenção (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

A Função Expressiva – ou de comunicação emocional; refere-se às acções que o terapeuta utiliza para manter a comunicação emocional com o paciente, nomeadamente, a empatia e, regulação emocional (os terapeutas podem ser Distantes ou podem ser Próximos) Baixo Tom Emocional (Distanciamento) vs Alto Tom Emocional (Proximidade): a forma de expressão emocional que pode contribuir para o sucesso de uma intervenção, pode exigir formas de baixa ou alta intensidade emocional. Um estilo de alta intensidade emocional pode ser necessário à medida que a complexidade do processo terapêutico aumenta, quer em termos da severidade do problema, ou a nível da profundidade dos objectivos ou da duração total da intervenção. Corporal vs Verbal: há terapeutas que habitualmente utilizam formas corporais na sua comunicação expressiva, tais como gestos faciais, alguns olhares, o tom de voz e movimentos corporais. Mas existem outros que se expressam através de entoações verbais, tais como fluidez verbal, ou modificações no ritmo de comunicação, (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

A Função Operativa – ou de implementação instrumental, inclui as acções directamente vinculadas com as intervenções terapêuticas específicas e com as técnicas utilizadas. Expressa-se através do grau de influência ou de directividade com que o terapeuta trabalha, e a sua preferência em utilizar procedimentos definidos ou espontâneos. [os terapeutas podem ser Directivos (regulados/estruturados) ou podem

ser Persuasivo/Espontâneos (intuitivos/não directivos)] Directividade vs Persuasão: os manuais de intervenção são um bom exemplo de técnicas que beneficiam de um estilo terapêutico mais directivo. No extremo oposto, encontramos os terapeutas que utilizam uma abordagem mais persuasiva e menos directiva na sua prática clínica. Nestes casos há um grande interesse em conseguir uma maior participação do cliente no processo, e isso ocorre em intervenções que procuram trabalhar toda a personalidade do cliente, (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

A Função Avaliativa – (os terapeutas podem ser Optimistas/Estimuladores (dirigidos para o resultado) ou podem ser Críticos (dirigidos a compreender como atingiram os objectivos). Optimismo vs Criticismo: apesar de haver critérios de avaliação objectivos, baseados na observação ou no uso de instrumentos, cada terapeuta faz avaliações paralelas ao longo da sua intervenção. Uma tendência optimista favorece aspectos relacionados com uma expressão empática e inspiradora de mudança. Contudo, pode ser prejudicial subestimar-se os problemas com os quais o cliente se confronta. Focada nos Meios vs Focada nos Efeitos: quando a avaliação se foca nos efeitos, estamos perante uma avaliação mais direccionada para a investigação, enquanto que a avaliação focada nos meios está mais direccionada para explorar o interesse e a prática clínica, (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

A Função de Comprometimento (Envolvimento inter e intra pessoal) – (os terapeutas podem ser Próximos/muito comprometidos ou Distantes/pouco comprometidos) Esta função sintetiza o envolvimento preconizado em todos os modos de comunicação que ocorrem durante o acto terapêutico (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998). Comprometimento Interpessoal: Proximidade vs Distanciamento. Alguns terapeutas só se sentem confortáveis quando conseguem manter uma relação com o cliente que não implique envolvimento pessoal. Este perfil é mais frequente naqueles terapeutas que preferem intervenção individual em vez de grupo, ou com clientes cujos problemas não são muito graves, que tem um alto nível de autonomia e com programas terapêuticos focalizados. Comprometimento Intrapessoal: Focalizado vs Extensivo. Refere-se ao grau de envolvimento que o terapeuta sente em relação ao seu trabalho e em relação às outras áreas da sua vida. O modelo focalizado refere-se aquele tipo de terapeuta que raramente envolve os aspectos da sua vida pessoal no seu trabalho, (a nível de tempo, família, relações interpessoais, expectativas económicas e prestígio social). O outro modelo (Extensivo) refere-se àquele tipo de terapeuta que se sente mais comprometido com o seu trabalho, e esse comprometimento tem efeitos e repercussões em várias áreas da sua vida pessoal.

Segundo Corbella (2005) cit. por Soares (2007c), o terapeuta acciona o processo terapêutico mediante um conjunto de prescrições que dizem respeito às diferentes

tarefas que o cliente deverá seguir e ao sistema de regras e de normas que regem o processo psicoterapêutico. As prescrições mais relevantes segundo Corbella (2005) cit. por Soares (2007c) são as seguintes:

- Acções a serem realizadas pelo cliente.
- Relativas ao cumprimento formal do contrato terapêutico.
- Comparecer a horas aos horários estabelecidos.
- Pagar os honorários estabelecidos.
- Aceitar as decisões do terapeuta sobre as regras de trabalho.
- Relativas ao trabalho de mudança que se procura com o tratamento.
- Comunicar os conteúdos necessários para levar a cabo a tarefa (ideias, emoções, memórias).
- Realizar as tarefas combinadas entre as sessões.
- Natureza e limites da vinculação entre cliente e terapeuta.
- Envolvimento tolerado de outras pessoas próximas do cliente no decurso de um processo terapêutico.
- Organização e Actividades desenvolvidas pelo terapeuta (ou equipa de terapeutas).

Segundo Corbella (2005) cit. por Soares (2007c). A forma de comunicação entre ambos é tanto digital como analógica. Em muitos casos, as acções esperadas são comunicadas de um modo pouco explícito e o cliente deve, aos poucos, deduzir o que se espera dele de um modo indirecto. Quando um terapeuta é mais rígido, pode transmitir ao cliente que não existirão alterações no plano de tarefas estabelecido. Ou, pelo contrário, um terapeuta mais flexível poderá antecipar a possível necessidade de efectuar certas alterações, mediante determinadas condições. Cada modelo teórico tem as suas próprias prescrições gerais e cada uma das suas técnicas requer condições específicas de aplicação, mas cada terapeuta imprime a sua marca particular na forma como expressa essas prescrições gerais. Um exemplo que tipifica esta dimensão é: “tenho tendência a exigir o cumprimento rigoroso dos horários”.

O terapeuta deve estar atento ao que ocorre durante todo o processo. A sua capacidade para tal depende da quantidade e qualidade de informação que ele está em condições de recolher e que deverá utilizar para decidir as suas intervenções, bem como para avaliar o desenvolvimento do processo terapêutico. Por exemplo, quando o programa de intervenção é muito estruturado, ou quando o modelo teórico enfatiza a directividade na intervenção, o terapeuta sentirá alguma pressão para actuar de forma activa e concentrar a sua atenção em determinados aspectos. Mas, quando está perante programas terapêuticos menos estruturados, a sua atenção tende a ser mais aberta e distribuída.



Assim, o modelo teórico e as técnicas implementadas influenciam de alguma maneira o modo como se deve fazer circular a informação, apesar de o terapeuta encontrar quase sempre uma margem ampla de opções sobre qual a melhor forma de actuar. O terapeuta pode acreditar que essas informações surgirão de forma espontânea, ou pelo contrário, actuar de uma determinada forma para que elas surjam. Na psicanálise ortodoxa, o analista (que se orienta a partir da associação livre) pode acreditar que necessita de activar o cliente para que ele expresse o que está a pensar. Para tal, pode utilizar estratégias directas ou indirectas para fazer perceber a sua intenção. Existe uma certa tendência a acreditar que quanto mais activa for a atenção do terapeuta, mais concentrada será a sua focalização, mas segundo Corbella (2005) cit. por Soares (2007c) nem sempre atenção activa e focalização coincidem. Um exemplo típico desta dimensão é “interessa-me trabalhar com clientes que apresentem problemas focalizados”.

No pólo oposto encontra-se situações em que o terapeuta considera que o cliente entenderá naturalmente o que é pretendido. Em qualquer dos casos, Corbella (2005) cit. por Soares (2007c) defende que não é necessário insistir junto do cliente para que ele produza determinadas informações, referindo que quando se actua assim, é mais provável que a atenção se dissemine de forma aberta e sobre distintos níveis na produção do cliente, em vez de se encontrar focalizada naquilo que o terapeuta pretende tendo em vista promover mudança.

O terapeuta deve ser empático o necessário para estabelecer um determinado grau de intercâmbio emocional com o cliente, para que ele se sinta seguro afectivamente e confiante o suficiente para pedir ajuda. Deve para tal, manter a relação terapêutica dentro de um marco de colaboração activa.

Contudo segundo Ceberio (2003) nem todas as tácticas são técnicas, embora todas as técnicas fazem parte das tácticas. As tácticas são produto da espontaneidade e criatividade do terapeuta e as técnicas estão mais estandardizadas, sendo que a sua criatividade está em saber quando e como aplicá-las. Ceberio (2003) psicólogo da América do sul tem uma perspectiva curiosa acerca da intervenção de um terapeuta, nomeadamente, refere que o conjunto das técnicas e das tácticas aplicadas pelo terapeuta pode dividir-se em três tipos: As intervenções verbais são aquelas que se desenvolvem no contexto da sessão. Caracterizam-se pelo nível de persuasão, pela capacidade para ser directivo no campo dos marcos semânticos. As intervenções corporais são as que se implementam mediante técnicas corporais como o psicodrama, a expressão corporal e exercícios e jogos gestálticos. Incluem-se aqui tudo o que envolve a linguagem analógica, ou seja tudo o que envolve a linguagem através de gestos, as acções e o uso do corpo no espaço da sessão. As intervenções

de acção desenrolam-se maioritariamente fora do contexto da sessão e são as clássicas prescrições de comportamento.

Fernández-Álvarez *et al.* (2003) referiram que alguns estilos podem ser mais adequados que outros para determinadas situações clínicas. Em vez de se adaptarem a um determinado padrão terapêutico, os terapeutas poderão beneficiar mais se descobrirem quais as situações em que o seu próprio estilo poderá ser mais apropriado.

### **1.4.3. Representações profissionais**

Uma vez que esta investigação se centra sobretudo na importância do estudo do Terapeuta enquanto pessoa e nas suas características pessoais, é pertinente abordar as representações que estes profissionais têm sobre si e sobre o seu trabalho. Verifica-se portanto que o contexto profissional assume-se como de primordial importância na idade adulta, constituindo uma tarefa desenvolvimental organizada e organizadora do próprio desenvolvimento do indivíduo.

Tendo em conta que este estudo se aplica a um grupo de adultos específicos, a um grupo clínico, nomeadamente aos psicoterapeutas, é importante referir o conceito de representação profissional ligado ao contexto clínico, assim Vasconcelos (1997) cit. por Dimenstein (2000) definiu representação profissional como o conjunto de ideias, visão do mundo e estilo de vida profissional adoptado por um grupo profissional específico, que vem determinar a adesão e a preferência por certos modelos de actuação, por certos referenciais teóricos, assim como por certos padrões, códigos e regras de relacionamento entre os pares e comunidade leiga, definindo as suas formas de organização e representação na sociedade.

A cultura representacional dos psicoterapeutas deve ser referida de acordo os seguintes aspectos: a história e ideologia desta profissão na nossa sociedade; condições em que este grupo é formado; representação social da profissão; e por último as pessoas que recorrem aos serviços de Psicologia.

A imagem social da profissão aparece portanto ligada à prática psicoterapêutica individual, na procura do ajustamento e por conseguinte no sucesso terapêutico. Este sucesso é traduzido no bom estabelecimento e eficácia de uma relação terapêutica; com o intuito de explorar estas particularidades da relação em Psicoterapia, irá se abordar no próximo capítulo uma das dimensões relacionais da mesma, nomeadamente os estilos de vinculação do terapeuta, reflectindo assim sobre o campo relacional do terapeuta enquanto pessoa.



## Vinculação

### 2.1. A Vinculação

Durante as duas últimas décadas, a investigação sobre a vinculação tem recebido uma especial atenção não apenas no domínio da psicologia do desenvolvimento, mas também em outros campos como, por exemplo, na psiquiatria, pediatria e nas ciências de educação.

Segundo Almeida cit. por Soares (2007a) a vinculação é “Conjunto de ligações afectivas que nos unem aos outros, e em última instância a nós próprios”. Já Ainsworth (1980) cit. por Soares (2007a) afirma que a vinculação “É um tipo específico de um conjunto mais vasto de ligações afectivas”, o mesmo autor mais tarde (1985) cit. por Soares (2007a) refere que estamos perante a vinculação “Quando existe alguém suficientemente securizante, que nos dá a sensação de bem-estar”; Soares (2007a) afirma que a vinculação “Caracteriza-se especificamente pela procura de segurança e conforto na relação com uma figura específica”.

Novamente Ainsworth (1985) cit. por Soares (2007a) clarificou o conceito, passando a vinculação a ser definida com base num conjunto de critérios:

- a) É persistente e não transitória;
- b) Envolve uma figura específica e reflecte uma atracção que um indivíduo tem por outro indivíduo;
- c) Trata-se de uma relação emocionalmente significativa;
- d) O indivíduo deseja manter a proximidade ou contacto com essa figura, ainda que tal possa variar em função de vários factores, como a idade, estado do indivíduo ou as condições do meio;
- e) O indivíduo experiencia uma certa perturbação face a uma situação de separação involuntária e, sobretudo, quando deseja a proximidade e tal não lhe é possível.

John Bowlby é o autor que se encontra mais associado à natureza e ao desenvolvimento das relações de vinculação no ser humano e reconhece a importância da vinculação ao longo de todo o ciclo da vida do ser humano, no entanto a sua investigação centrou-se sobretudo na infância e na avaliação da organização comportamental da vinculação.

A partir da década de 80 ressaltou-se a importância do estudo da vinculação durante a adolescência e a idade adulta, nomeadamente no estudo de Mary Main e da sua equipa sobre a dimensão representacional da vinculação, do qual resultou a construção da *Adult Attachment Interview (AAI)*, George, Kaplan & Main (1984) cit. por Canavarro, Lima & Dias, (2006), os trabalhos de Hazan e Shaver sobre a aplicação e

classificação da vinculação de Ainsworth à organização emocional e comportamental de jovens adultos e adolescentes, explorando como processo de vinculação o amor romântico, e ainda outros estudos de outros investigadores que desenvolveram instrumentos para avaliar diversos aspectos relacionados com a vinculação.

Todos estes contributos referidos impulsionaram o estudo da vinculação na idade adulta destacando os aspectos psicológicos relativos a esta idade (Canavarro, Lima & Dias, 2006).

## **2.2. As primeiras teorias sobre a Vinculação**

A teoria psicanalítica, era a corrente teórica que permanecia na análise do comportamento de vinculação, e afirmava “que os laços afectivos que o bebé estabelece com a mãe são resultado da satisfação das necessidades alimentares que a mesma lhe proporciona.” “O interesse do bebé pela mãe resultaria assim da satisfação oral e da descoberta do objecto que o proporciona – o seio, a mãe”. Segundo Bowlby (1988) cit. por Soares (1996) dois conjuntos de estudos vieram abalar os pressupostos desta teoria, que designou por “impulso” secundário.

A tese básica que Bowlby referiu em 1958 é a de que a vinculação do bebé à mãe tem por base um equipamento comportamental constituído por um certo numero de sistemas de comportamentos característicos da espécie, que são relativamente independentemente uns dos outros no início, emergindo em tempos diferentes e que no decurso do desenvolvimento, se tornam organizados e orientados em relação à mãe e servem para ligar a criança a esta figura. Bowlby descreveu cinco destes sistemas comportamentais como contribuindo para a vinculação – Chupar, agarrar, seguir, chorar e sorrir – os quais se tornam integrados e focados na mãe ao longo do primeiro ano de vida, formando assim a base do que designou por comportamentos de vinculação (Ainsworth 1969, cit. por Soares 1996).

Em 1969, Bowlby apresenta uma versão reformulada da sua tese original, com base na compreensão mais profunda da teoria do controlo de sistemas e no reconhecimento de formas muito mais sofisticadas que poderão assumir os sistemas comportamentais que controlam o comportamento instintivo. Os cinco padrões comportamentais referidos continuam presentes nesta nova versão, mas Bowlby postula que, entre os nove e os dezoito meses estes sistemas mais simples são incorporados em sistemas objectivos corrigidos (“goal correct systems”) muito mais sofisticados, que são organizados e activados de tal forma que a criança tende a manter a proximidade com a mãe. A teoria das respostas instintivas componentes,

apresentadas em 1969, vem então ser substituída pela teoria de controlo do comportamento de vinculação.

Bowlby (1969), na primeira edição do *Attachment and Loss*, defendia que o sistema de vinculação poderia ser comparável a um termóstato, ligando (aproximação da figura de vinculação e desligando (afastamento da figura de vinculação) conforme a temperatura desejada (necessidade de proximidade decorrente da percepção de sinais de perigo).

Em 1982, na segunda edição revista, Bowlby defendeu a concepção de que o sistema de vinculação não se desliga, mas que está permanentemente operativo, com variações na sua intensidade, considerando que há 2 factores envolvidos: os relacionados com as condições da criança (estados de fadiga, doença, ...) e os factores associados às condições do ambiente ao nível da presença ou ausência de estímulos ameaçadores e da localização, acessibilidade e disponibilidade da figura de vinculação\_(Guedeney, 2004).

O sistema comportamental de vinculação funciona em estreita ligação com o sistema comportamental de exploração, estando a sua activação subordinada à sensação de segurança disponibilidade e responsividade da figura de vinculação

A teoria da vinculação actual reflecte a multidisciplinaridade inerente aos trabalhos de Bowlby e integra investigadores provenientes de duas tradições conceptuais distintas: Desenvolvimental (ênfata a importância da representação das experiências precoces de vinculação e a sua influência na trajetória desenvolvimental) e Social (ênfata a aplicação da Teoria da Vinculação ao estudo das relações interpessoais e dos processos de personalidade).

Contudo o sistema de vinculação não envolve apenas comportamentos, mas tem também componentes cognitivos e emocionais, nomeadamente: conhecimentos, expectativas, construídos a partir das interações repetidas com as figuras de vinculação e internamente organizados sobre a forma de representações generalizadas sobre o *self* , sobre as figuras de vinculação e sobre as relações (Bowlby, 1969/1982 cit. por Soares, 2007b); representações mentais, conscientes e inconscientes, do mundo e de si próprio que ajudam o indivíduo a perceber os acontecimentos e a antever e arquitectar planos para o futuro (Bowlby, 1973) ajudando a compreender e interpretar o comportamento dos que lhe são próximos (Miljkovitch, 2004). Estes modelos representacionais, permitem à criança, formar ao mesmo tempo um Modelo de si (corresponde a uma imagem de si como sendo alguém mais ou menos merecedor de ser amado) e um Modelo do Outro (tem a ver com a percepção em relação aos outros, como estes estando mais ou menos atentos e sensíveis às suas necessidades) (Miljkovitch, 2004)

### **2.3. Vinculação ao longo da Infância**

Como refere Cassidy (1999), a vinculação segura aumenta a probabilidade da criança desenvolver durante a infância:

- (1) Relações de melhor qualidade com a figura parental, pelo menos durante os 2 primeiros anos de vida (Thompson, 1999 cit. por Soares, 2007a), com irmãos, melhores amigos e pares em geral, durante a infância;
- (2) Características pessoais positivas, como autonomia em relação aos cuidadores, auto-estima e auto-confiança elevadas;
- (3) Auto-conceito positivo mais crítico;
- (4) Maior envolvimento no jogo simbólico, mais entusiasmo, persistência e cooperação na resolução de problemas e capacidade para tolerar temporariamente o stress;
- (5) Melhores competências de regulação emocional e compreensão emocional, melhores competências na compreensão da linguagem e uma menor probabilidade de desenvolvimento de problemas de comportamento na infância.

A criança está assim mais protegida da formação de perturbações psicológicas. Isto explicar-se-ia em parte, por uma maior capacidade, nas crianças seguras, de regular as suas emoções, desenvolvendo também capacidades representativas mais elaboradas, que a ajudam a enfrentar as dificuldades (Slade, 1987 cit. por Miljkovitch, 2004).

Miljkovitch, (2004), afirma que no caso das crianças inseguras, estas desenvolvem a sensação de não serem merecedoras de amor, assim como a ideia de que as relações são fonte de frustrações.

As crianças desenvolvem então uma atitude desconfiada e dependente em relação ao outro, que corre o risco de impedir o estabelecimento de relações satisfatórias. Assim, as suas relações remetem-nas novamente para uma imagem negativa de si mesmas, criando uma espécie de ciclo, ao mesmo tempo que geram sentimentos penosos que as tornam vulneráveis às perturbações psicológicas.

Os modelos internos dinâmicos destas crianças, levam-nas a cometer erros de atribuição que, caracterizam perturbações tão diversas como a depressão ou as perturbações de comportamento (Miljkovitch, 2004)

### **2.4. Vinculação ao longo da adolescência**

“A Adolescência representa o período de transição, entre as vinculações da infância, estabelecidas fundamentalmente no contexto da relação pais-filho(a), e as ligações afectivas adultas que vão para além das relações familiares, destacando-se

desta forma dos comportamentos de vinculação de períodos anteriores do desenvolvimento” (Allen & Land, 1999; Soares, 1996 cit. por Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007).

Esta é uma fase em que os adolescentes desejam sair das relações de vinculações com os pais e outras figuras parentais de vinculação (Allen & Land, 1999). Simultaneamente, é um período do ciclo de vida caracterizado por transformações significativas nos sistemas emocional, cognitivo e comportamental (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007).

Com o início da adolescência, as relações com os pais passam a ser concebidas como um contexto genuíno de conforto e apoio psicológico valorizado pelo adolescente (Soares, 1984). Isto significa que a vinculação passa a constituir uma das dimensões das relações que o adolescente estabelece com outras figuras, para além dos pais. Uma das implicações que decorre desta evolução tem a ver com a questão da procura de apoio em momentos de “stress”, dado que este é um aspecto central na conceptualização da vinculação na infância.

Com base em entrevistas com adolescentes, Weiss (1982) cit. por Soares (1996) considera que os adolescentes continuam a procurar apoio parental, mas ao mesmo tempo, também procuram libertar-se da sua vigilância. E assim deparamo-nos perante uma nova dinâmica relacional, entre as necessidades de vinculação e de exploração ou de autonomia, no âmbito da qual os pais podem funcionar como “figuras de vinculação na reserva”, ou seja, recursos disponíveis para o adolescente quando confrontado com situações de dificuldades ou “stress”.

Contudo, o desempenho deste papel de “figuras de vinculação na reserva” exige ajustamentos consideráveis e acomodação mútua na relação pais-filho. Do lado dos pais são necessárias mudanças consideráveis na percepção do adolescente e uma certa renúncia a algumas das gratificações retiradas do papel parental de prestação de cuidados. Este processo é concomitante e interactivo com a adaptação dos pais às tarefas de “generatividade vs. estagnação” ou mesmo de “integridade vs. desespero” (Erikson, 1963 cit. por Soares, 1996), desafios que o ciclo de vida agora coloca, face aos quais terão que aceitar as suas próprias escolhas de vida, numa altura em que o adolescente se confronta com uma ampla variedade de opções de vida. Do lado do adolescente, uma maior intimidade com os amigos e o desenvolvimento da dimensão da vinculação nas relações com os pais exige a reavaliação e reestruturação da sua relação com os pais. Nesta reestruturação da relação, há um potencial considerável para uma ruptura na compreensão e entendimento entre pais e filhos. A possibilidade de a relação entre pais-filhos ir no sentido de os pais funcionarem como “figuras de vinculação na reserva” poderá estar relacionada com a qualidade da comunicação



familiar, no sentido de esta reflectir o equilíbrio entre a expressão da autonomia ou individualidade e a expressão de ligação. Além disso, o sucesso com que o adolescente (re) negocia os seus objectivos para além da relação pais-filho parece ter influência na qualidade das relações com os pares, na medida em que o modelo representacional da figura de vinculação constitui uma força significativa no sentido da continuidade da organização das vinculações do adolescente (Kobak, 1985 cit. por Soares, 1996). Mas, por outro lado, se a qualidade das relações com os pares parece estar relacionada com a qualidade da representação dos modelos das figuras de vinculação, também pode acontecer que as novas relações extra familiares venham a constituir um contexto facilitador para a mudança desses modelos mais precoces. Esta revisão ou mudança nos modelos representacionais, durante o desenvolvimento adolescente, poderá ter influência significativa na segurança do adulto.

## **2.5. Vinculação na idade Adulta**

De acordo com Crowell, Fraley e Shaver (1999) cit. por Canavarro, Dias, Lima, (2006, p.3), “o conceito de vinculação do adulto pressupõe duas ideias fundamentais, com importantes implicações para os processos de avaliação. A primeira prende-se com a assunção sobre os aspectos normativos do sistema de vinculação e com a sua relevância durante a idade adulta; a segunda, com a presença de diferenças individuais na organização da vinculação, no contexto das relações interpessoais”.

Bowlby (1969/1982) cit. por Canavarro, Dias & Lima (2006) considerou que a vinculação na idade adulta é parecida a vinculação que ocorre ao longo da infância, apontando assim poucas diferenças entre as relações estabelecidas com as crianças e as figuras cuidadoras e as relações formadas entre pares ou companheiros românticos. Devido a estas características o fenómeno base segura foi considerado o elemento central da vinculação ao longo da vida, sendo a vinculação segura aquela que “facilita o funcionamento e a competência fora da relação”.

A similaridade das características emocionais e comportamentais, a generalização da experiência, e ainda a ligação temporal entre os fenómenos, foram as características assinaladas por Weiss (1982/1991) cit. por Canavarro, Dias & Lima (2006) como elementos de congruência entre a vinculação na infância e na idade adulta.

Para distinguir a vinculação estabelecida na infância e na idade adulta, o mesmo autor refere que “as relações estabelecidas entre os pares, o sistema comportamental implicado não se destaca tanto de outros semelhantes, dada não estar em causa, na maioria das vezes, a sobrevivência”, e também o autor refere que na vinculação da

idade adulta há a inclusão de relações que comportam dimensões de envolvimento sexual (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Uma outra característica que permite distinguir a vinculação da idade adulta da vinculação estabelecida na infância é a necessidade dos acontecimentos que provocam stress serem mais fortes de modo a activar o sistema de vinculação, uma vez que na idade adulta a capacidade de representação já se encontra mais desenvolvida, e assim a figura de vinculação fica fixa, e há mais facilidade para lidar com os pequenos aborrecimentos e dificuldades do quotidiano (Hinde e Stevenson-Hinde, 1986 cit. por Canavarro, Lima & Dias, 2006).

No entanto, a característica mais distinta depreende-se com a natureza das relações. Na idade adulta existem relações mais complexas, nomeadamente prestam-se e recebem-se cuidados alternadamente, de acordo com o contexto e necessidades de cada interveniente na relação.

De uma forma geral, verifica-se que em primeiro lugar, as figuras de vinculação dos adultos provêm geralmente das suas relações com os pares – alguém que, entre estes, é considerado como único, enquanto as figuras de vinculação nas crianças são geralmente os adultos que lhes prestam cuidados. Compreende-se então que as vinculações dos adultos tendam a envolver reciprocidade ou alternância no desempenho dos cuidados, o que por outro lado, pode tornar o funcionamento da vinculação menos evidente. Em segundo lugar, as situações em que o sistema de vinculação é intensamente activado são consideravelmente menos frequentes do que na infância. Embora os adultos sejam capazes de continuar a monitorizar o paradeiro e os planos do outro tal como as crianças o fazem), a tolerância à separação é maior, em princípio, tanto mais se o sujeito representar mentalmente essa situação como gratificante para si e para o outro. Em terceiro lugar, no caso de a vinculação ser profundamente perturbada, pela morte, pelo divórcio ou por outro tipo de separação definitiva, o adulto poderá ter mais recursos para procurar segurança em outros adultos. Finalmente, sublinha-se que a vinculação nos adultos se orienta muitas vezes para uma figura com quem existe também uma relação de natureza sexual, por exemplo. Assim, no adulto a vinculação constitui apenas um dos componentes da relação com uma determinada figura, enquanto durante a infância, sobretudo nas suas fases mais precoces, a vinculação e o sentimento de segurança tendem a penetrar em todos os aspectos da relação.

À complexidade das tarefas desenvolvimentais específicas da idade adulta, associa-se também o alargamento do repertório comportamental exigindo a integração dos sistemas comportamental e sexual e de prestação de cuidados com os sistemas de vinculação e exploração (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987 cit.

por Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007). Autonomia e Intimidade são tarefas nucleares do desenvolvimento do jovem adulto, sendo vistas como a consolidação da identidade íntegra e do sentido de diferenciação face aos pais e aos outros (processo de diferenciação do *self*). Simultaneamente a isto, está a construção de intimidade, partilha e interdependência no contexto das relações íntimas, enquanto relações de amor ou amizade (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007).

A sua consolidação constitui-se como os alicerces para o assumir de novas tarefas desenvolvimentais (no contexto relacional, profissional e ligado à parentalidade).

Muito dos desenvolvimentos ocorridos no âmbito da teoria e da investigação na área do adulto têm surgido dos modelos representacionais, também designados por modelos internos dinâmicos propostos por Bowlby (1973). As diversas concepções sobre as diferenças individuais na organização da vinculação estão associadas às discussões em torno da estabilidade e da mudança da vinculação, ao longo do ciclo de vida, e comportam implicações para avaliação da vinculação na idade adulta.

Embora estes sistemas comportamentais sejam independentes, podem interagir em vários níveis. Assim, se o sistema reprodutivo pode realizar a sua função sem envolver uma relação afectiva entre os parceiros, por outro lado, na evolução de uma relação sexual a longo prazo, é provável que se construa uma relação de vinculação e que os componentes de vinculação e de prestação de cuidados tendam a interagir com a dimensão sexual. Por sua vez, se a relação persistir, estes componentes de vinculação e prestação de cuidados podem assumir uma tal importância, que a relação é mantida mesmo quando o interesse sexual desapareceu. Numa situação de ruptura da relação, a componente de vinculação tende a persistir bastante tempo e depois de a separação ter ocorrido e mesmo quando essa separação foi desejada, o que mostra que a vinculação está associada a emoções muito fortes, que têm tendência a perdurar. Por outro lado, pela sua função, a prestação de cuidados ao(s) descendente(s) tem muitas vezes a “prioridade” na reorganização da relação depois da separação dos conjugues, o que pode contribuir para a intensidade das disputas da custódia parental, muito depois de a relação conjugal se ter rompido. Finalmente sublinha-se a semelhança que parece existir na acção destes sistemas comportamentais.

Assim sendo, a vinculação do adulto surge conceptualizada de três formas distintas na literatura, nomeadamente: vinculação como estado, que emerge em situações de stress, num esforço para restabelecer contacto com a figura de vinculação; vinculação como traço ou tendência para formar relações de vinculação

similares ao longo da vida; e vinculação como processo de interacção no contexto de uma relação específica (Canavarro, Lima & Dias, 2006).

Segundo Canavarro, Lima & Dias (2006) as investigações mais recentes caracterizam a vinculação do adulto de acordo com a promoção da existência de diferenças individuais estáveis ao longo do tempo, contudo existem inúmeros factos que não são explicados, uma vez que não há acordo entre os autores, como por exemplo o numero de estilos de vinculação dos adultos, a maior parte dos autores propõem a existência de apenas um estilo seguro e vários estilos inseguros, contudo a literatura permite referir investigadores que propõem a existência de mais estilos de vinculação insegura (Canavarro, Lima & Dias, 2006).

Hazen e Shaver (1987) adoptou o modelo original de Ainsworth *et al.* (1978) cit. por Canavarro, Lima & Dias (2006) que inclui os estilos “seguros” (associado a uma interacção caracterizada por protecção e conforto por parte da figura de vinculação), “evitante” e “ansioso/ambivalente”, para estudar as relações heterossexuais como processos de vinculação, mais tarde a Main *et al.* (1985) cit. por Canavarro, Lima & Dias (2006) incluíram mais uma categoria: “autónomo”, “desligado”, “preocupado”. Bartholomew e Horowitz (1991) cit. por Canavarro, Lima & Dias (2006) propuseram um novo modelo das quatro categorias já referenciadas, contudo estes autores diferenciam o estilo “evitante” surgindo assim dois subtipos: “evitante-desligado” (combina a percepção do próprio como merecedor de cuidados dos outros com a representação destes como não respondendo às suas necessidades) e o estilo “evitante-amedrontado” (que se caracteriza pela percepção do próprio como não merecedor dos cuidados dos outros, combinando com uma avaliação destes como pessoas em que não pode confiar).

Para além das variações dos estilos de vinculação encontra-se também variâncias de insegurança de vinculação do adulto com origens na infância, incluindo os estilos “prestação de cuidados compulsiva”, “procura de cuidados compulsiva”, “autoconfiança compulsiva” e “desvinculação emocional”.

Encontra-se também três grandes tipos de abordagens conceptuais subjacentes ao processo de avaliação da vinculação do adulto: aquelas que se baseiam em concepções *categoriais ou tipológicas*; as que têm por base concepções *dimensionais* e, por fim, as que se caracterizam por abordagens *prototípicas* (Bartholomew & Shaver, 1998; Matos, 2002, cit. por Canavarro, Dias & Lima, 2006). A Avaliação da vinculação na idade adulta deixa de ser assim simplesmente comportamental, exigindo ir para além destes padrões, movendo-se para medidas representacionais, que espelham a complexidade da vinculação na idade adulta (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007).

### **2.5.1. Estilos de Vinculação no Adulto**

Cindy Hazen e Philipp Shaver (1987) cit. por Fonseca, Soares & Martins (2006) foram pioneiros na exploração dos estilos de vinculação no adulto, com base nos pressupostos da Teoria da Vinculação de Bowlby (1969, 1979) cit. por Fonseca, Soares & Martins (2006), que descreve o relacionamento amoroso no adulto como um processo de vinculação.

Nos estudos das relações íntimas enquanto processo de vinculação, Hazan e Shaver (1987) cit. por Fonseca, Soares & Martins (2006), Shaver e Hazan (1988) cit. por Fonseca, Soares & Martins (2006) e Shaver, Hazan e Bradshaw (1988) cit. por Fonseca, Soares & Martins (2006) identificaram a versão adulta de três estilos de vinculação (seguro, inseguro-ambivalente e inseguro-evitante), traduzindo as descrições de Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) cit. por Fonseca, Soares & Martins (2006) das crianças na Situação Estranha, em termos desenvolvimentalmente adaptados para as relações entre adultos.

De acordo com as investigações destes autores, os indivíduos classificados com um estilo de vinculação segura, são caracterizados por estabelecerem facilmente relações de proximidade com outras pessoas e por se sentirem confortáveis com a intimidade que lhes é inerente. As suas relações, em termos de sistema de prestação de cuidados, são de reciprocidade, respondendo à adversidade sentida (por si ou pelo outro), cuidando ou permitindo ter cuidados numa alternância de papéis que se adequa ao contexto relacional. Por se considerarem pessoas passíveis de serem amadas, não se mostram preocupados com a possibilidade de serem abandonados pelas suas figuras de vinculação. As figuras de vinculação constituem para eles uma base segura nas situações de adversidade, sendo percebidas como sensíveis e responsáveis face às necessidades experienciadas.

Os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-ansioso manifestam dificuldade na gestão da proximidade com as figuras de vinculação; conscientes da sua própria necessidade de uma maior aproximação, receiam que este aspecto leve ao afastamento e perda de amizade/amor das figuras significativas; frequentemente estabelecem relações assimétricas em termos de cuidados, cuidando ou sendo cuidados de forma quase compulsiva, com uma reduzida flexibilidade cognitiva/emotiva para alternância de papéis.

O estilo de vinculação evitante é caracterizado pelo desconforto que os indivíduos percebem em relação à proximidade e à intimidade que as relações com as figuras significativas podem implicar. Estes indivíduos tendem a evidenciar dificuldade em confiar no outro, uma vez que percebem as figuras de vinculação como não

responsivas em situações de adversidade; cuidar e ser cuidado é algo que tendem a evitar, uma vez que percebem este factor como uma dependência desagradável.

Contudo tal como já foi referido, não há uma unanimidade acerca dos estilos de vinculação, Bifulco, Lillie, Ball e Moran (1988) cit. por Rodrigues *et. al*, (2004) definiram cinco estilos de vinculação, aquando a construção da *Attachment Style Interview* (ASI), nomeadamente: a) o estilo emaranhado – é um estilo de vinculação dependente, frequentemente acompanhado por hostilidade e raiva nas relações, bem como por ambivalência ou manipulação nas relações com os outros. Os sujeitos têm muita necessidade de dependência e requerem muita atenção dos outros mas podem, de facto, terem muito poucos relacionamentos interpessoais, verdadeiramente próximos. Muitas vezes parecem se contradizer no relato das suas relações e o estilo de narração tem ainda tendência a ser cheio, emocional e propenso ao exagero; b) o estilo desligado – caracteriza-se pelo evitamento dos outros, elevado individualismo, e raiva/intolerância para com os outros. Estas pessoas poderão escolher contar apenas consigo, e são frequentemente cotenciosas com os outros ou proclamam que não se pode confiar em ninguém. Geralmente isolam-se, sendo mais difíceis no relacionamento que o tipo amedrontado. O estilo narrativo tende a ser breve e lacónico e até um pouco irritado com a situação de entrevista; c) o estilo amedrontado - é um estilo de vinculação igualmente evitante, mas caracteriza-se mais pelo medo dos outros, ansiedade social e medo da rejeição ou de ser desiludido. Isto pode-se relacionar com experiências passadas ou actuais em que o sujeito foi desiludido, o que influenciou nas suas subseqüentes atitudes. Pode existir, contudo, um elevado desejo de estar próximo com os outros, e simultaneamente medo que tal aconteça. O estilo narrativo pode indicar a ansiedade subjacente ao material emocionalmente evocado; d) o estilo retraído – é uma categoria evitante residual, na qual se inserem traços de individualismo e falta de desejo de compromissos com os outros, mas sem medo do envolvimento e da cólera ou intolerância perante os outros; e) por último o Padrão seguro – caracterizado pela competência em iniciar e manter relações interpessoais, tal como certifica a proximidade emocional em relação ao parceiro e aos filhos ou a outras figuras de apoio fora da família. Normalmente existe uma relação estável, ou mesmo apoiante com a família de origem. É improvável a existência de atitudes extremas de hostilidade, dependência, ou medo de relações próximas, embora possam estar presentes evidências ligeiras.

Por conseguinte, enquanto os indivíduos vinculados de forma mais segura, tendem a mostrar pontuações mais baixas nas dimensões de ansiedade e evitamento, e com crenças mais positivas acerca do *self* e dos outros; os indivíduos com uma vinculação mais amedrontada mostram o padrão oposto, ou seja, têm pontuações

mais elevadas nestas duas dimensões e embora procurem ter relações emocionalmente mais próximas, tendem a demonstrar timidez porque se preocupam com o facto de poderem ser magoados ou rejeitados (Klohnen & Luo, 2003 cit. por Guedes, 2005)

### **2.5.2. Dimensão representacional na vinculação do adulto**

É importante referir que para se compreender a vinculação no adulto, é necessário compreender algumas das tarefas específicas deste período do ciclo de vida, como o fim da escolaridade, o início da actividade profissional e consequente autonomia financeira, o viver e estabelecer-se em espaço próprio, o casamento e a parentalidade (Soares, 1996).

O modelo de transição que identifica a aquisição do estatuto de adulto com estabilidade (profissional, financeira e familiar) tem sofrido várias pressões sociais, por isso, a fase adulta tem sido alvo de grande interesse inclusive a partir dos anos 90. As mudanças resultaram do crescimento das aspirações à mobilidade social; da mudança no sistema familiar e matrimonial; da possibilidade de se programar e adiar o momento da procriação; do aumento da esperança de vida; das mudanças nos modos de passagem à vida profissional (que conduzem menos frequentemente a um emprego estável); do prolongamento escolar; do crescimento do consumo, da informação e da promoção do lazer e do hedonismo (Teixeira, 2001 cit. por Sousa, 2008).

Esta investigação baseia-se sobretudo nas representações profissionais que “estes” adultos são portadores, com este intuito é importante referir que de acordo Hazan & Shaver (1990), na actividade profissional, os indivíduos com estilos de vinculação seguros têm auto-relatos de sucesso e de satisfação laboral, menor medo de falhar e menor preocupação com o desempenho e com a avaliação dos colegas, apreciam as recompensas e a actividade exploratória por si.

Os mesmos autores referem que os adultos com estilo de vinculação evitante tendem a demonstrar uma atitude semelhante nas suas actividades de exploração, adoptam uma postura no trabalho de ocupação compulsiva que tem como função a distração das necessidades individuais de vinculação e o evitar interacções desconfortáveis com os outros.

Do ponto de vista da exploração, o estilo de vinculação evitante poderá estar associado a uma preferência em trabalhar sozinho e a trabalhar durante as férias como um pretexto para evitar socializar/conviver, com prejuízo da saúde e das relações íntimas e sociais (Hazan & Shaver, 1990). Por último os adultos com estilo de

vinculação inseguro-ansioso tendem a centrar-se na manutenção da proximidade com os seus cuidadores, para explorarem de forma eficaz.

A exploração é utilizada como uma forma de realização para atrair a atenção e a aprovação da figura de vinculação. Há uma preocupação exagerada em relação as questões relacionadas com a vinculação que se verifica numa certa incapacidade de terminar os projectos de trabalho, numa dificuldade em cumprir os prazos e um fraco desempenho profissional; assim é de delinear que este estilo de vinculação (inseguro-ansioso) está associado a uma preferência para trabalhar com os outros mais do que sozinho e ficar sobrecarregado com tarefas de forma de agradar aos outros (Hazan & Shaver, 1990).

Para o estudo das dimensões representacionais na vinculação dos adultos, destaca-se os trabalhos de Mary Main (Soares, 1996) partindo do conceito de Modelos Internos dinâmicos que desloca o estudo das diferenças individuais na organização da vinculação para o domínio representacional.

Soares (2007b) refere que a investigação na idade adulta procura reflectir sobre as diferenças na organização representacional da vinculação, ou seja, sobre as diferenças ao nível dos modelos internos dinâmicos. Estes correspondem a um conjunto de regras que organizam a informação relativa às experiências de vinculação, orientando a atenção, a memória, a linguagem, as emoções e o próprio comportamento do indivíduo. A linguagem desempenha um papel primordial enquanto organização discursiva do pensamento, permitindo o acesso a informação relativa a essas experiências.

O estudo da representação da vinculação em jovens e adultos tem sido igualmente alvo de interesse a associação positiva entre a segurança da organização da vinculação e um conjunto de variáveis de funcionamento psicológico, como a regulação emocional, a competência social, a qualidade e satisfação nas relações interpessoais, nomeadamente no contexto das relações íntimas.

No próximo capítulo irá se proceder à segunda parte desta investigação, nomeadamente ao estudo empírico.





## Parte II

### Estudo Empírico

#### 1. Apresentação do Problema

Nas últimas décadas a investigação empírica têm proporcionado conclusões significativas sobre as variáveis que participam no processo e no resultado da psicoterapia, através dos estudos centrados nas características dos pacientes, dos terapeutas e na relação terapêutica.

Particularmente e com respeito à investigação sobre as variáveis dos terapeutas, os principais desenvolvimentos centram-se sobretudo nas diferenças das variáveis traço e nas variáveis de estado. Os estados observáveis incluem variáveis como: orientação teórica, experiência profissional, e estilos pessoais dos terapeutas (como padrões verbais de interacção em psicoterapia, padrões de comunicação e padrões não verbais) (Rial, Castañeiras, Garcia, Gómez & Fernández-Alvaréz, 2006).

Um grupo de investigação em Psicoterapia liderado por Fernández-Álvarez na Argentina operacionalizou o constructo multidimensional Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT) sendo definido como: “O conjunto de características que cada terapeuta põe em jogo no acto da psicoterapia modelando os atributos fundamentais do dito acto” (Rial, Castañeiras, Garcia, Gómez & Fernández-Alvaréz, 2006, p.10).

O Estilo pessoal do Terapeuta reúne as condições peculiares que conduzem um terapeuta a agir de um modo particular no seu desempenho profissional e, condiciona por outro lado, o modelo teórico aplicado, assim como as técnicas específicas aplicadas a cada tratamento.

O estudo do estilo pessoal do terapeuta aparece ligado aos estilos dos pacientes, como é o caso do estudo Beutler et al. (2004) que permitiu concluir as interacções terapeuta-cliente são modeladores muito importantes nos resultados da terapia, mostrando que os clientes mais resistentes responderam significativamente melhor ao tratamento interagindo com terapeutas mais espontâneos; o estudo de Soares (2007c) que permitiu concluir que o facto de o terapeuta ser muito instrutivo ou muito expressivo na 1ª sessão poderá não ser muito favorável à permanência do cliente na terapia; o estudo de Corbella & Botella (2004) que relaciona os estilos pessoais do terapeuta e a aliança terapêutica, permitindo verificar que a função instrutiva está associada ao estabelecimento da aliança terapêutica.

Também aparece ligado ao estudo das relações das características pessoais do terapeuta, nomeadamente o estudo de Fernández-Álvarez, Garcia, Lo Bianco & Santomá (2003) que permite verificar as dimensões das funções dos estilos pessoais dos terapeutas e a sua associação. E ainda ligado ao estudo da relação dos dados sócio-demográficos (a idade, o género) e dados profissionais (a orientação teórica, os

anos de experiência profissional, a problemática acompanhada) com as funções dos estilos pessoais dos terapeutas, nomeadamente, o estudo de Castañeiras, Ledesma, Fernández-Álvarez (2008).

Todos estes estudos têm sido realizados na Argentina, conseqüentemente, ainda não há muitos resultados e conclusões acerca do estudo do estilo pessoal e das características dos terapeutas portugueses. Apenas Soares (2007c) aplicou até a data o questionário EPT na população portuguesa, o que não permite obter muita informação acerca destas características em Portugal.

De encontro com esta limitação e, uma vez, que se verificou que o estudo das características dos terapeutas são aspectos primordiais no estabelecimento da relação terapêutica, a presente investigação tem como tese fundamental estudar as dimensões das características pessoais dos terapeuta, introduzindo a dimensão dos estilos de vinculação no processo relacional enquanto pessoa.

A integração dos estilos de vinculação neste estudo prende-se com o facto de se pretender explorar o campo relacional do próprio terapeuta, e não apenas os aspectos técnicos que lhe são inculcados durante a sua formação profissional e as suas características profissionais.

Neste estudo definiu-se como questão de investigação: Qual a relação entre os estilos pessoais do Terapeuta e os estilos de Vinculação?

### **1.1. Objectivos de Estudo**

Tendo em conta a questão de investigação proposta para esta investigação, os objectivos de estudo foram os seguintes:

- Aprofundar e caracterizar os estilos pessoais dos Terapeutas, procurando identificar alguns aspectos que influenciam estes, nomeadamente a orientação teórica, a idade, os anos de experiência, o grupo etário dos pacientes que acompanham e a problemática acompanhada,

- Aprofundar como é que as funções dos estilos pessoais dos Terapeutas se relacionam entre si,

- Analisar as relações entre os estilos de vinculação e os estilos pessoais do Terapeuta e,

- Relacionar a variável orientação teórica com a variável estilos de vinculação.

## **2. Método**

“A investigação como processo rigoroso e sistemático de descrever ou interpretar a realidade exige-nos um conhecimento tão aprofundado quanto possível dos métodos e técnicas que a permitem desenvolver”.

Os métodos de investigação são diferenciados consoante o tratamento da informação, ou seja, se esta foi submetida a um tratamento quantitativo ou qualitativo.

Um tratamento qualitativo descreve quais são os processos que ocorrem e detalha as suas diferentes características e um tratamento quantitativo diz quais são os processos envolvidos, com que frequência ocorre e que diferenças podem ser observadas ao longo do tempo. A presente investigação recebeu um tratamento qualitativo e consiste num estudo de *design* correlacional, uma vez que não haverá manipulações de variáveis, havendo, com a aplicação dos questionários, descritos mais à frente, a procura de associação entre as variáveis estilos pessoais do terapeuta e estilos de vinculação.

### **2.1. Participantes**

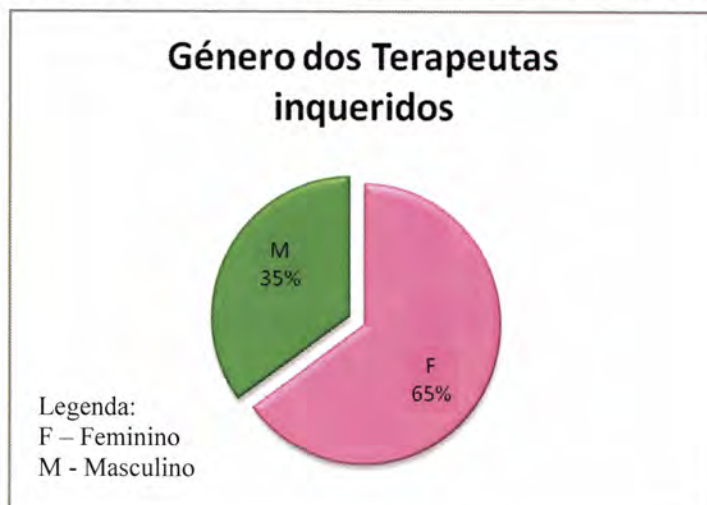
#### **2.1.1. Caracterização dos Participantes**

A amostra desta investigação tratou-se de uma amostra de conveniência, sendo constituída por sessenta psicoterapeutas de ambos os sexos, licenciados em Psicologia Clínica, independentemente dos anos de experiência profissional.

Foram enviados cerca de cem questionários para os grandes centros hospitalares de Porto e Lisboa: Hospital de Santa Maria, Hospital do Júlio de Matos, Hospital D. Estefânia, Hospital de São João e Hospital de Santo António. E ainda foram recolhidos questionários junto dos centros de Saúde de Évora, Vendas Novas, Estremoz, Mirandela, Vila Real, Braga, Bragança e Vila Flor.

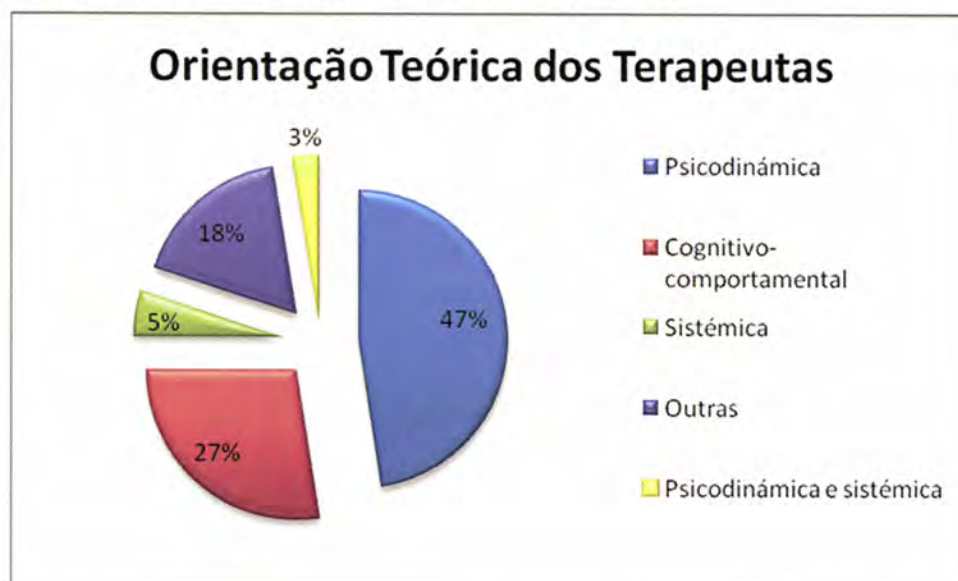
Obteu-se resposta de quarenta psicoterapeutas, entre os quais vinte e seis dos psicoterapeutas (65 %) do sexo feminino e catorze dos psicoterapeutas (35%) do sexo masculino (Figura 1). São na totalidade de nacionalidade Portuguesa, as suas idades variam entre os 25 e os 49 anos sendo a média das idades de 31,8 anos com um desvio padrão (SD) de 6,21 anos e uma variância de 38,6. No que diz respeito aos seus anos de experiência encontra-se uma variância de 1,6 a 20 anos de experiência sendo a média de 5,88 anos com um desvio de padrão (SD) de 5,11 e uma variância de 26,11.

**Figura 1: Comparação do género dos Terapeutas Inqueridos**



Em termos de orientação teórica adoptada por estes psicoterapeutas, observa-se dezanove dos Psicoterapeutas que seguem uma abordagem Psicodinâmica (47%), onze consideram-se Cognitivo-Comportamentais (27%), dois seguem uma abordagem Sistémica (5%), sete seguem outras abordagens (18%) e por último também um tem uma abordagem Sistémica e Psicodinâmica (3%) (Figura 2).

**Figura 2: Orientação teórica dos Terapeutas inqueridos**



Em relação ao tipo de pacientes que atendem predominantemente, estes foram agrupados em 3 grupos (devido ao número reduzido da amostra): no primeiro grupo colocaram-se os terapeutas que atendem as crianças e os adolescentes, no segundo grupo colocaram-se os terapeutas que atendem os adultos e a 3.<sup>a</sup> idade e, por último, no terceiro colocaram-se os terapeutas que atendem todas as faixas etárias. Assim,

treze dos terapeutas acompanham crianças e adolescentes (32%), doze dos terapeutas acompanham adultos e pessoas da 3.ª Idade (30%) e, finalmente, quinze dos terapeutas acompanham todas as faixas etárias (38%) (Figura 3).

**Figura 3: Grupo etário dos clientes acompanhados pelos Terapeutas Inquiridos**



Em termos de tipo de problemáticas acompanhadas, dezoito dos terapeutas referem que acompanham várias problemáticas, não as mencionando (45%); dezasseis dos terapeutas referem acompanhar Problemas Comportamentais e Dificuldades de Aprendizagem (40%), três lidam principalmente com Perturbações de Ansiedade (7%); dois referem que lidam principalmente com Perturbações da Personalidade (5%); e apenas um lida com Toxicod dependência (3%) (Figura 4).

**Figura 4: Tipo de problemáticas acompanhadas pelos Terapeutas Inqueridos**



Em relação aos anos de experiência, esta variável também foi dividida em classes, nomeadamente: a primeira classe corresponde aos terapeutas que tenham entre 1 a 5 anos de experiência, a segunda classe corresponde aos terapeutas que tenham entre 6 a 10 anos de experiência profissional, a terceira classe reúne os

terapeutas que têm 11 a 15 anos de experiência profissional e, a quarta classe corresponde aos terapeutas que têm entre 16 a 20 anos de experiência profissional. Assim, vinte e um dos terapeutas têm 1 a 5 anos de experiência profissional (52%), cinco dos terapeutas têm 6 a 10 anos de experiência profissional (12%), também cinco dos terapeutas têm 11 a 15 anos de experiência profissional (13%), apenas um tem experiência compreendida na última classe (3%) e, por último oito dos terapeutas não responderam a esta questão (20%) (Figura 5).

**Figura 5. Anos de Experiência profissional dos terapeutas inquiridos**



A informação referente à orientação teórica dos terapeutas, à faixa etária dos seus clientes, e às problemáticas mais frequentes que lhe aparecem em consulta foram recolhidas juntamente com os dois questionários aplicados, nomeadamente, o Inventário de Estilo Pessoal de terapeuta (EPT) e a Escala de Vinculação do Adulto EVA. Estes questionários serão descritos aprofundadamente mais adiante, na caracterização dos instrumentos.

## **2.2. Procedimentos**

### **2.2.1. Recolha de Dados**

Para iniciar o procedimento de recolha de dados foi necessário obter a autorização das instituições onde trabalhavam alguns dos terapeutas, nomeadamente nos Contextos Hospitalares e do Contexto dos Centros de Saúde; este pedido de autorização formal realizou-se por carta que se encontra no Anexo 1, e por telefone. Os terapeutas eram da área da Psicologia Clínica, independentemente da zona onde exerciam a sua função. Posteriormente foram enviados os questionários (EPT e a

escala de Vinculação do Adulto EVA) para cada instituição com o intuito de recolher a informação pretendida, assim como os dados sócio-demográficos e profissionais de cada terapeuta.

A participação neste estudo implicava, por parte dos terapeutas, a aplicação destes instrumentos a si próprios como terapeutas. Segue-se uma breve caracterização de cada um dos instrumentos utilizados nesta investigação.

### **2.2.2. Caracterização dos instrumentos**

Os instrumentos poderão ser agrupados em três categorias de acordo com a dimensão de análise do processo de investigação a que se destinam: a) instrumentos de recolha de dados sócio-demográficos e profissionais da amostra, b) instrumentos destinados à caracterização do terapeuta, c) instrumentos de caracterização da vinculação do terapeuta.

#### **a) Instrumentos de Recolha de Dados Sócio-Demográficos**

Os dados de identificação, bem como as cartas de pedido de autorização foram obtidos recorrendo aos seguintes instrumentos: i) Ficha de dados sócio-demográficos e profissionais ii) Carta de pedido de autorização. Estes dois instrumentos de recolha de informação podem ser observados nos Anexos 2 e 1 respectivamente.

**Ficha de dados sócio-demográficos e profissionais:** é um documento a ser preenchido pelo Terapeuta para a recolha de cada um dos seus dados pessoais de identificação e profissionais, de modo a caracterizar a amostra a nível mais demográfico (ver Anexo 2).

#### **b) Instrumentos destinados à caracterização do terapeuta**

O instrumento destinado à caracterização do terapeuta foi o Questionário do estilo pessoal do terapeuta (Fernandez Álvares, 1998; Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003; Corbella, 2003) traduzido por Soares (2007c). Este instrumento foi desenvolvido e aprofundado na sequência do Projecto Barcelona-Buenos Aires – BCN-BsAs, (Corbella & Botella, 2003) que ocorreu entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e do Desporto da Universidade Ramon Llull em Barcelona e a Fundação Aigle em Buenos Aires. Este projecto tem vindo a desenvolver a investigação nesta área e, conseqüentemente tem suscitado um maior interesse dos investigadores pelo conhecimento das características e estilos de terapeuta.



**Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta - EPT.** (Fernandez Álvares, 1998; Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003; Soares, 2007c): destina-se a conhecer o estilo pessoal do terapeuta (ver Anexo 3).

“Este instrumento de análise proposto por Fernández-Alvarez & Garcia (1998), não pretende ser uma apresentação exaustiva de todas as acções que são efectuadas em terapia, nem pretende explicar a totalidade de um processo tão complexo como é a psicoterapia. Pretende sim, apresentar uma visão o mais ampla possível acerca da forma como o terapeuta imprime a sua marca pessoal na sua maneira de levar a cabo a psicoterapia. Assim como o objectivo não é procurar qual é o melhor estilo terapeuta, mas sim ajudar cada um a encontrar o seu próprio estilo, em função das variáveis pessoais, dos posicionamentos teóricos, e da atitude terapêutica” (Corbella, 2005 cit. por Soares, 2007c, p. 34).

Fernández-Alvarez & Garcia (1998), tal como já foi referido no enquadramento teórico, afirma que as características que constituem o seu estilo individual podem agrupar-se em diferentes funções que têm uma dimensão contínua bipolar que nos mostra o perfil do terapeuta, nomeadamente: a função instrutiva (estabelecimento do cenário para a terapia) corresponde aos terapeutas que poderão ser rígidos ou flexíveis (4 itens); a função de atenção (selecção dos elementos necessários para avançar no trabalho terapêutico) que corresponde aos terapeutas que poderão ser activos ou receptivos (4 itens); a função expressiva (modo de relacionar-se afectivamente com o cliente) corresponde aos terapeutas que poderão ser próximos ou distantes (5 itens); a função operativa (modo de execução das tarefas) onde os terapeutas poderão ser directivos/regulados ou espontâneos/intuitivos (5 itens); a função de avaliação (avaliação do modo como se atingem os objectivos terapêuticos) que corresponde aos terapeutas que poderão ser estimuladores/dirigidos para o resultado ou críticos/dirigidos para compreender o resultado (4 itens); e, finalmente, a função de comprometimento (forma como o terapeuta se envolve na tarefa) onde os terapeutas flutuam entre muito comprometidos e pouco comprometidos (5 itens)

Este questionário (EPT) é assim composto por 26 itens, respondidos pelo próprio terapeuta a partir de uma escala de *Likert* de 5 pontos em que, 1 – totalmente de acordo e 5 totalmente em desacordo, manifestando seu nível de acordo com a afirmação proposta em cada item do questionário.

As indicações na primeira página indicam que não há respostas correctas ou incorrectas, nem boas nem más e é pedido ao terapeuta que responda segundo o seu modo habitual e mais frequente de funcionar ao exercer psicoterapia.

A análise psicométrica feita ao instrumento teve por base a amostra espanhola (N=32) e a amostra argentina (N=170), que Corbella (2004) descreve num dos estudos

da sua tese de doutoramento. Os dados psicométricos revelam uma validade interna satisfatória na globalidade das funções, apesar dos valores serem pouco significativos (*Alpha Cronbach* que varia entre 0.60 e 0.85).

Relativamente à fiabilidade do instrumento, os dados obtidos 4 meses depois da primeira administração apontam para uma boa fiabilidade, indicando estabilidade nos itens das várias funções que constituem o estilo pessoal do terapeuta. Contudo, e segundo Corbella & Botella (2003) há aspectos relevantes como a formação teórica, as novas tecnologias, as circunstâncias de vida e as condições laborais que podem influenciar e modelar o estilo do terapeuta.

A tradução do EPT foi feita por Maria Luiza Soares (2007c) e autorizada pelo autor (Corbella & Botella, 2003) a partir da sua versão espanhola. Assim, numa primeira fase foi feita a sua tradução para português e posteriormente foi feita uma retroversão por um tradutor de língua espanhola (que traduziu do português para o espanhol).

Depois o questionário foi administrado a pequenos grupos de terapeutas com o objectivo de testar a acessibilidade do vocabulário e a compreensão dos itens. Além deste processo, e para que a tradução dos itens não alterasse significativamente o sentido original dos itens, o EPT foi ainda analisado por um professor de língua espanhola que domina também a língua portuguesa para validar o conteúdo da escala original (Fernández-Álvarez & Garcia, 1998).

A cotação deste questionário consiste em determinar e calcular os itens de cada função, nomeadamente: para a função de Atenção soma-se a pontuação dos itens 12, 15, 22 e 26, dividindo o resultado por 4; para a função Instrutiva soma-se a pontuação dos itens 1, 7, 9, 13, dividindo o resultado por 4; para a função de Expressão soma-se a pontuação dos itens 4, 6, 8, 16, 24, dividindo o resultado por 5; para a função Operativa soma-se a pontuação dos itens 3, 5, 14, 18, 23, dividindo posteriormente o resultado por 5; para a função Avaliativa soma-se a pontuação dos itens 2, 10, 17 e 19, dividindo posteriormente o resultado por 4 e por último para a função de Comprometimento soma-se a pontuação dos itens 11, 20, 21 e 25, dividindo o resultado por 4. É importante ter em conta os itens cuja pontuação é invertida, nomeadamente nos itens 1, 2, 4, 6, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 21 e 25; depois de calculado o valor de cada função é necessário encontrar o valor da média e da mediana para cada função e posteriormente enquadrar esse resultado de acordo com as dimensões de cada função já referidas anteriormente.

Desta forma, o questionário construído para avaliar as funções do estilo pessoal do terapeuta apresenta qualidades psicométricas satisfatórias e constitui um bom

instrumento de análise dos diferentes perfis de estilos de terapeutas (Corbella & Botella 2003).

### **c) Instrumentos de caracterização do Estilo de Vinculação do Terapeuta**

O instrumento destinado à caracterização do estilo de Vinculação do Terapeuta foi a Escala de Vinculação EVA (M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R; Canavarro, Lima & Dias, 2006). Esta escala foi construída por Collins e Read (revista pelos mesmos autores, em 1990) com o intuito de superar as limitações próprias do instrumento de três itens de Hazen e Shaver (1987) cit. por Canavarro, Dias & Lima (2006), nomeadamente: a natureza categorial do instrumento que assume que cada estilo é independente dos restantes e que não permite avaliar o grau e extensão em que cada estilo é característico de um indivíduo (Canavarro, Dias & Lima; 2006) (Ver anexo 4).

Em 1997, Canavarro iniciou o processo de validação da *Adult Attachment Scale*, que em Portugal recebeu o nome de *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)*, esta escala tem sido aplicada a grupos clínicos e decorre até ao momento presente, fornecendo dados importantes para o estudo psicométrico deste instrumento de avaliação.

### **Escala de Vinculação EVA (M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R, Canavarro, Dias, Lima, 2006)**

A versão preliminar da escala ficou composta por 21 itens, sete para cada estilo de vinculação. Esta escala comporta dois aspectos fundamentais da vinculação: a) crenças sobre a disponibilidade da figura de vinculação e as suas respostas quando requerida (3 itens) e b) reacções à separação da figura de vinculação (3 itens). Numa amostra de 286 mulheres e 184 homens, foram realizados estudos psicométricos do instrumento dos quais resultou a actual versão de 18 itens (Canavarro, Dias & Lima; 2006).

Esta escala encontra-se aferida para a população portuguesa, sendo designada de *Escala de Vinculação do Adulto (Eva)*. Esta escala diferencia a população geral de população clínica e mostra-se um bom elemento na construção dos estilos de vinculação com a Teoria da Vinculação do adulto, sugerindo que a maioria do seu conteúdo é pertinente em termos de Vinculação do adulto.

Através da Análise Factorial dos 18 itens desta versão revelou-se a presença de três dimensões, em que cada uma é constituída por 6 itens. A primeira dimensão foi designada por “*Close*, avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas”; a segunda designada como “*Depend*, avalia

a forma como os indivíduos sentem poder de depender de outros em situações em que necessitam deles”, e finalmente a última escala a “*Anxiety*, avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado” (Canavarro, Dias & Lima; 2006).

Correlacionaram-se assim estas três dimensões, e os resultados revelaram uma simples ligação entre os factores *Depend* e *Close* ( $r = 0,41$ ) “sugerindo que as pessoas que possuem confiança nos outros tendem a sentir-se mais confortáveis com a proximidade emocional”; uma fraca ligação entre os factores *Anxiety* e *Depend* ( $r = -0,18$ ) e a inexistência de ligação entre os factores *Anxiety* e *Close* ( $r = -0,08$ ) (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Verificaram-se índices de razoável fiabilidade para esta escala, referindo *alphas* de *Cronbach* para as três dimensões: 0,75; 0,72; e 0,69 para a dimensão *Anxiety*, *Close* e *Depend* respectivamente.

Em 2000, Collins e Fenney (Canavarro, Dias & Lima; 2006) investigaram a associação entre diferenças individuais de vinculação e capacidade de pedir e fornecer apoio, no contexto de relações íntimas, os resultados apontaram que a vinculação evitante surge como um bom preditor de ineficácia na procura de suporte e a vinculação ansiosa prediz baixa capacidade para fornecer suporte.

Os primeiros estudos psicométricos resultantes da aplicação da Adult Attachment Scale à população portuguesa foram realizados por Canavarro (1997), na versão portuguesa esta escala passou a ser designada por *Escala de Vinculação do Adulto* (EVA). Nestes primeiros estudos Canavarro (1997) procedeu à tradução do instrumento original de Collins e Read (1990) cit. por Canavarro, Lima & Dias (2006), posteriormente este instrumento foi aplicado a um pequeno grupo de pessoas com o intuito de averiguar a compreensão dos itens e do vocabulário, de acordo com os procedimentos sugeridos por De Figueiredo & Lemkau (1980) cit. por Canavarro, Lima & Dias (2006) nestas situações.

Os estudos da consistência interna da EVA, feitos por Terreno (2001) cit. por Canavarro, Lima & Dias (2006) e Almeida (2005) cit. por Canavarro, Lima & Dias (2006), revelaram que todos os itens se encontram bem centrados, o índice de *alpha* de *Cronbach* correspondente a cada item apresentava valores dentro dos intervalos considerados adequados, situando-se entre 0,759 e 0,688. Procedeu-se também à extracção de componentes principais, com a rotação de tipo *varimax*, foram retidos três factores os quais foram designados de acordo com o modelo de Hazen e Shaver (1987): dimensões de *Vinculação Ansiosa*, *Segura* e *Evitante*.

Para reavaliar a estrutura dimensional da escala procedeu-se a uma Análise Factorial Exploratória de Componentes Principais (rotação *varimax*) pedindo a

extracção de três factores, desta extracção verificou-se que o factor 1 é constituído por itens que se relacionam com a dimensão de *Ansiedade*, o factor 2 é composto por itens que se associam à dimensão de *Conforto com a Proximidade* e o factor 3 constituído por itens que se relacionam com a dimensão *Confiança nos Outros*. A *Ansiedade* refere-se “ao grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido”; o *Conforto com a Proximidade* refere-se “ao grau em que o individuo se sente confortável com a proximidade e a intimidade”, e a *Confiança nos Outros* refere-se “ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária” (Canavarro, Lima & Dias, 2006).

Em relação ao indicador de fiabilidade para a escala EVA e as suas sub-escalas os valores de *alpha* foram os seguintes: sub-escala *Ansiedade* 0,84 (valor elevado); sub-escala *Conforto com a Proximidade* 0,67 e sub-escala o valor de *alpha* é 0,54 (estas duas ultimas sub-escalas constituem valores um pouco inferiores ao que é desejável). O valor de *alpha* para o total da escala é elevado (0,81), verificando-se o mesmo para os índices de *Spearman- Brown* e de correlação *Split-half* (Canavarro, Lima & Dias, 2006).

A cotação desta escala consiste em calcular a média dos pontos obtidos em cada sub-escala, nomeadamente: da sub-escala *Ansiedade* fazem parte os itens 3, 4, 9, 10, 11, e 15; da sub-escala *Conforto com a Proximidade* fazem parte os itens 1, 6, 8, 12, 13 e 14; e da sub-escala *Confiança nos Outros* fazem parte os itens 2, 5, 7, 16, 17 e 18. A pontuação vai de 1 a 5 pontos tendo atenção aos itens cuja pontuação é invertida. Posteriormente calcula-se o valor compósito das dimensões *Confiança nos Outros* e *Conforto com a Proximidade*, criando assim a variável *Conforto – Confiança*. Finalmente procedeu-se à classificação dos indivíduos a partir dos valores obtidos na variável *Conforto – Confiança* e na variável *Ansiedade* da seguinte forma: os indivíduos que apresentaram valores superiores ao valor médio da escala (3) na variável *Conforto – Confiança* e valores inferiores ao valor médio na variável *Ansiedade* foram classificados como **Seguros**; os que apresentaram valores superiores a 3 na variável *Conforto – Confiança* e superiores ao valor médio (3) na variável *Ansiedade* foram classificados como **Preocupados**; os que apresentaram valores inferiores a 3 na variável *Conforto – Confiança* e inferiores a 3 na variável *Ansiedade* foram classificados como **Desligados**; os que apresentaram valores inferiores a 3 na variável *Conforto – Confiança* e superiores a 3 na variável *Ansiedade* foram classificados como **Amedrontados** (Canavarro, Lima & Dias, 2006).

### 3. Apresentação e Análise de Dados

Para realizar a análise de dados deste estudo foi utilizado o programa de SPSS versão 17.0. Procedeu-se ao cálculo do valor de *alpha Cronbach* para determinar a fiabilidade dos instrumentos utilizados, utilizou-se a correlação bivariada, encontrando o valor do coeficiente de correlação de Pearson (*r*) para determinar a existência de correlações entre as variáveis de estudo, procedeu-se a uma ANOVA I para analisar as diferenças significativas relativamente às médias, e utilizou-se o teste do Qui-Quadrado para determinar se as variáveis de estudo eram independentes ou não. Para que se possam realizar as comparações foi utilizado o nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ). Para a realização das tabelas e dos gráficos foi utilizado o Microsoft Excel 2007, e para a redacção do texto foi utilizado o Microsoft Office Word 2007.

Este capítulo de resultados pretende expor os efeitos mais significativos que foram encontrados a partir das várias análises estatísticas efectuadas, em que se procurava conhecer a relação existente entre as duas variáveis abordadas, nomeadamente o estilo pessoal e o estilo de vinculação dos terapeutas inquiridos. Encontra-se subdividido em três pontos, nomeadamente: as análises feitas aos resultados do questionário EPT, as análises feitas aos resultados da escala de vinculação EVA e, por último as correlações entre os dois instrumentos.

#### 3.1. Análise dos resultados recolhidos com o questionário EPT

Com o intuito de determinar a consistência interna /índices de fiabilidade do questionário EPT, calculou-se o valor de *alpha Cronbach* ( $\alpha$ ) para cada função deste questionário. O quadro seguinte refere os valores de *alpha Cronbach* e o coeficiente de correlação *Pearson* (*r*) de cada função com os seus itens correspondentes e com a escala global.

**Tabela 2. Valores do  $\alpha$  de Cronbach e do coeficiente de correlação de Pearson de cada função com os seus itens constituintes e com a função global.**

Funções EPT	Quantidade de Itens	$\alpha$ de Cronbach	<i>r</i> de Pearson
Instrutiva	4	0,417	0,724
Atenção	4	0,364	0,733
Expressiva	5	0,484	0,815
Operativa	5	0,618	0,816
Comprometimento	5	0,505	0,516
Avaliativa	4	0,246	0,640

Como se pode verificar na Tabela 2, os valores encontrados de *alpha Cronbach* foram relativamente baixos, o que nos indica uma má fiabilidade dos resultados obtidos por este instrumento. A função Operativa obteve um valor de *alpha* de 0,618 e a função de Comprometimento um valor de *alpha* de 0,50; as restantes funções obtiveram um valor de *alpha* inferior a 0,50.

Comparando estes valores de *alpha* com os valores de *alpha* da escala original (Fernández - Álvarez *et. al*, 2003) que se encontra na tabela 3, verificamos que os valores obtidos são relativamente inferiores aos esperados e obtidos na escala original

**Tabela 3. Valores do  $\alpha$  de Cronbach e do coeficiente de correlação de Pearson de cada função com os seus itens constituintes e com a função global do questionário EPT da versão original (Fernández - Álvarez *et. al*, 2003).**

Funções EPT	N.º de Itens	$\alpha$ de Cronbach	r de Pearson
Instrutiva	8	0,69	0,82
Atenção	6	0,80	0,81
Expressiva	9	0,75	0,76
Operativa	6	0,76	0,78
Comprometimento	12	0,75	0,78

Contudo, em relação ao valor do coeficiente de correlação de Pearson (*r*) entre os itens da cada função e na função global, verifica-se que os resultados obtidos são muito semelhantes aos valores da escala original, nomeadamente na função Instrutiva  $r = 0,72$  ( $r_{\text{escala original}} = 0,82$ ), na função de Atenção  $r = 0,73$  ( $r_{\text{escala original}} = 0,81$ ), na função Expressiva  $r = 0,81$  ( $r_{\text{escala original}} = 0,76$ ), na função Operativa  $r = 0,81$  ( $r_{\text{escala original}} = 0,78$ ) e na função de Comprometimento  $r = 0,51$  ( $r_{\text{escala original}} = 0,78$ ).

Os valores de *r* obtidos mostram associações satisfatórias entre os itens de cada função e nas funções em geral, sendo estas em todos os casos positivas e elevadas.

Para determinar a adequabilidade da análise factorial deste questionário, calculou-se o valor de KMO (tabela 4), este valor permite verificar se é possível efectuar uma análise factorial; neste estudo obteve-se um valor de KMO = 0,522, com sig = 0,000; o que sugere que a análise factorial para as funções deste questionário é má.

**Tabela 4: Adequabilidade da análise factorial  
KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,522
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	57,443
	Df	15
	Sig.	,000

Posteriormente, para determinar a associação entre cada uma das funções calculou-se novamente o coeficiente de correlação de *Pearson*, os resultados são mostrados na tabela 5.

A função de Atenção: associa-se negativamente com a função de Expressão sendo significativa a 5% ( $r = - 0,384$ ;  $p = 0,014$ ); associa-se positivamente com a função Operativa, sendo significativa a 1% ( $r = 0,505$ ;  $p = 0,001$ ); e associa-se negativamente com a função Avaliativa, sendo significativa a 5% ( $r = - 0,372$ ;  $p = 0,018$ ).

A função de Comprometimento associa-se positivamente com a função de Avaliação, sendo significativa a 5 % ( $r = 0,367$ ;  $p = 0,020$ ). E, por último, a função Operativa associa-se negativamente com a função Avaliativa, sendo significativa a 1% ( $r = 0,666$ ;  $p = 0,000$ ).



**Tabela 5: Correlações das funções do questionário EPT**

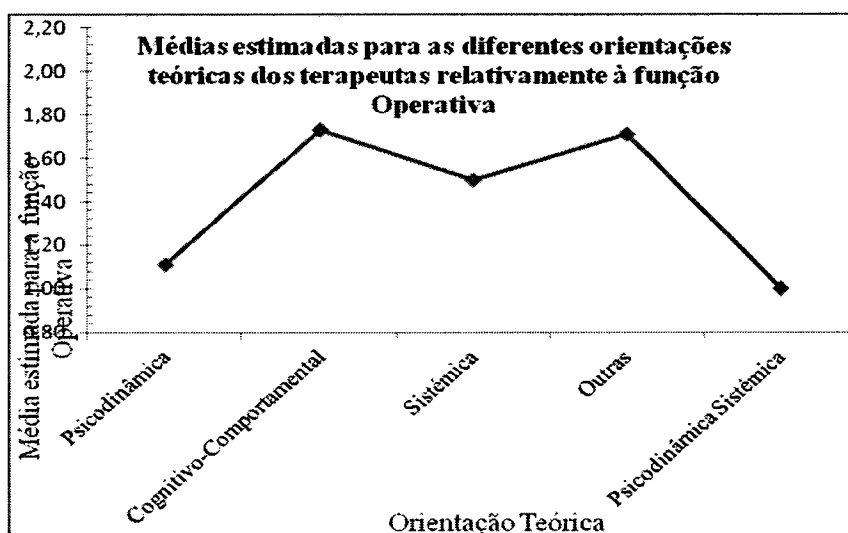
		F. A	F. I	F. E	F. C	F. O	F:Av
Função de Atenção	Pearson	1	-, 162	-, 384*	-, 216	, 505**	-, 372*
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)		, 317	, 014	, 181	, 001	, 018
	N	40	40	40	40	40	40
Função Instrutiva	Pearson	-, 162	1	-, 084	-, 200	-, 241	-, 063
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	, 317		, 606	, 216	, 135	, 701
	N	40	40	40	40	40	40
Função de expressão	Pearson	-, 384*	-, 084	1	-, 069	-, 281	, 053
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	, 014	, 606		, 674	, 079	, 744
	N	40	40	40	40	40	40
Função de Comprometim ento	Pearson	-, 216	-, 200	-, 069	1	-, 133	, 367*
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	, 181	, 216	, 674		, 412	, 020
	N	40	40	40	40	40	40
Função Operativa	Pearson	, 505**	-, 241	-, 281	-, 133	1	-, 666**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	, 001	, 135	, 079	, 412		, 000
	N	40	40	40	40	40	40
Função Avaliativa	Pearson	-, 372*	-, 063	, 053	, 367*	-, 666**	1
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	, 018	, 701	, 744	, 020	, 000	
	N	40	40	40	40	40	40

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

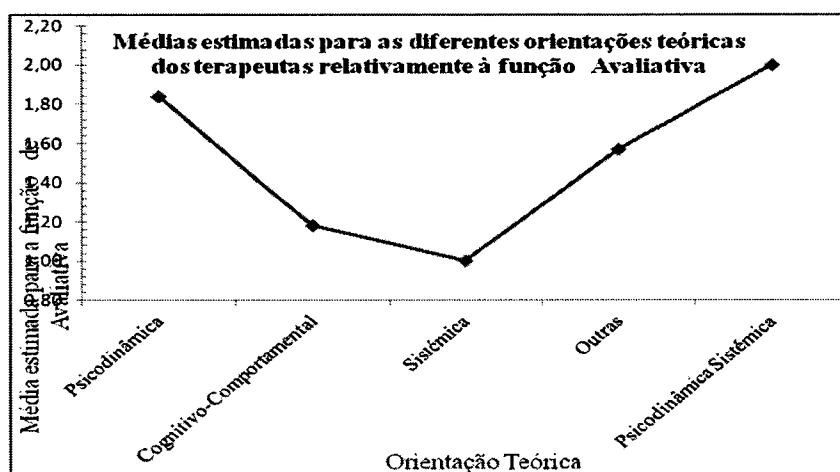
\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Para analisar as funções do Estilo Pessoal do Terapeuta com a variável Orientação Teórica dos terapeutas inquiridos, recorreu-se a uma Análise de Variância (ANOVA), uma vez que esta permite testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis. De acordo com os resultados obtidos verificou-se que apenas a função Operativa e a função de Avaliação são significativas com a Orientação Teórica em que  $F(5,488) = 2,25$ ;  $p < 0,05$  e  $F(5,804) = 2,55$ ;  $p < 0,05$  respectivamente. A figura 6 e 7 representam as médias para as diferentes orientações teóricas dos terapeutas nestas funções em que se encontram diferenças significativas.

**Figura 6. Médias para as diferentes orientações teóricas dos terapeutas na função Operativa.**



**Figura 7. Médias para as diferentes orientações teóricas dos terapeutas na função de Avaliativa**



Seguidamente analisou-se a idade dos terapeutas com as funções dos estilos pessoais dos terapeutas, para tal recorreu-se novamente a ANOVA, os resultados desta apontaram que os terapeutas com idades compreendidas entre 28 anos e 35 anos apresentam médias superiores na função de Atenção e Operativa, havendo uma diferença significativa comparativamente às restantes idades,  $F(1,392)=4,17$ ;  $p<0,05$ . Nas restantes funções não se encontram diferenças significativas.

Em relação à variável do género do terapeuta e as funções que estes apresentam, posteriormente à análise desta relação verificou-se que existe uma associação negativa significativa a 5% na função de Atenção ( $r = -0,314$ ), também uma associação negativa significativa a 5% na função Avaliativa ( $r = -0,313$ ) e uma associação positiva significativa a 1% na função Expressiva ( $r = 0,629$ ).

De acordo com a ANOVA verifica-se que a diferença entre sexos só é possível na função de Atenção,  $F(1,392)= 4,17$ ;  $p<0,05$ , e nesta os terapeutas masculinos apresentaram médias superiores às das terapeutas Femininas (mesmo sendo em menor quantidade).

Comparativamente à variável Anos de Experiência e funções dos Terapeutas de acordo com ANOVA não existe diferenças significativas entre estas duas variáveis, facto este que está relacionado com o número muito reduzido da amostra deste estudo. Uma vez que esta variável (anos de experiência) não se trata de uma variável nominal, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre os anos de experiência e as funções dos estilos pessoais com o intuito de determinar a sua relação, os resultados apontaram para a associação positiva destas duas variáveis significativas a 5% e com o  $r=0,327$ .

Em relação à variável grupo etário de pacientes acompanhados e as funções dos Estilos Pessoais de acordo com a ANOVA, verifica-se que a diferença entre o grupo etário dos pacientes acompanhados só é significativa na função Instrutiva, em que  $F(3,538)=1,59$ ;  $p<0,05$ .

Por último, comparando o tipo de problemáticas acompanhadas com as funções dos estilos pessoais dos terapeutas, através da ANOVA apenas se verifica diferenças significativas em relação à função Operativa em que  $F(2,234)= 4,32$ ;  $p<0,05$ .

### **3.2. Análise dos resultados recolhidos com a escala de vinculação EVA**

Para avaliar a consistência interna /índices de fiabilidade deste instrumento, calculou-se o valor de *alpha Cronbach* ( $\alpha$ ) para cada dimensão da EVA. O quadro seguinte refere os valores de *alpha Cronbach*.

**Tabela 6. Fiabilidade das dimensões EVA**

<b>Dimensões do EVA</b>	<b>N.º de Itens</b>	<b>α de Cronbach</b>
<b>Ansiedade</b>	6	0,759
<b>Conforto com a Proximidade</b>	6	0,670
<b>Confiança nos Outros</b>	6	0,556

Como se pode verificar na Tabela 6, os valores encontrados de *alpha Cronbach* foram razoáveis, a dimensão Ansiedade apresenta um valor elevado de *alpha* (0,759), o que não acontece com as dimensões Conforto com a Proximidade e sobretudo com a Confiança nos Outros, que apresentam valores de 0,670 e 0,556 respectivamente, constituindo valores um pouco inferiores ao desejável.

Comparando estes valores de *alpha* com os valores de *alpha* da escala de versão portuguesa (Canavarro, Dias, Lima, 2006) que se encontra na tabela 7, verificamos que os valores obtidos são muito próximos aos valores desta escala.

**Tabela 7. Valores da fiabilidade das dimensões EVA versão Portuguesa (Canavarro, Dias, Lima, 2006).**

<b>Dimensões do EVA</b>	<b>Quantidade e de Itens</b>	<b>α de Cronbach</b>
<b>Ansiedade</b>	6	0,84
<b>Conforto com a Proximidade</b>	6	0,67
<b>Confiança nos Outros</b>	6	0,54

Para analisar as correlações entre as três dimensões da escala encontrou-se o valor de *r* (coeficiente de correlação de Pearson), e assim verificou-se que a dimensão de Ansiedade encontra-se correlacionada inversamente com as dimensões de Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros ( $r = -0,442$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = -0,381$ ,  $p < 0,05$ ) respectivamente, estas ultimas não se correlacionam.

Novamente, para determinar a adequabilidade da análise factorial deste questionário, calculou-se o valor de KMO (tabela 8) e obteve-se um valor de KMO = 0,624 , com sig = 0,002; o que nos sugere que a adequabilidade para a análise factorial é razoável.

**Tabela 8: Validade da análise factorial**  
**KMO and Bartlett's Test**

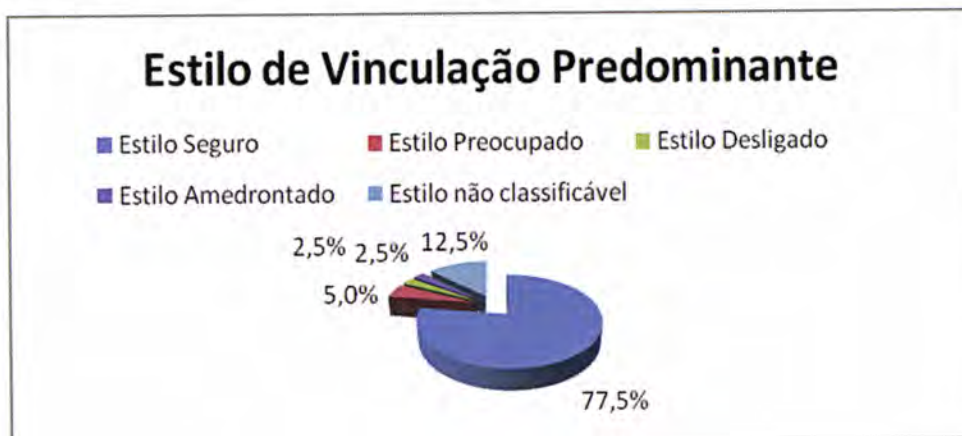
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,6 24
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	14,503
	df	3
	Sig.	,002

No que diz respeito ao aos estilos apresentados pelos terapeutas inquiridos verifica-se que 31 dos terapeutas inquiridos (77,5%) apresentam um estilo seguro de vinculação; 2 dos terapeutas (5%) apresentam um estilo preocupado, apenas 1 terapeuta (2,5%) apresenta um estilo desligado, também um terapeuta (2,5%) apresenta um estilo amedrontado, e 5 dos terapeutas (12,5%) apresentam um estilo não classificável (ver tabela 9 e figura 8).

**Tabela 9: Estilos de vinculação predominante**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Estilo Seguro	31	77,5	77,5	77,5
Estilo Preocupado	2	5,0	5,0	82,5
Estilo Desligado	1	2,5	2,5	85,0
Estilo Amedrontado	1	2,5	2,5	87,5
Estilo não classificável	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Figura 8. Percentagem dos estilos de vinculação predominante**



Verificou-se que relativamente ao estilo de vinculação Seguro: 13 dos terapeutas (41,9%) têm uma orientação teórica Psicodinâmica, 9 dos terapeutas (29%) têm uma orientação Cognitivo-comportamental, 2 dos terapeutas (6,5%) têm uma orientação Sistémica, 6 dos terapeutas (19,4%) têm outras orientações e apenas 1 terapeuta (3,2%) tem uma orientação Psicodinâmica e Sistémica. Relativamente ao estilo de vinculação Preocupado, os 2 terapeutas têm uma orientação teórica Psicodinâmica. O terapeuta com um estilo de vinculação Desligado tem de igual forma uma orientação teórica Psicodinâmica assim como o terapeuta com o estilo de vinculação Amedrontado. Por último os terapeutas cujo não foi possível classificar o seu estilo de vinculação, 2 apresentam uma orientação teórica Psicodinâmica, 2 dos terapeutas têm uma orientação Cognitivo-Comportamental e apenas 1 têm outra orientação não mencionada.

Para analisar as dimensões dos estilos de vinculação com a variável Orientação Teórica dos terapeutas inquiridos, recorreu-se a uma Análise de Variância (ANOVA), os resultados não apontaram para nenhuma diferença significativa entre estas variáveis, mais uma vez esta dificuldade em obter os resultados depende-se com o número muito reduzido da amostra.

### **3.3. Análise da Correlação entre os estilos pessoais dos terapeutas e os estilos de vinculação**

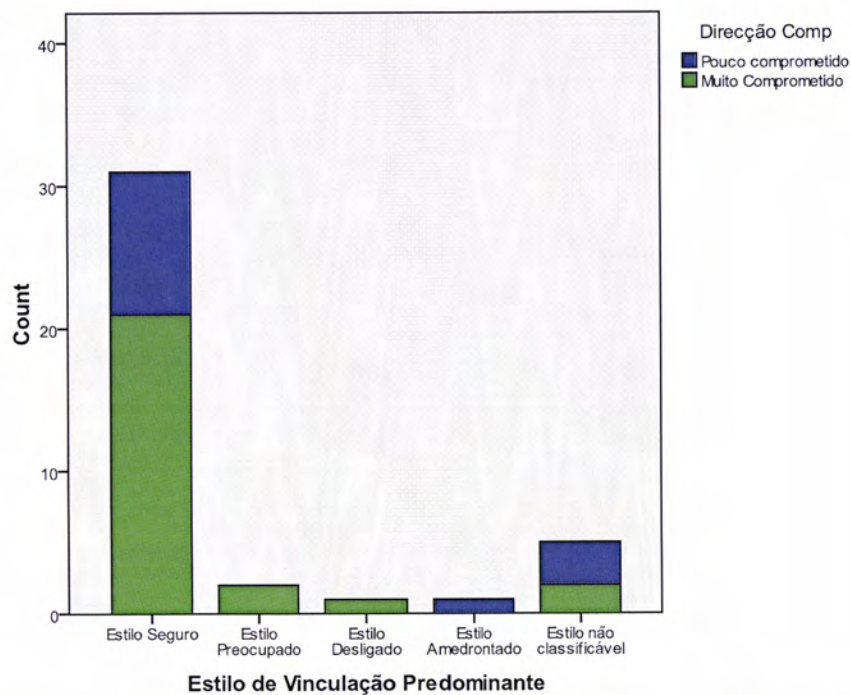
Para analisar a relação entre os estilos de vinculação e as funções dos estilos pessoais dos terapeutas procedeu-se aos seguintes tratamentos estatísticos: primeiro cruzou-se cada função do estilo pessoal com cada estilo de vinculação, os resultados aparecem na seguinte tabela.

**Tabela 10. Cruzamento das funções dos estilos pessoais e os estilos de vinculação**

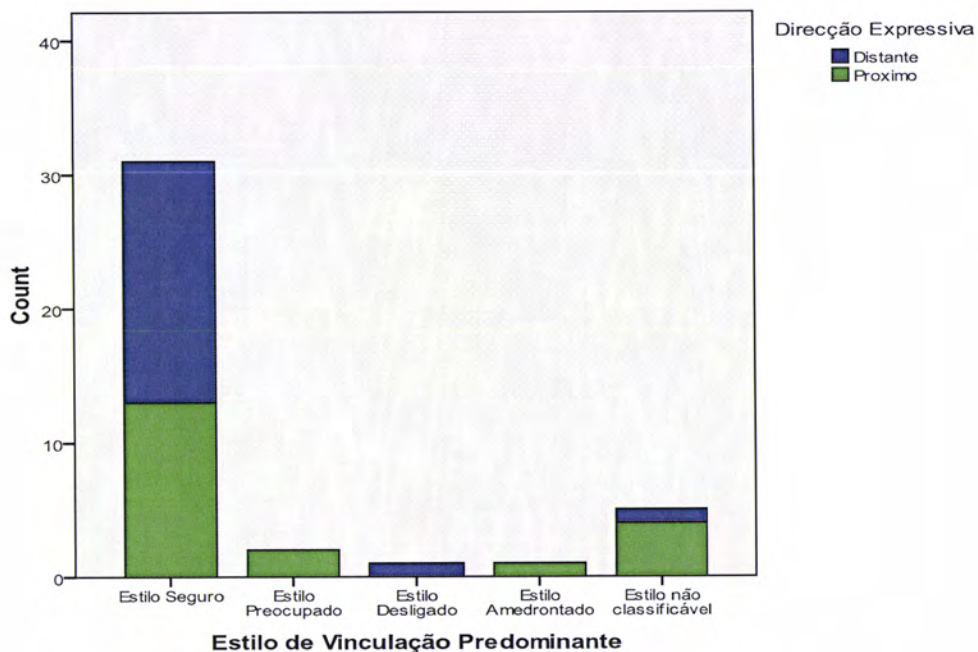
Funções		Estilos de Vinculação predominante				Estilo não classificável	Total
		Estilo Seguro	Estilo Preocupado	Estilo Desligado	Estilo Amedrontado		
Função Expressiva	Distante	18	0	1	0	1	20
	Próximo	13	2	0	1	4	20
	Total	31	2	1	1	5	40
Função Instrutiva	Flexibilidade	21	0	0	0	0	21
	Rigidez	9	2	1	1	5	18
	Total	30	2	1	1	5	39
Função De Atenção	Aberta /Receptiva	15	2	0	0	3	20
	Concentrada / Activa	16	0	1	1	2	20
	Total	31	2	1	1	5	40
Função de Comprometimento	Pouco Comprometido	10	0	0	1	3	14
	Muito Comprometido	21	2	1	0	2	26
	Total	31	2	1	1	5	40
Função Avaliativa	Estimuladores	13	0	0	1	3	17
	Críticos	18	2	1	0	2	23
	Total	31	2	1	1	5	40
Função Operativa	Persuasivo / Espontâneo	18	2	0	1	3	24
	Directivo	13	0	1	0	2	16
	Total	31	2	1	1	5	40

De acordo com a tabela 10 verifica-se que os terapeutas apresentam maioritariamente um estilo de vinculação seguro, em vez de outro estilo de vinculação, as figuras seguintes representam e evidenciam a distribuição dos terapeutas de acordo com a direcção de cada função.

**Figura 9. Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função de comprometimento.**

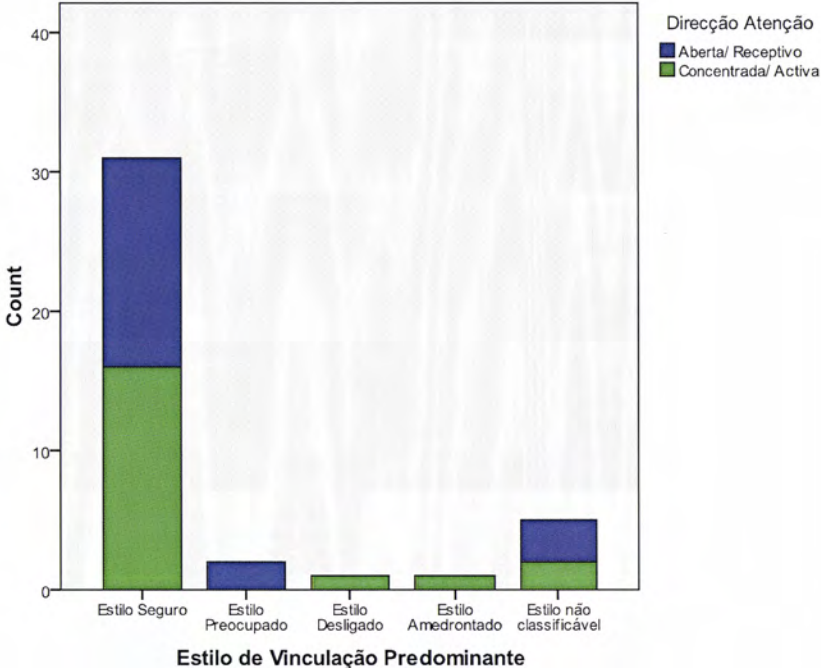


**Figura 10. Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Expressiva**

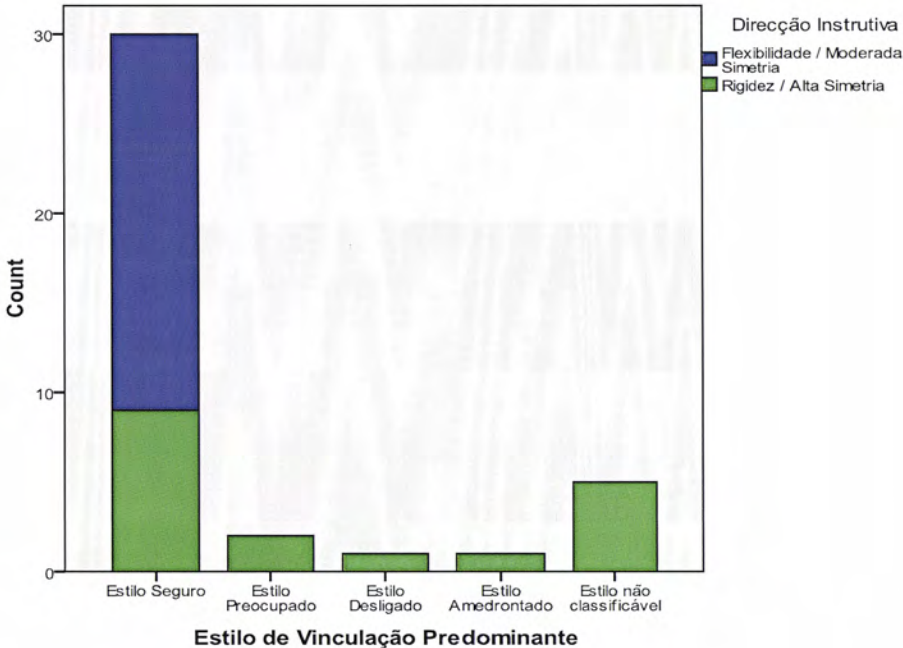




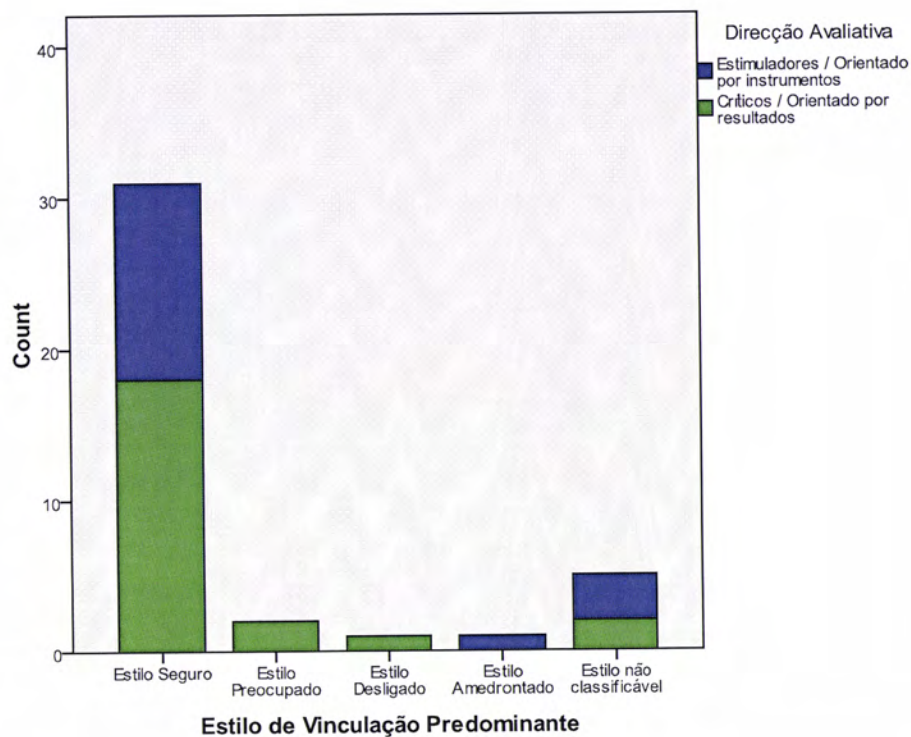
**Figura 11. Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função de Atenção.**



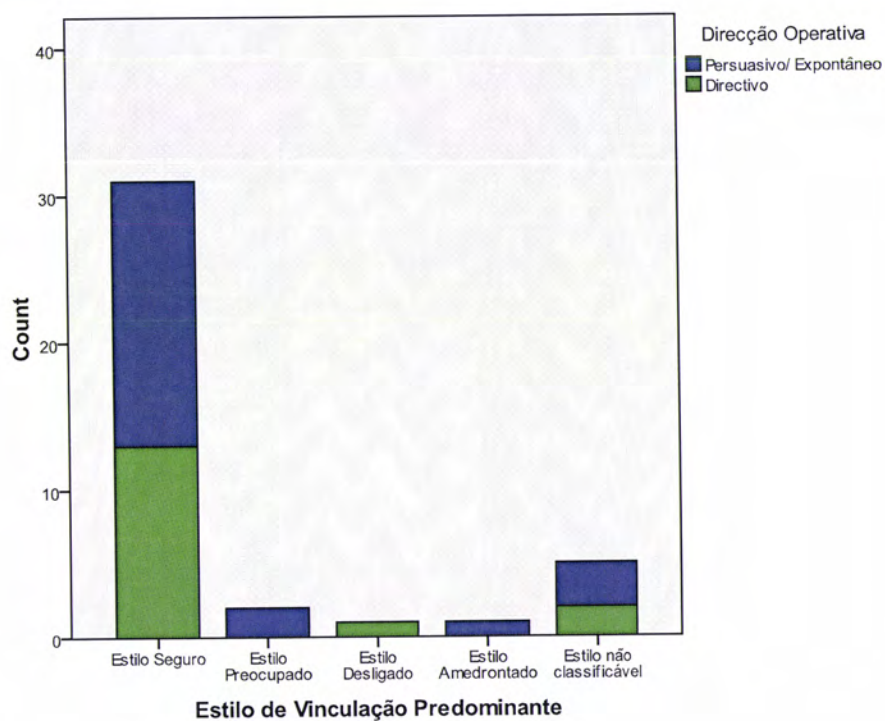
**Figura 12. Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Instrutiva.**



**Figura 13. Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Avaliativa**



**Figura 14. Distribuição dos terapeutas de acordo com os estilos de vinculação e a função Operativa**



Seguidamente realizou-se o Teste de Independência do Qui-Quadrado que permite averiguar a relação destas duas variáveis, nomeadamente as funções dos estilos pessoais dos terapeutas e os estilos de vinculação. Observaram-se os seguintes valores do teste do Qui-Quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) (tabela 11, 12,13,14,15 e 16):

**Tabela 11: Teste de Independência do Qui-Quadrado Função de Atenção**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,232 <sup>a</sup>	4	,375
Likelihood Ratio	5,779	4	,216
Linear-by-Linear Association	,013	1	,910
N of Valid Cases	40		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,50.

De acordo com a tabela 11, o valor  $\chi^2$  é de 4, 232 a um nível de significância de 0,375; logo não podemos rejeitar a hipótese nula uma vez que  $p > 0,05$ . O que nos refere que os estilos de vinculação são independentes da função de Atenção.

**Tabela 12: Teste de Independência do Qui-Quadrado Função Instrutiva**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,650 <sup>a</sup>	4	,009
Likelihood Ratio	17,183	4	,002
Linear-by-Linear Association	10,860	1	,001
N of Valid Cases	39		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Tal como podemos verificar na tabela 12, o valor  $\chi^2$  é de 13,650 a um nível de significância de 0,009; podemos rejeitar a hipótese nula uma vez que  $p < 0,05$  o que nos refere que a função instrutiva e os estilos de vinculação não são independentes.

**Tabela 13: Teste de Independência do Qui-Quadrado Função de Expressão**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,606 <sup>a</sup>	4	,158
Likelihood Ratio	8,283	4	,082
Linear-by-Linear Association	2,857	1	,091
N of Valid Cases	40		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Na tabela 13, o valor  $\chi^2$  é de 6,606 a um nível de significância de 0,158; logo não podemos rejeitar a hipótese nula uma vez que  $p > 0,05$ . O que nos refere que os estilos de vinculação são independentes da função de Expressão.

**Tabela 14: Teste de Independência do Qui-Quadrado Função Operativa**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,548 <sup>a</sup>	4	,471
Likelihood Ratio	4,946	4	,293
Linear-by-Linear Association	,034	1	,854
N of Valid Cases	40		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

O valor  $\chi^2$  é de 3,548 a um nível de significância de 0,471; logo não podemos rejeitar a hipótese nula uma vez que  $p > 0,05$ . O que nos refere que os estilos de vinculação são independentes da função Operativa.

**Tabela 15: Teste de Independência do Qui-Quadrado Função Avaliativa**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,201 <sup>a</sup>	4	,379
Likelihood Ratio	5,653	4	,227
Linear-by-Linear Association	,646	1	,422
N of Valid Cases	40		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Tal como se pode verificar o valor  $\chi^2$  é de 4,201 a um nível de significância de 0,379; logo não podemos rejeitar a hipótese nula uma vez que  $p > 0,05$ . O que nos refere que os estilos de vinculação são independentes da função Avaliativa.

**Tabela 16: Teste de Independência do Qui-Quadrado Função de Comprometimento**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,949 <sup>a</sup>	4	,293
Likelihood Ratio	6,080	4	,193
Linear-by-Linear Association	1,719	1	,190
N of Valid Cases	40		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

O valor  $\chi^2$  é de 4,949 a um nível de significância de 0,293; logo não podemos rejeitar a hipótese nula uma vez que  $p > 0,05$ . O que nos refere que os estilos de vinculação são independentes da função de Comprometimento.

Para analisar as correlações entre as duas variáveis encontrou-se o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), depois de encontrado este valor verificou-se que a única situação em que há correlação é no caso da função instrutiva que se encontra

correlacionada positivamente com os estilos de vinculação ( $r=0,535$ ,  $p < 0,05$ ), não havendo correlação entre as restantes situações.

Analisou-se também a associação entre a função instrutiva e as dimensões dos estilos de vinculação, os resultados revelaram que a função instrutiva associa-se positivamente com a dimensão da Ansiedade ( $r = 0,322$ ,  $p < 0,05$ ), mas não há qualquer tipo de associação com as restantes dimensões.

No capítulo seguinte, os resultados aqui apresentados irão ser discutidos mais aprofundadamente permitindo uma reflexão acerca da análise destas duas variáveis.

#### **4. Discussão dos Resultados**

De acordo com os resultados obtidos verificou-se que existe uma associação negativa/inversa entre a função de Atenção e a função de Expressão, o que significa que se se obtiver valores mais altos na função de Atenção, irá se ter valores mais baixos na função de Expressão e vice-versa.

Por conseguinte valores altos da função de Atenção e valores baixos da função de Expressão significa que a forma como os terapeutas procuram a informação necessária para trabalhar e, a sua capacidade receptiva perante ao que o cliente manifesta, será mais concentrada e os próprios serão mais activos, isto é, estes estarão mais preocupados em atingir resultados rápidos, apresentando novas informações que vão de encontro a uma nova direcção. Estes terapeutas também serão distantes, de acordo com os seus baixos valores da função Expressiva e, assim sendo, estes terapeutas utilizam um baixo tom emocional (regulação emocional, empatia) para com os seus pacientes.

Contrariamente os terapeutas que revelem valores baixos na função de Atenção e valores altos na função de Expressão são terapeutas que operam de uma forma mais receptiva cuja sua atenção está mais direccionada para captar as projecções espontâneas produzidas pelos seus clientes e, ao mesmo tempo são terapeutas que utilizam mais mecanismos para manter a comunicação emocional com os clientes, sendo assim mais próximos destes (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

A associação inversa/negativa entre estas duas funções significa que cada uma delas pertence a um dos factores dos estilos pessoais dos terapeutas, nomeadamente, a função de atenção está mais próxima dos aspectos técnicos do EPT, enquanto a função expressiva está mais próxima dos aspectos relacionais do EPT, daí ser uma associação negativa.

Verificou-se de igual forma que existe uma associação inversa ou negativa entre a função de Atenção e a função Avaliativa, o que indica que os terapeutas que apresentem valores mais altos na função de Atenção e valores mais baixos na função de Avaliação são terapeutas mais activos preocupados em atingir resultados rápidos e que apesar haver critérios de avaliação, objectivos, se são baseados na observação ou no uso de instrumentos estes terapeutas são considerados optimistas/estimuladores direccionados para os resultados.

Contrariamente os terapeutas que apresentem valores baixos na função de Atenção e valores altos na função Avaliativa, são considerados terapeutas que actuam de uma forma mais receptiva cuja sua atenção está mais direccionada para captar as projecções espontâneas produzidas pelos seus clientes e, críticos, ou seja,

direccionados para compreender como é que atingem os objectivos (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

Esta associação significa que, tal como já foi referido, estas duas funções fazem parte dos dois factores diferentes do EPT, nomeadamente, a função atencional faz parte dos aspectos técnicos do EPT, enquanto a função avaliativa se encontra mais próxima dos aspectos relacionais do EPT.

Os resultados demonstraram que existe também uma associação positiva entre a função de Atenção e a função Operativa, o que refere que os terapeutas com valores altos na função de Atenção têm também valores altos na função Operativa, assim, os terapeutas activos, preocupados em atingir resultados rápidos são também terapeutas mais directivos demonstrando interesses em preferir procedimentos ou tratamentos regulados / estruturados.

Do lado oposto, os terapeutas que apresentem valores baixos na função de Atenção e também valores baixos na função Operativa são terapeutas que actuam de uma forma mais receptiva cuja sua atenção está mais direccionada para captar as projecções espontâneas produzidas pelos seus clientes e, espontâneos que utilizam uma abordagem mais persuasiva e menos directiva na sua prática clínica, nestes casos há um grande interesse em conseguir uma maior participação do cliente no processo, e isso ocorre em intervenções que procuram trabalhar toda a personalidade do cliente (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

Esta associação demonstra que ambas as funções fazem parte dos aspectos técnicos do EPT.

Os resultados também apontaram para uma associação positiva entre a função de Comprometimento interpessoal e a função de Avaliação, assim sendo, os terapeutas com valores altos nestas duas funções são terapeutas muito comprometidos, que a nível interpessoal irão estar mais distantes sentindo-se confortáveis quando conseguem manter uma relação com o cliente que não implique envolvimento pessoal, preferindo intervenções individuais em vez de intervenção de grupo, ou com clientes cujos problemas não são muito graves, que têm um alto nível de autonomia e com programas terapêuticos focalizados; a nível intrapessoal sentem-se mais comprometidos com o seu trabalho, e esse comprometimento tem efeitos e repercussões em várias áreas da sua vida pessoal; estes terapeutas são também críticos, ou seja, direccionados para compreender como é que atingem os objectivos.

Por sua vez, os terapeutas com baixos valores nestas duas funções são terapeutas pouco comprometidos, que raramente envolve os aspectos da sua vida pessoal no seu trabalho, (a nível de tempo, família, relações interpessoais,



expectativas económicas e prestígio social); sendo também terapeutas otimistas/estimuladores direccionados para os resultados (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

Mais uma vez esta associação demonstra que a função de comprometimento e a função avaliativa estão próximas dos aspectos relacionais do EPT.

Identificou-se, de igual forma, uma associação negativa/inversa entre a função Operativa e a função de Avaliação, assim, os terapeutas que apresentem altos valores na função Operativa e baixos valores na função Avaliativa são considerados terapeutas activos, preocupados em atingir resultados rápidos são também terapeutas mais directivos demonstrando interesses em preferir procedimentos ou tratamentos regulados / estruturados; e terapeutas otimistas/ estimuladores direccionados para os resultados.

Por sua vez, os terapeutas que apresentem baixos valores na função Operativa e altos valores na função de Avaliação são terapeutas espontâneos que utilizam uma abordagem mais persuasiva e menos directiva na sua prática clínica e terapeutas críticos, ou seja, direccionados para compreender como é que atingem os objectivos (Fernández-Alvarez & Garcia, 1998).

Contudo os resultados não nos demonstraram nenhuma associação com a função instrutiva, o que significa que não foi possível determinar se esta se aproxima mais dos aspectos técnicos ou dos aspectos relacionais.

No estudo de Castañeiras, Fernández –Álvarez & Garcia (2008) também se verificou a associação positiva entre a função de Atenção e a função Operativa, o que estes autores referem que estas funções associam-se aos aspectos técnicos do EPT.

No estudo de Rial, Castañeiras, Garcia, Gómez & Fernández-Alvaréz (2006) também se verificam estas associações entre as funções de Expressão, de Comprometimento, o que segundo estes autores significa que ambas as funções estão mais próximas dos aspectos relacionais do EPT.

Castañeiras, Fernández –Álvarez & Garcia (2008) afirmaram que o terapeuta depreende as suas acções segundo os princípios de um modelo genérico que se aplica a qualquer procedimento específico apoiando-se para o seu desempenho num modelo teórico que serve para delimitar a estratégia terapêutica que deve utilizar. Estes autores também referem que no cumprimento da tarefa, os terapeutas comunicam com os clientes de várias formas, e a comunicação que estes estabelecem com os clientes combina formas estilísticas e modalidades singulares ajustadas a cada situação particular; as características do estilo comunicativo do terapeuta vão estruturar o seu perfil pessoal de trabalhar na terapia, incluindo a sua maneira de relacionar com o cliente.

Na mesma linha de pensamento, Corbella & Botella (2003) referiram que há aspectos relevantes como a formação teórica, as novas tecnologias, as circunstâncias de vida e as condições laborais que podem influenciar e modelar o estilo do terapeuta.

Os resultados da ANOVA revelaram diferenças significativas ao nível da comparação das médias da orientação teórica, o que indica que este aspecto é relevante para este estudo e por isso os resultados da análise da relação da orientação teórica com as sucessivas funções indicam uma associação positiva desta variável com a função Operativa e com a função de Atenção, sendo que os terapeutas com uma orientação teórica cognitivo-comportamental apresentam médias superiores e os terapeutas com uma orientação psicodinâmica apresentam médias inferiores. E, os terapeutas que apresentam valores mais altos nesta função (Atenção), nomeadamente, os terapeutas que são directivos e que demonstram interesse em preferir procedimentos ou tratamentos regulados / estruturados, têm uma orientação teórica cognitivo-comportamental; e os terapeutas que apresentam valores mais baixos, nomeadamente os terapeutas espontâneos que utilizam uma abordagem mais persuasiva e menos directiva na sua prática clínica têm uma abordagem teórica mais dinâmica.

O estudo de Castañeiras, Fernández –Álvarez & Garcia (2008), confirma estes resultados, evidenciando assim a associação da variável Orientação Teórica com estas duas funções.

Verificou-se diferenças significativas entre a variável idade com as funções Operativa e de Atenção. No entanto, não se verificou associação entre a variável Anos de Experiência e as funções dos Estilos pessoais do Terapeuta.

Relativamente à problemática acompanhada verificou-se que é na função Operativa que se encontra diferenças significativas. A dificuldade em obter estes resultados é devido ao numero reduzido da amostra deste tudo, daí se encontrar poucos casos onde haja associação e diferenças significativas nas sucessivas funções quando comparadas de acordo com os dados sócio-demograficos e aspectos profissionais dos terapeutas inquiridos.

Estes resultados são contrariados pelo estudo de Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez & Garcia (2006) que referem em relação aos anos de experiência profissional se verificou que, na Função de Atenção os terapeutas considerados iniciantes apresentaram uma atenção mais focalizada em informações específicas trazidas pelos pacientes, enquanto que os terapeutas mais experientes apresentaram uma atenção mais aberta, ou seja, uma escuta mais receptiva para diferentes tipos de informações, o que pode estar associado às diferentes teorias de base dos terapeutas,

considerando-se os próprios movimentos vivenciados pela psicologia no que tange às perspectivas teóricas.

Em relação à análise da relação da variável Grupo etário de pacientes acompanhados e as funções dos Estilos pessoais dos Terapeutas verifica-se que há uma associação negativa ou inversa entre esta variável com a função Instrutiva, o que significa que terapeutas com valores mais baixos nesta função, nomeadamente, os terapeutas rígidos associam-se a clientes jovens, e por conseguinte, terapeutas flexíveis associam-se a clientes adultos ou 3.<sup>a</sup> idade.

Os resultados desta investigação demonstraram ainda diferenças significativas em relação ao género dos terapeutas, elucidando para a importância desta variável neste estudo, visualizou-se que os terapeutas masculinos apresentam médias superiores às das terapeutas femininas, e de acordo com a correlação bivariada, há uma associação positiva com a função Expressiva, o que refere que os terapeutas com valores mais altos, ou seja, próximos que utilizam mais mecanismos para manter a comunicação emocional com os clientes provavelmente serão do género masculino; e por sua vez os terapeutas que obtiveram valores mais baixos, nomeadamente os terapeutas mais distantes serão do género feminino.

O género dos terapeutas também evidencia uma associação negativa ou inversa com a função de Atenção, o que indica que os terapeutas com um foco atencional mais receptivo são provavelmente terapeutas masculinos, e que os terapeutas com um foco atencional mais concentrado são terapeutas do género feminino; e por último ainda se verificou que esta variável estabelece também uma associação negativa com a função de Avaliação, na medida que os terapeutas críticos provavelmente serão os terapeutas masculinos, e que os terapeutas estimuladores serão os terapeutas femininos.

O estudo de Castañeras, Fernández –Álvarez & Garcia (2008), vai de encontro com estes resultados, contudo este só referencia a associação do género dos terapeutas com a função de Atenção.

O desfasamento de alguns resultados obtidos, e a sua não correspondência com outros estudos efectuados pode ser explicado recorrendo ao facto de que poderá ter havido enviesamento da informação fornecida, uma vez que se denotou que as respostas dadas pelos terapeutas inquiridos são muito homogéneas.

Nas diversas análises efectuadas com a escala de vinculação EVA, os resultados obtidos na dimensão Ansiedade demonstram a sua centralidade na escala, esta é a única que aparece associada com as outras duas dimensões, enquanto estas duas não manifestam qualquer associação entre elas. Assim, tal como já foi referido anteriormente verifica-se que a Ansiedade associa-se inversamente ou negativamente

com as dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos outros, o que significa que valores altos de Ansiedade estão associados a valores baixos das dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros, o que corresponde ao estilo de vinculação preocupado, e segundo os autores Hazan & Shaver (1987) este estilo traduz-se nos terapeutas que não se sente confortáveis com a proximidade, não confiam nos outros e sentem um grande receio com a possibilidade de ser abandonado.

Contrariamente valores baixos na dimensão de Ansiedade e valores altos nas dimensões Confiança nos outros e Conforto com a Proximidade, remete para um estilo seguro de vinculação, que os mesmos autores associam aos terapeutas que se sentem confortáveis com a proximidade, sendo capazes de confiar nos outros, sem sentir especial receio em ser abandonado.

Estes resultados são confirmados pelos estudos de Canavarro, Dias & Lima (2006), de Green & Campbell (2000) que referiram que os adultos com estilo de vinculação seguro produzem um maior número de comportamentos de exploração; de Muderrisol (1999) referindo que indivíduos seguros, em comparação com sujeitos inseguros, revelam valores mais baixos de stress, usam estratégias defensivas mais adequadas e são menos impulsivos, manifestando reacções emocionais menos intensas.

E, de acordo com investigações de Hazan & Shaver (1987), os indivíduos classificados com um estilo de vinculação segura são caracterizados por estabelecerem facilmente relações de proximidade com outras pessoas e por se sentirem confortáveis com a intimidade que lhes é inerente. As suas relações, em termos de sistema de prestação de cuidados, são de reciprocidade, respondendo à adversidade sentida (por si ou pelo outro), cuidando ou permitindo ser cuidados numa alternância de papéis que se adequa ao contexto relacional.

Segundo Abreu (2005) a relação que se desenvolve entre o terapeuta e o cliente é primordial no processo de tratamento, a escolha dos métodos utilizados, as características dos terapeutas, assim como as abordagens teóricas desempenham uma função muito importante no tratamento psicológico.

Tendo em conta a referência das abordagens teóricas no estabelecimento da relação entre o terapeuta e o cliente, e uma vez que se está a falar de estilos de vinculação, da forma como o terapeuta se vincula e se relaciona, um dos objectivos deste estudo foi analisar a relação entre os estilos de vinculação e a orientação teórica dos terapeutas inquiridos, de modo a verificar se a orientação teórica poderá ou não influenciar os estilos de vinculação. Os resultados não revelaram nenhuma associação entre estas duas variáveis.

Uma explicação possível para estes resultados, referida já anteriormente, prende-se com o facto das respostas dos terapeutas serem muito similares, como por exemplo 77% destes apresentaram um estilo de vinculação segura, através da análise da cotação dos itens evidencia-se que estas pontuações são muito lineares. Contudo, este facto pode não ter sido o único acontecimento que desencadeou esta dificuldade de compreensão dos resultados aqui expostos, isto é, o facto da amostra deste estudo ser inferior ao que se considera desejável, pode também contribuir para este padrão de resultados e por conseguinte a sua interpretação.

Outra explicação poderá se prender com o facto de não haver mesmo relação entre estas duas variáveis, afirmando assim que as condutas teóricas que nos são fornecidas ao longo da nossa formação enquanto terapeutas não se associam à nossa forma de vinculação. Remetendo-nos mais uma vez para os aspectos técnicos e aspectos relacionais das nossas características pessoais.

É importante referir que houve terapeutas que não foram possíveis de classificar em relação ao seu estilo de vinculação, uma vez que as suas pontuações se encontram nos limites delineados pelas respectivas dimensões, e sendo assim, nestes casos foi atribuído a situação “estilo não classificável” a estes terapeutas.

Os autores Raue & Goldfried (1994), referiram também tal como Abreu (2005) que estas características dos terapeutas, assim como, a sua personalidade são aspectos fundamentais para a implementação de uma boa psicoterapia e por conseguinte para a obtenção do sucesso terapêutico.

Tendo em conta que, a relevância do estudo da vinculação é referenciada na literatura como um contributo primordial para a compreensão do processo terapêutico, assim, de acordo com o problema de investigação deste estudo efectuou-se a análise da relação entre a variável dos estilos de vinculação e a variável dos estilos pessoais dos terapeutas, os resultados obtidos através do teste do Qui-Quadrado permitem identificar se as duas variáveis são ou não independentes, assim estes revelaram que a única situação em que as variáveis não se mostraram independentes foi relativamente à função Instrutiva e a variável estilos de vinculação respectivamente.

Para confirmar a existência de relação entre estas duas variáveis realizou-se uma análise da correlação bivariada, neste sentido os resultados apontaram para a existência de uma associação positiva entre a função Instrutiva e os estilos de vinculação.

Deste modo, os resultados sugerem-nos que valores altos na função Instrutiva correspondem a valores altos na dimensão da Ansiedade e valores baixos nas dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros, isto é, os terapeutas considerados rígidos são terapeutas com um estilo de vinculação amedrontado que se

caracteriza mais pelo medo dos outros, ansiedade social e medo da rejeição ou de ser desiludido. Isto pode-se relacionar com experiências passadas ou actuais em que o terapeuta foi desiludido, o que influenciou nas suas subseqüentes atitudes (Rodrigues *et. al*, 2004).

Contrariamente os terapeutas que apresentam valores baixos na função Instrutiva, valores baixos na dimensão da Ansiedade e valores altos nas dimensões Confiança nos Outros e Conforto com a Proximidade, são considerados terapeutas flexíveis na manutenção e organização das sessões da terapia e apresentam um estilo de vinculação Seguro.

O estudo de Corbella-Santoma (2002) veio a confirmar a importância da função Instrutiva na determinação dos resultados em Psicoterapia, referindo que esta se associa positivamente com a aliança terapêutica, apoiando desta forma os resultados que se obterem nesta investigação. Pattee & Farber (2008) identificaram resultados favoráveis a nível da investigação com terapeutas que eram mais flexíveis no tratamento com pacientes que apresentavam elevados níveis de stress.

É-nos assim ressaltado a relevância e pertinência do estudo destas duas variáveis expostas nesta investigação, sendo consideradas como potenciais determinantes do sucesso e eficácia em Psicoterapia.

## 5. Conclusão

De acordo com os resultados obtidos nesta investigação pode-se concluir que a função instrutiva, isto é, as condutas que levam o terapeuta para estabelecer e regular as sessões de terapia, incluindo o estabelecimento do sistema de normas e regras, assim como a prescrição das tarefas que se devem cumprir no decorrer do curso das sessões estão associadas ao estilo de vinculação do terapeuta.

Deduz-se que a flexibilidade encontra-se associada com um estilo de vinculação seguro, e a rigidez encontra-se associada a um estilo de vinculação amedrontado. Com esta investigação pode-se revalidar a importância da flexibilidade nos estilos de vinculação, uma vez que segundo a literatura o estilo seguro de vinculação é considerado o melhor estilo para o bom estabelecimento da relação terapêutica, que é entendida como o pilar da Psicoterapia.

Estes resultados também permitem concluir (e revalidar) a associação entre as diferentes funções dos estilos terapeutas e mais uma vez elucidar para a importância do estudo dos aspectos sociais e profissionais na determinação das características do terapeuta, evidenciando a associação entre o género dos terapeutas e a função de Expressão, Atenção e Avaliação, a associação da Orientação teórica com a função Operativa e Avaliação, e a associação entre o grupo etário dos clientes acompanhados e a função de Instrutiva.

Os resultados desta investigação são assim, importantes do ponto de vista conceptual, uma vez que para além de explicitar um pouco mais a informação até agora conhecida acerca dos estilos de vinculação e das associações entre as funções dos estilos dos Terapeutas, projecta para uma possível representação das características do terapeuta enquanto pessoa.

Uma das grandes limitações deste estudo está ligada aos critérios da escolha da amostra. O facto de se tratar de uma amostra de conveniência não nos permite obter uma conclusão geral, uma vez que esta não é representativa da população de psicoterapeutas em Portugal, pois só foram abordados algumas zonas do País, o que não nos permite tirar as mesmas conclusões para os terapeutas que se situam no norte do País, ou mesmo talvez para os terapeutas que se situam no Algarve.

Para a realização desta investigação surgiram também grandes dificuldades, principalmente na adesão dos terapeutas e das suas instituições, facto que pode ser explicado pela suposição que os terapeutas receiam expor as suas características profissionais. O tempo à espera de uma resposta também foi muito prolongado, dificultando assim a realização desta investigação. A quantidade de terapeutas que aderiam a este estudo foi outra das limitações, uma vez que a amostra era muita

reduzida não se pode tirar grandes conclusões e os resultados foram muito homogêneos.

Em relação à análise dos resultados, considerou-se que pode ter ocorrido alguns lapsos, nomeadamente na interpretação da informação das respostas dadas, uma vez que se verificou que os terapeutas tenderam a dar respostas muito homogêneas, este facto também se poderá prender com a dimensão da amostra ser muito reduzida, impossibilitando posteriores conclusões.

Contudo todas estas limitações projectam-se para futuras investigações, até porque o fim de um projecto é sempre o início de outro novo projecto, durante esta investigação vários pensamentos, ideias e dúvidas foram surgindo, interligando-se e tomando a forma de uma nova meta a alcançar. Deles todos considera-se pertinente referir que futuramente seria importante conhecer a percepção dos terapeutas acerca do processo e resultado terapêutico e se estas características pessoais dos terapeutas poderão traduzir-se em factores de sucesso para a manutenção da psicoterapia e, o seu conhecimento é uma mais-valia no seu funcionamento e posterior eficácia.

Em relação a implicações futuras, este estudo serve de base e apoia a continuidade da investigação feita com estas componentes, deste tão complexo fenómeno relacional que constitui a Psicoterapia. A associação entre a função instrutiva, nomeadamente a forma rígida ou flexível dos terapeutas na dimensão relacional, foi um aspecto inovador que esta investigação incutiu na literatura. E mais uma vez foi dirigido o foco atencional para a importância do estudo das dimensões pessoais e relacionais como constituintes e preditores para uma eficácia no tratamento psicoterapêutico.



## Referências Bibliográficas

- Abreu, C. (2005). *Teoria do Apego: Fundamentos, Pesquisas e Implicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Allen, J., Land, D. (1999). Attachment in adolescence. Em J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Alvarez, L., Silveira, J. (2002). Condições que promovem o aprimoramento profissional e comportamentos relacionados à mudança clínica: Atribuições de Terapeutas comportamentais experientes e não experientes. *Revista Estudos de Psicologia, Puc-Campinas*, 19,( n.1), 49-59.
- Beutler, L., Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Bruner/Mazel.
- Beutler, L., Machado, P., Neufeldt, S. (1994). Therapists variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4<sup>th</sup> ed). (pp. 229-264). New York: John Wiley.
- Beutler, L., et al. (2004). Therapist variables. Em M., Lambert (eds), *Bergin and Garfield's Handbook of Handbook of psychotherapy and Behavior Change* (5.<sup>a</sup> eds) (pp 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books (edição revista, 1982).
- Bowlby, J. (1973). *Attacgment and loss: Separation*. London: Basic Books.
- Canavarro, M., Dias, P., Lima, V. (2006). *A avaliação da vinculação do Adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa*. *Psicologia*, XX (1), 11-36.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., Fernández-Álvarez, F. (2008). *Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionaire EPT-C*. *Terapia psicológica*, I (26), 5-13.

- Cassidy, J. (1999). The nature of child's tie. Em J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Ceberio, M. (2003). Que es la psicoterapia? [on-line] em: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com) (Outubro 2003).
- Corbella, S., Botella, L. (2003). La alianza terapêutica, investigación y evaluación. Em *Anales de Psicología*, 19, (n.2), 205-221.
- Corbella, S., Botella, L. (2004). Psychometric properties of the spanish version of the working alliance theory of change inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16, (n.004). Universidade de Oviedo, España, 702-705.
- Corbella, S., Fernández Álvarez, H., Gutiérrez, L., Garcia, L. (2008) Estilo personal del Terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26, 281-289.
- Corbella-Santomá, S. (2002). Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. *Tesis doctoral no publicada*. Universidad Ramón Llull. España.
- Delitti, M. (2005). A relação terapêutica na Terapia Comportamental. Em H., Ghilhard, N., Aguirre (org.), *Sobre o Comportamento e Cognição: Expondo Variedades*. Santo André: ESETec Editores Associados, p. 360-369.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do Psicólogo e o Ideário individualista: Implicações para a Prática no campo da assistência pública à Saúde. *Estudos de Psicologia*, V, (n.º1), 95-121.
- Faria, C., Fonseca, M., Lima, V. S., Soares, I. & Klein, J. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. Em I Soares (Cord), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Fernández-Álvarez, H., Garcia, F. (1998). *Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta*. Buenos Aires: Aigle.

- Fernández-Álvarez, H., Garcia, F., Lo Bianco, J., Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-123.
- Fernández-Álvarez, H., Garcia, S., LoBianco, J., Corbella, S. (2003). Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 116-125.
- Filho, D. (s/d). Psicoterapia e empirismo. *Revista LatinoAmericana de Psicopatologia Fundamental*. III (nº 4). 92-111.
- Fonseca, M., Soares, I., Martins, C. (2006). Estilos de Vinculação, Orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia. Contributos da Investigação para o estudo da Vinculação*. XX, 187- 208.
- Gilliéron, E. (1997). *Manual de Psicoterapias Breves*. Paris: CLIMEPSI editores.
- Green, J., Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 452-461.
- Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. Em N. Guedeney, A. Guedeney (Coord.), *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedes, S. (2005). *Expectativas Conjugais de Jovens e das suas figuras de vinculação* [on-line] em: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt). (2005).
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social psychology* 52, 511-524.
- Hazan, C., Shaver, P. (1990). Love and Work: Na attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social psychology* 59, 270-280.
- Jongelen, I., Carvalho, M., Mendes, T., Soares, I. (2007). Vinculação na adolescência. Em I Soares (Coord), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.

- Kanfer, F. (1994). The patient-therapist relationship: an introduction. Em S. Borgo & L. Sibila (Eds.) *The Patient-Therapist Relationship: Its Many Dimensions*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Lopez-Ibor, J. (2008). Aprender a comunicarse com el paciente y com su entorno. Viguera Editores. *EDUC MED 11 (Supl 1)*. 53-S61.
- Mahoney, J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Meyer, S., Vermes, J. (2001). Relação Terapêutica. Em B., Rangé., (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto alegre: Artmed Editora. cap. 6, p .101-110.
- Miljkovitch, R. (2004). A vinculação ao nível das representações. Em N. Guedeney, A. Guedeney (Coord.), *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Muderrisoly, S. (1999). Defensive functioning and affect within adult attachment patterns. Dissertation Abstract, 59, 3705.
- Oliveira, M., Nunes, M., Fernández-Álvarez, H., Garcia, F. (2006). Estilo pessoal do Terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico Ψ*, 37 (n.3), 241-247.
- Pattee, D., Farber, A. (2008). *Patient's experiences of self disclosure in psychotherapy: the effects of gender and role identificaton*. *Psychotherapy Research*, 1-10.
- Raue, P., Goldfried, M., (1994). The therapeutic Alliance in Cognitive-Behavior therapy. Em Horvath, A., Greenberg, L. (orgs). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. (pp 131-152). Nova York, EUA: John Wiley e Sons
- Rial, V., Castañeiras, C., Garcia, F., Gomez, B., Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan com pacientes severamente perturbados: un

estúdio cuanti y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. 2 (98), 191-208.

Rodrigues, A. [et. al]. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de Vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas e adolescentes. *Revista Análise Psicológica*, 4 (XXII), 643-665.

Rogers, C. (1961). *Psicoterapia e Consulta psicológica* (2.º ed). Lisboa: Moras editores.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7.ºed). Lisboa: Moras editores.

Soares, I. (1984). *Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional nas perturbações alimentares*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho, Portugal.

Soares, I. (1990). O grupo de pares e a amizade. Em B. Campos (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento e educação em jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Tese de doutoramento. Universidade do Porto, Portugal.

Soares, I. (2007a). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. Em I Soares (Cord), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Soares, I., (2007b). *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios edições.

Soares, M. (2007c). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de diádes de Terapeutas e Clientes portugueses*. Tese de Dotouramento. Universitat Ramon Llull.

## Anexos

### Anexo I – Pedido de autorização/Colaboração

a)



Ex. Senhor (a):

No âmbito do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade de Évora encontro-me a realizar uma investigação cujo tema é “Estilos pessoais do Terapeuta e Estilos de Vinculação”.

A investigação será realizada a partir da população existente em Instituições/Serviços nos quais os Psicoterapeutas e Psicólogos exercem as suas funções. Os procedimentos implicarão a recolha de dados através de questionários que serão desenvolvidos pelos mesmos. O anonimato da Instituição/Serviço e do Psicoterapeuta/Psicólogo será obviamente mantido e os resultados serão divulgados em forma de dissertação de mestrado, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido nesta área.

Neste sentido venho por este meio solicitar a sua colaboração na recolha de dados para esta investigação.

Coloco-me desde já à disposição para responder a eventuais dúvidas ou questões que possam surgir.

Agradecendo desde já uma resposta breve.

Atenciosamente,

---

(Patrícia Evaristo)

---

(Orientadora: Prof. Dra Constança Biscaia)

b)

**Patrícia de Assunção Martins Evaristo**

*([evaristo.patty@gmail.com](mailto:evaristo.patty@gmail.com))*

Universidade de Évora, Departamento de Psicologia

Apartado 94 – 7002-554 Évora

**Exmo/a Sr./a,**

No âmbito do projecto de investigação “Estilos Pessoais do Terapeuta e Estilos de Vinculação”, referentes à dissertação de Mestrado de Patrícia Evaristo, orientada pela Professora Doutora Constança Biscaia, da Universidade de Évora, **vimos por este meio solicitar a vossa colaboração.**

O projecto em estudo tem como principal objectivo perceber a relação entre os estilos pessoais do terapeuta e os estilos de vinculação.

Para tal, vimos por este meio **solicitar a sua participação no presente estudo através do preenchimento dos questionários (em anexo).**

Os dados recolhidos serão utilizados apenas nesta investigação, estando assegurados todos os procedimentos éticos na condução da mesma, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Os participantes interessados poderão ter acesso aos resultados, caso o solicitem.

**A investigadora:**

---

(Patrícia Evaristo)

## **Anexo 2 – Ficha de dados sócio demográficos e profissionais**

### ***Dados Sócio-Demográficos e profissionais***

(Por favor complete os seguintes dados):

**Sexo:**.....

**Data de Nascimento:**.....

**Anos de Experiência:**.....

**Orientação teórica (assinale com x):**

Psicodinâmica		
Cognitiva		
Cognitiva-comportamental		
Comportamental		
Sistémica		
Outras		Quais?

• **Tipo de Pacientes que atende predominante:**

a) Grupo etário – i) Crianças...ii) Adolescente...iii) Adulto.....iv) 3.º Idade.....

b) Tipo de Problemáticas:.....





## Anexo III – Questionário EPT

### Inventário de Estilo Pessoal do Terapeuta - EPT

(Fernandéz Álvarez, 1998; Corbella, 2002)

O presente inventário destina-se a conhecer o seu estilo pessoal como terapeuta. Não há respostas boas ou más, uma vez que os diferentes estilos podem ser igualmente vantajosos. Sabemos que a sua intervenção varia com os diferentes pacientes, mas queremos que responda como é o seu estilo habitual, a sua forma geral de trabalhar. Não pense demasiado no significado de cada afirmação. A resposta espontânea é a mais valiosa.

**Como pontuar:** a escala de pontuação vai de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”, marque com um (X) a afirmação que mais se adequa a si.

	Discordo Totalmente	Discordo Pouco	Concordo	Concordo Muito	Concordo totalmente
1. Para mim são estimulantes as mudanças contextualizadas.					
2. No decorrer de um tratamento, detenho-me mais a considerar no que falta a mudar do que nos resultados alcançados.					
3. Nas minhas intervenções sou predominantemente directivo(a).					
4. Consigo promover mudanças em pacientes com um baixo nível emocional.					
5. Prefiro os tratamentos onde estão programados os passos a seguir.					
6. Muitas mudanças importantes que ocorrem no decurso de um tratamento requerem que o terapeuta funcione com um nível emocional baixo.					

7. Incomoda-me que os pacientes não cumpram as minhas indicações.					
8. As verdadeiras mudanças produzem-se no decurso de sessões com um clima emocional intenso.					
9. Tenho tendência a exigir o cumprimento rigoroso dos horários.					
10. Sou muito tolerante com o que ainda falta alcançar no decurso da terapia.					
11. Penso muito no meu trabalho, mesmo nas minhas horas livres.					
12. Costumo manter a escuta aberta e receptiva, mais do que concentrada e focalizada.					
13. Prefiro não modificar a orientação da terapia, a menos que seja imprescindível.					
14. Como terapeuta prefiro indicar aos pacientes o que deve fazer-se em cada sessão.					
15. Gosto de me sentir surpreendido(a) pela informação do cliente, sem ter ideias prévias.					
16. Para promover mudanças no paciente é necessário um alto nível emocional.					
17. Valorizo os resultados obtidos no tratamento só quando posso explicar como foram alcançados.					
18. Sinto-me mais inclinado(a) a acompanhar o paciente na sua exploração, do que a assinar-lhes os caminhos a seguir.					
19. Compreender a forma como os objectivos foram atingidos é a única maneira de avaliar o processo de tratamento.					
20. Os problemas dos pacientes preocupam-me menos do que eles supõem.					
21. Fora das horas de trabalho, não penso nos					

meus pacientes.					
22. Interessa-me trabalhar com pacientes que apresentam problemas focalizados.					
23. Agrada-me implementar tratamentos com instruções precisas a seguir.					
24. Uma alta proximidade emocional com os pacientes é imprescindível para promover mudanças terapêuticas.					
25. Parece-me inadequado que os pacientes recorram a mim fora das sessões.					
26. Prefiro saber de antemão a que coisas devo prestar atenção nas sessões.					

## Anexo IV – Escala de Vinculação EVA

### Questionário EVA – Escala de vinculação do Adulto

(M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da

Adult Attachment Scale-R; Collins & Read, 1990)

---

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que sentiria nesse tipo de situação.

---

**Como pontuar:** a escala de pontuação vai de “nada característico em mim” a “extremamente característico em mim”, marque com um (X) a afirmação que mais se adequa a si.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade relações com as pessoas.					
2. Tenho dificuldades em sentir-me dependente dos outros.					
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.					
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.					

5. Sinto-me bem dependente dos outros.					
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.					
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.					
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.					
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros realmente se importarem comigo.					
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.					
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.					
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.					
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.					
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.					
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado					
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.					
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.					
18. Não tenho a certeza de poder confiar com as pessoas quando precisar delas.					