

## Dissertação de Mestrado

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



### **“ESTILOS DE VINCULAÇÃO E ALIANÇA TERAPÊUTICA NA PSICOTERAPIA INFANTIL”**

**Andrea Pinto Gonçalves**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

**2008**

**Dissertação de Mestrado**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**“ESTILOS DE VINCULAÇÃO E ALIANÇA  
TERAPÊUTICA NA PSICOTERAPIA INFANTIL”**

**Andrea Pinto Gonçalves**

**Dissertação Orientada pela Professora Doutora Maria Isabel de Sá**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

**2008**

## AGRADECIMENTOS

Chegando à última etapa de um projecto que abracei com grande entusiasmo desde o seu início e com o qual cresci pessoal e profissionalmente, resta-me agradecer aos demais protagonistas do mesmo, pois sem eles, este trabalho não seria possível.

Assim, um muito obrigada a todas as crianças que participaram neste estudo, sentando-se comigo para preencher os questionários, mesmo estando numa situação de consultório, onde já tinham estado a falar com outro psicólogo antes. Mesmo assim foram sempre simpáticos e motivados. Devolvo-lhes os sorrisos que eles me foram oferecendo.

A todas as mães e pais que foram sempre simpáticos e receptivos e aceitaram colaborar no estudo, mostrando entusiasmo pelo mesmo e pela área da Psicologia. Obrigada pela participação e pela simpatia.

A todos os psicólogos que aceitaram colaborar, mesmo sabendo que seria difícil conseguir pacientes dentro dos critérios pretendidos e dentro do tempo disponível. Assim, gostaria de agradecer a todos eles: à Dra. Inês Pina Cabral, do Hospital Júlio de Matos e da Clínica de Psicologia (Lumiar); à Dra. Cláudia Fernandes da Clínica de Psicologia (Lumiar); à Dra. Raquel Felgueiras e Dra. Alexandra Brandão da Fundação Renascer; à Dra. Mafalda Araújo da *OnClinic*; à Dra. Rita Alves do Consultório de Psicologia (Idanha-a-Nova); e ao Dr. João Faria, da Junta de Freguesia dos Prazeres e Gabinete de Psicologia (Lisboa). Muito obrigada a todos! Sem a vossa disponibilidade e receptividade este trabalho não estaria concluído.

Também uma lembrança e agradecimento especial à Professora Doutora Teresa Botelho, que se disponibilizou sempre para ajudar e foi uma fonte de contactos importante para a recolha de dados deste trabalho.

Por fim, não poderia deixar de agradecer à excepcional orientadora deste trabalho, a Professora Doutora Isabel Sá, que esteve sempre presente para dar a sua orientação e motivação, incentivando-me a ir sempre mais além. Foi graças a esse contributo que foi possível desenvolver mais este trabalho, chegando ao produto final aqui apresentado. A realização desta investigação permitiu-me adquirir novos conhecimentos e experiências que de outra forma não seria possível.

A todos o meu profundo e sincero agradecimento!

# ÍNDICE

ÍNDICE .....	ii
INDÍCE DE TABELAS .....	iii
INDÍCE DE FIGURAS .....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	iv
INTRODUÇÃO .....	1
Propósito e Pertinência do Estudo .....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	2
Aliança Terapêutica .....	2
Origem e evolução do conceito .....	2
Psicoterapia infantil <i>versus</i> psicoterapia com adultos .....	3
Vinculação .....	7
Origem e evolução do conceito .....	7
Desenvolvimento de modelos de funcionamento interno .....	9
Desenvolvimento na infância e idade escolar .....	11
Emoções na infância .....	13
Psicopatologia na infância .....	14
Vinculação e Aliança Terapêutica .....	16
Psicoterapia infantil .....	19
Instrumentos de Avaliação .....	23
Aliança terapêutica em crianças e famílias .....	23
Vinculação em crianças em idade escolar .....	25
MÉTODO .....	28
Objectivos e Hipóteses .....	28
Instrumentos .....	30
Participantes .....	31
Procedimento .....	31
ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	32
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	41
Limitações do Estudo .....	46
Futuras Investigações .....	47
BIBLIOGRAFIA .....	50

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Passos para a mudança em terapia: bases na vinculação <i>versus</i> passos gerais .....	18
Tabela 2 – Médias (ou percentagens) e desvios-padrão da amostra (crianças)...	32
Tabela 3 - Médias (ou percentagens) e desvios-padrão da amostra (pais) .....	33
Tabela 4 - Médias (ou percentagens) e desvios-padrão da amostra (terapeutas)	34
Tabela 5 – Médias e desvios-padrão dos Questionários sobre Aliança Terapêutica .....	35
Tabela 6 - Valores obtidos no teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade da distribuição dos resultados da aliança terapêutica .....	35
Tabela 7 – Correlação entre as diferentes perspectivas sobre a aliança terapêutica .....	36
Tabela 8 – Médias e desvios-padrão dos Questionários sobre a Vinculação .....	36
Tabela 9 - Valores obtidos no teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade da distribuição dos resultados da vinculação .....	37
Tabela 10 - Comparação das médias obtidas nas diferentes sub-escalas do questionário de vinculação do actual estudo com o estudo original .....	37
Tabela 11 - Correlação entre as sub-escalas dos questionários de vinculação ...	38
Tabela 12 - Correlação entre os resultados obtidos na auto-avaliação e hetero-avaliação do IVIA .....	38
Tabela 13 - Correlação geral entre os resultados da aliança terapêutica e da vinculação .....	39
Tabela 14 - Correlação entre a qualidade da aliança terapêutica consoante o estilo de vinculação da criança (auto-avaliado) .....	39
Tabela 15 - Correlação entre a qualidade da aliança terapêutica consoante o estilo de vinculação da criança (hetero-avaliado) .....	40
Tabela 16 - Correlação entre outras variáveis demográficas e a aliança terapêutica .....	41

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do relacionamento desenvolvimentista das perturbações da conduta .....	16
---	----

## RESUMO

Este estudo tem como objectivo estudar os estilos de vinculação e a sua influência na aliança terapêutica em psicoterapia com crianças. Dois questionários foram utilizados para avaliar estas variáveis – a *Escala de Aliança Terapêutica para Crianças* e o Inventário de Vinculação para a Infância e Adolescência. A amostra clínica foi constituída por vinte e duas crianças, entre os 7 e os 12 anos, os seus progenitores e psicólogos. Elaborou-se um estudo descritivo e correlacional. A hipótese de que existiria uma correlação moderada entre as perspectivas das díades criança-terapeuta e pais-terapeuta foi corroborada pelos resultados ( $r= 0,44$  e  $0,43$ ;  $p\leq 0,05$ ) e a hipótese duma correlação entre a avaliação de criança e dos pais sobre a vinculação foi refutada. Encontraram-se resultados significativos entre os diferentes estilos de vinculação e a qualidade da aliança terapêutica. Os resultados deste estudo contribuem para a investigação nesta área, que ainda é insuficiente, e enfatiza a importância da vinculação na psicoterapia.

Palavras-Chave: vinculação; aliança terapêutica; aliança criança-terapeuta;  
aliança pais-terapeuta; psicoterapia infantil;

## **Abstract**

*The main purpose of this investigation is to understand the relation between attachment styles and therapeutic alliance in child therapy. Two questionnaires were used to assess those variables - the Therapeutic Alliance Scale for Children and the Attachment Inventory for Childhood and Adolescence. Twenty-two children, between the age of 7 and 12, their parents and therapists were part of this clinical sample. The research design was descriptive and correlational. The hypothesis that a moderate correlation would be found between child-therapist and parent-therapist perspectives on therapeutic alliance were corroborated by the results ( $r= 0,44$ ;  $0,43$ ;  $p\leq 0,05$ ), while the hypothesis that a correlation between child and parents evaluation of attachment styles would be found was refuted. Significant results were found involving the different attachment styles and the quality of therapeutic alliance. This study brings a contribution to the still insufficient investigation in this field and also highlights the importance of attachment in psychotherapy.*

*Key-words: attachment; therapeutic alliance; child-therapist alliance; parent-child alliance; child therapy;*

## **INTRODUÇÃO**

### **Propósito e Pertinência do estudo**

A partir dos anos setenta vários estudos foram feitos acerca da eficácia das técnicas das diversas abordagens psicoterapêuticas. Concluiu-se que havia um factor panteórico e comum aos resultados positivos obtidos com a terapia: a aliança terapêutica. A partir dessa altura, os investigadores têm vindo a focar-se nos aspectos e características que facilitam ou impedem a construção de uma boa aliança entre terapeuta e paciente. Uma dessas características é o padrão de vinculação dos pacientes. A vinculação forma-se desde os primeiros dias de vida de um ser humano e influencia o seu desenvolvimento e a formação do seu modelo de funcionamento interno. Ao longo do ciclo de vida, os seus comportamentos, cognições e relacionamentos interpessoais vão ser influenciados por esse mesmo modelo de funcionamento ou visão do mundo. Ora, a aliança estabelecida com um terapeuta, é também ela influenciada por estes esquemas. O terapeuta, sabendo que um dos mais eficazes ingredientes para resultados de sucesso é a formação de uma boa aliança, precisa de estar atento aos padrões de relacionamento interpessoal do paciente e compreender o seu historial de relações de vinculação.

A pertinência deste estudo prende-se com a melhor compreensão destes factores no que respeita à psicoterapia infantil. Muitos estudos têm sido realizados com a população adulta, no entanto, a população infantil tem vindo a ser mais esquecida neste campo de investigação. Será importante perceber se os resultados da investigação com adultos no que respeita à relação entre vinculação e aliança terapêutica tendem a replicar-se na psicoterapia infantil e, para além disso, compreender a influência destas variáveis em todos os elementos envolvidos na mesma (pais, criança, terapeuta, etc.). Pretende-se que este estudo seja mais um contributo neste campo de investigação e no alerta da importância dos padrões de vinculação na obtenção de sucesso em psicoterapia. Mas, sobretudo, ambiciona-se o reconhecimento da importância em estabelecer relações reparadoras numa idade precoce, quando o modelo de funcionamento da criança ainda se encontra em constante mudança, desenvolvimento e construção.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Aliança Terapêutica

#### **Origem e evolução do conceito**

Os termos – aliança terapêutica, aliança de trabalho, aliança de ajuda, relação terapêutica, etc. – são lidos com bastante frequência na nossa literatura. Cada definição tem oscilações na sua operacionalização e os investigadores e clínicos podem preferir o uso de uma em detrimento da outra. Ao longo deste trabalho, será utilizado o conceito de aliança terapêutica.

A origem da conceptualização de aliança terapêutica recai sobre os trabalhos de Freud. Este autor (Freud, 1968) descreveu-a com base na sua explicação da relação paciente–terapeuta, baseando-se nos conceitos de transferência positiva e contra-transferência. Freud previa que uma aliança de sucesso permitia ao paciente identificar o terapeuta com as relações primárias que tivera no passado. As reacções realísticas do paciente para com o terapeuta (relação real) eram diferenciadas das distorções fantasiosas (transferência) e a aliança terapêutica representava os esforços colaborantes do paciente e do terapeuta para avançar no *insight* e para a mudança. Esta definição tem influenciado tentativas subsequentes de descrever a qualidade da aliança terapêutica (Marziali & Alexander, 1991).

Esta visão psicodinâmica da aliança terapêutica era a que vigorava até que Carl Rogers (1951/1983) afirmou que a aliança terapêutica por si só era suficiente para “criar a mudança e a cura”. Esta teoria foi muito contestada pelos comportamentalistas da época, que recusavam que outros factores para além das técnicas influenciassem a mudança em terapia. Mas, foi precisamente com Rogers e a Terapia Centrada no Paciente que começaram os estudos acerca dos efeitos da acção do terapeuta na mudança do paciente (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Estes conflitos conceptuais levaram a investigações acerca da eficácia das diferentes técnicas e, mais tarde, ao estudo sobre os factores comuns às várias terapias, incluindo a aliança terapêutica. Vários estudos chegaram à conclusão que há uma relação entre uma aliança terapêutica positiva e um resultado terapêutico positivo, sendo estes resultados válidos com diversas populações, tipos de terapia e perspectiva de aliança (Gelso & Carter, 1985; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Marziali & Alexander 1991). A aliança terapêutica veio a ser reconhecida como um factor panteórico partilhado por todas as terapias eficazes (Mallinckrodt, 1991; Gaston, Marmar, Thompson & Gallagher, 1988) e é o aspecto da relação melhor estudado, em parte por ser transversal a diferentes modelos de terapia (Kazdin, Marciano & Whitley, 2005).

## **Psicoterapia infantil versus Psicoterapia com adultos**

Apesar do conhecimento empírico da importância da aliança terapêutica na psicoterapia infantil, devido aos resultados obtidos em estudos com adultos (Horavth & Luborsky, 1993), poucos têm sido os estudos que se tenham focado apenas na população infantil e/ou adolescente. Uma estimativa indica que menos de 3% dos estudos realizados na área da psicoterapia infantil têm analisado processos de intervenção, como a aliança terapêutica (Kazdin, Bass, Ayers & Rodgers, 1990). Na meta-análise mais recente de Shirk e Karver (2003), evidenciava-se a grande disparidade entre estudos efectuados na psicoterapia infantil – 23 – em relação aos estudos efectuados com população adulta nos estudos de Horvath e Bedi – cerca de 2000 (citado por Kazdin et al., 2005). No entanto, tem-se usado esse conhecimento empírico, aliado ao que a investigação em adultos tem sugerido, sem dar grande importância a factores específicos da psicoterapia infantil, como por exemplo, a participação de mais elementos nessa mesma psicoterapia (e.g. prestadores de cuidados). Shirk e Karver (2003) afirmaram que estudar a aliança terapêutica na psicoterapia infantil levanta desafios especiais. Um desses desafios foi referido por DeVet, Kim, Charlot-Swillely e Ireys (2003) que dizem que a melhor compreensão da relação entre pais e terapeutas poderá “abrir caminhos importantes na compreensão dos processos e resultados da psicoterapia infantil” (p.277). Um estudo recente (Diamond, Diamond & Liddle, 2000) concluiu que a existência de uma forte aliança entre terapeutas e pais, aumenta a probabilidade da criança frequentar consistentemente a terapia e da família seguir as linhas orientadoras e actividades sugeridas pelo terapeuta.

É verdade que a investigação acerca da aliança terapêutica, tanto em adultos como em crianças, tem sugerido que a aliança é preditora dos resultados do processo terapêutico, sendo, na investigação com adultos, a percepção do paciente mais preditora desses efeitos, do que a percepção do terapeuta (Horvath & Luborsky, 1993; Marziali & Alexander, 1991). Moreira et al. (2005) explicam que apesar do terapeuta ser importante no processo terapêutico, é, porém, no paciente e nas suas características que residem os factores responsáveis pelo sucesso terapêutico, tais como a auto-revelação e a capacidade de experienciar e se centrar nas suas emoções. Para além disso, reportam ao facto da aliança terapêutica ter vindo a ser descrita como um conceito multidimensional que inclui aspectos de vinculação (laços entre terapeuta e paciente) e aspectos de colaboração (investimento do paciente na relação). Ora, tudo isto se aplica muito bem à psicoterapia com adultos. E com as crianças? Elas ainda estão em fase de desenvolvimento emocional e cognitivo e só pouco a pouco vão ganhando capacidade de *insight* e de conhecimento do *self*, assim como de exploração emocional. É verdade, que já podemos avaliar e trabalhar o estilo de vinculação com as próprias, mas existindo uns prestadores de cuidado participantes, a psicoterapia torna-se muito mais facilitada. Com

isto, torna-se essencial não só desenvolver uma forte aliança com a criança, mas também com os prestadores de cuidado, porque só assim poderemos otimizar os resultados da terapia, intervindo com a criança (no seu comportamento, emoções e cognições – dependendo do seu grau de desenvolvimento) e com os prestadores de cuidados (nas suas práticas parentais, emoções e cognições) em sintonia com os objectivos terapêuticos delineados em conjunto, tendo em conta sempre as necessidades do paciente, a criança.

No entanto, dentro do leque ainda limitado de estudos, alguns têm mostrado algumas diferenças entre os resultados da população infantil e adulta. Bickman et al. (2004) dizem que se pode argumentar que a aliança é mais importante nos contextos de saúde mental das crianças do que nos adultos, até porque os estudos acerca da aliança terapêutica têm-se centralizado na terapia de adultos que voluntariamente procuram terapia. Para a maioria das crianças e adolescentes, a procura da terapia não é voluntária. Pelo contrário, um prestador de cuidados é que a acha necessária ou outras pessoas/instituições fazem uma referência. Mais, muitos dos jovens em terapia estão lá por problemas com os pais, outros adultos ou relações com os pares. Nesse sentido, Shirk e Saiz (1992) consideravam que a capacidade do terapeuta formar, modelar e manter uma aliança terapêutica afectuosa com a criança, poderia ser benéfico e reparador para a mesma, sendo essencial na melhoria dos resultados da intervenção.

Na meta-análise realizada por Shirk e Karver (2003) conclui-se que a aliança terapêutica em crianças está positivamente correlacionada com resultados positivos, como a redução de sintomas. Os seus resultados mostraram que a aliança medida numa sessão mais avançada (após 8 semanas) está mais fortemente correlacionada com bons resultados na psicoterapia com crianças. Em nove dos vinte e três estudos investigados na meta-análise, a relação da aliança terapêutica com os resultados é mais forte em crianças com problemas externalizadores, quando comparado com os problemas internalizadores. No entanto, os autores consideram que vários podem ser os motivos para isto acontecer, entre os quais a intervenção no primeiro tipo de problemas ser mais eficiente. Neste estudo concluiu-se também que a idade, o tipo de intervenção e o contexto (investigação ou comunitário) não moderavam a relação da aliança terapêutica com os resultados da intervenção.

O estudo de Bickman et al. (2004) revela resultados igualmente interessantes quando conclui a inexistência de uma relação entre a perspectiva do terapeuta e do jovem quanto à presença de uma boa ou má aliança terapêutica, o que é consonante com os resultados encontrados na literatura dos adultos (Horvath & Loborsky, 1993). Também neste estudo encontrou-se uma correlação moderada entre a visão dos jovens acerca dos mesmos terapeutas, isto é, alguns terapeutas aparentavam ser mais eficientes na construção de uma boa aliança terapêutica. Shirk e Saiz (1992) previam que quanto mais

velhas fossem as crianças, maior a sua capacidade de *insight* e necessidade de mudança e mais forte seria a aliança. De facto, no estudo de Bickman et al. (2004) jovens com menos de 17 anos tendem a ver a aliança terapêutica de forma mais negativa do que o terapeuta. Aos 17 anos, tendem a percepcioná-la de forma semelhante e com mais de 17 anos, os jovens tendem a sentir mais positivamente a aliança do que o terapeuta. No entanto, DeVet et al. (2003) encontraram no seu estudo que as crianças mais velhas reportavam relações menos próximas com os seus terapeutas, quando comparadas com as mais novas. Isto poderá estar relacionado com as questões típicas da adolescência, como a autonomia e a independência, que torna mais difícil levá-los à terapia. Também Kazdin et al. (2005) afirmam estas diferenças entre as perspectivas da criança e do terapeuta, sem no entanto, encontrar diferenças significativas relacionadas com a idade, e acrescentam que ainda não é claro que uma perspectiva seja mais preditora que outra. Estes estudos levantam questões muito importantes e pertinentes quanto à psicoterapia infantil e à aliança terapêutica, tais como a necessidade da parte do terapeuta de avaliar de forma mais eficaz a aliança existente e não se guiar apenas pela percepção, já que foi demonstrado que muitas vezes a percepção de ambos não está em sintonia. Assim, poderão melhorar a sua intervenção, assim como a probabilidade de obterem melhores resultados.

Kazdin et al. (2005) realizaram um estudo em que analisaram a formação da aliança terapêutica em três momentos distintos (antes, durante e no final da intervenção) e segundo três perspectivas (criança, prestadores de cuidado e terapeuta). Os resultados desta investigação mostraram que quanto mais positiva a aliança entre terapeuta e criança e entre terapeuta e pais, durante a intervenção, maiores as mudanças terapêuticas na criança, menores as barreiras percebidas pelos pais e mais as técnicas são vistas como aceitáveis pelos pais. Apesar das previsões terem sido consistentes em todos os avaliadores, a perspectiva da criança e dos pais mostrou-se mais consistente na avaliação da formação de aliança quando comparado com a perspectiva do terapeuta. Em 2006 Kazdin, Whitley e Marciano realizaram um novo estudo em que aprofundaram questões que não tinham ficado esclarecidas no estudo anterior. Para além de corroborar os achados anteriores, concluíram também que a aliança pais-terapeuta está relacionada com a melhoria nas capacidades parentais e na interacção que passam a ter com os filhos em casa. Para além disso, concluíram que a aliança tanto na criança, como nos pais, não pode ser facilmente explicada por outros factores analisados, tais como nível socio-económico, psicopatologia, *stress* parental ou tipo de queixa apresentado em relação à criança. Este último factor corrobora os achados de DeVet et al. (2003) em que os autores referem que o tipo de queixa ser comportamental ou emocional não influenciou a formação da aliança.

No entanto, os estudos de Horvath e Luborsky (1993) e Marziali e Alexander (1991) com adultos revelaram que outras características poderiam influenciar a formação de uma aliança terapêutica: qualidade das relações sociais e familiares, a qualidade das relações parentais na infância, altos níveis de psicopatologia, acontecimentos de vida *stressantes* e *distress* psicológico significativo. Também no estudo de DeVet et al. (2003) os resultados mostraram que as mães com subsídio de desemprego tinham filhos com maior aliança ao terapeuta (o que poderá estar relacionado com a possibilidade das mulheres que trabalhavam terem horários laborais a cumprir, tendo mais dificuldades em chegar às sessões). Em contrapartida, este estudo corrobora os estudos anteriores quanto ao factor do suporte social, mostrando que as mães com maior suporte social, formam uma aliança mais positiva com o terapeuta. Para além disso, acrescenta um novo factor: a percepção de eficácia do serviço – que revelou estar positivamente correlacionado com a aliança da mãe ao terapeuta. No entanto, este estudo não conclui qual o sentido da influência – a aliança levou à percepção de eficácia ou vice-versa.

Ora, algumas características, como a psicopatologia e *stress* psicológico, vão no sentido contrário dos resultados de Kazdin et al. (2006) nos estudos de Horvath e Luborsky (1993). Como explicar esta discrepância nos resultados? As diferenças estarão no grau de severidade considerado? Ou poderá estar relacionado com o contexto terapêutico: psicoterapia infantil *versus* adultos? Será importante investigar esta questão em maior profundidade.

Kazdin et al. (2005) definiram no seu trabalho aliança terapêutica como “a qualidade e natureza da interacção entre paciente e terapeuta, a natureza colaborante da interacção acerca das tarefas e objectivos da intervenção e ao laço pessoal ou de vinculação que emerge da intervenção” (p. 726).

No entanto, em 1986 Pinsof e Catherall definiram a aliança numa perspectiva mais sistémica e interpessoal, descrevendo três níveis da aliança. Assim, num primeiro nível, o terapeuta estabelece uma aliança com cada membro da família (aliança individual). Num intermédio, estabelecem-se alianças com um subsistema (pais, crianças, professores, etc.) – aliança do subsistema. Por fim, ao um último nível, pretende-se que o terapeuta tenha uma aliança integral, com todo o sistema envolvido na terapia, como um todo. O conceito proposto por Kazdin et al. (2005) será aquele levado em conta quando se fala de aliança terapêutica ao longo deste trabalho, sem esquecer, no entanto, os níveis introduzidos por Pinsof e Catherall (1986) para tornar o conceito mais lato, abrangente e sistémico, como necessário não só em terapia familiar, mas na psicoterapia infantil, onde não se trabalha apenas com a criança, mas também com pais, professores e outros.

## **Vinculação**

A vinculação é considerada um comportamento básico do sistema comportamental humano que evolui através de selecção natural – dando vantagem às crianças protegidas e cuidadas por alguém. Inicialmente, a vinculação era descrita como qualquer forma de comportamento que resultava em conseguir aproximar-se ou afastar-se de um indivíduo preferido, geralmente percebido como mais forte ou inteligente (Barlow, 2003). No entanto, sabe-se que o comportamento do prestador de cuidados primário é complementar ao comportamento de vinculação da criança. No que respeita ao prestador de cuidados, o seu papel principal passa por estar disponível e ser responsivo, como e quando a criança quer ou precisa. O papel secundário é intervir quando a criança se aproxima de situações ameaçadoras ou problemáticas (Ainsworth, 1989).

Também Bowlby (1969/1990) defendia que os comportamentos relacionados com a vinculação na infância faziam parte de um sistema biológico funcional que aumentava a probabilidade de protecção de perigos e predadores. No entanto, as teorias modernas, como exposto por Fonagy, dizem que a vinculação não depende apenas de uma resposta protectora por parte dos cuidadores, mas também da experiência de contenção psicológica de estados afectivos agressivos que são necessários para o desenvolvimento coerente do *self* (citado por Davila & Levy, 2006).

### **Origem e evolução do conceito de vinculação**

A teoria da vinculação surge a seguir à Segunda Guerra Mundial a propósito da separação das crianças das suas mães que começaram a trabalhar. Por esta altura, o interesse sobre a separação aumentou e vários estudos foram efectuados, principalmente a nível da institucionalização.

Em 1948, Bowlby, psicanalista com crescente interesse pelo relacionamento interpessoal fez um estudo a pedido da Organização Mundial da Saúde sobre crianças sem família, intitulado *Maternal Care and Mental Health*. Os resultados desta investigação mostraram que a carência de cuidados maternos levavam a relações afectivas superficiais, ausência de concentração intelectual, inacessibilidade ao outro e ausência de reacção emocional (Guedeney, 2002/2004). Neste seu primeiro relatório mostrou evidências de que para a criança experienciar saúde mental positiva ela tinha que também experienciar uma relação afectuosa, íntima e contínua com um prestador de cuidados primário (pai/mãe) na qual ambos encontrassem satisfação e prazer (Barlow, 2003). Anteriormente, em 1946, num estudo em conjunto com Robertson sobre os efeitos da separação em meio hospitalar, já haviam identificado três fases resultantes da separação do prestador de cuidado: protesto, desespero e desapego (Guedeney, 2002/2004). Após discutir este

assunto com colegas das mais diversas áreas (biologia evolutiva, etiologia, psicologia do desenvolvimento, ciências cognitivas, etc.) formulou uma posição inovadora: o laço marcadamente forte que se cria entre criança e pais resulta não de aprendizagem por associação (motivação secundária) – nem por motivos de alimentação ou reforço - mas, sim, por uma base biológica de desejo de proximidade (Bowlby, 1969/1990). Nessa mesma obra, descreveu as fases de desenvolvimento da vinculação: 1. orientação e sinais com discriminação limitada da figura de vinculação (entre as 8 e 12 semanas de vida); 2. orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada (ou mais de uma); 3. manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio de locomoção ou de sinais (dos 6/7 meses aos 2 anos); e, 4. formação de uma parceria corrigida para a meta, que é acompanhada de uma aceitação maior da criança quanto a separações mais prolongadas.

Outra autora importante nesta abordagem foi Mary Ainsworth. Baseando-se na teoria de William Blatz acerca da segurança que permite à criança explorar o mundo, desenvolveu uma observação naturalista dos efeitos do desmame e da separação, identificando cinco fases para o desenvolvimento da vinculação e definindo pela primeira vez “base de segurança” como a confiança na ideia de que uma figura de apoio, protectora, estará acessível e disponível. Ao regressar aos E.U.A e baseada num artigo de Arsenian de 1943, pensa em fazer um estudo comparativo sobre jogo livre na presença e ausência da mãe. Com base nisso, propõe uma situação padronizada em sete episódios de separação e junção, conhecida até hoje como Situação Estranha (Guedeney, 2002/2004). Ainsworth, Blehar, Walters e Wall (1978) publicam os resultados do estudo onde haviam se proposto examinar o desenvolvimento da vinculação através da Situação Estranha. Foi observado o comportamento do bebé sob três aspectos relevantes do ponto de vista da teoria da vinculação – utilização da mãe como base segura para explorar o meio com confiança, perturbação em separações breves do quotidiano e medo no encontro com estranhos. A partir desta investigação identificaram os três principais estilos de vinculação, que ficaram conhecidos e são usados até aos nossos dias.

O grupo inseguro–evitante (A) é caracterizado por comportamentos de evitamento do bebé face à figura da vinculação, sobretudo nos episódios de reunião em que a ignora ou se afasta. Além disso, o bebé não revela tendência nem para resistir activamente ao contacto físico, nem para protestar com a ausência dessa figura. Por seu lado, a estranha é tratada pelo bebé de modo semelhante à figura de vinculação podendo haver até menor evitamento. Podem distinguir-se dois sub-grupos: no A1 há um evitamento marcante da figura de vinculação nos episódios de reunião, enquanto no A2 há já alguma manifestação de aproximação moderada, mas conjugada com um forte evitamento.

O grupo seguro (B) caracteriza-se pela procura activa de proximidade e interacção com a figura de vinculação, especialmente nos episódios de reunião. Quando o contacto é obtido, o bebé procura mantê-lo, não exibindo resistência ao contacto ou à interacção com essa figura, nem evitamento da mesma nos episódios de reunião. O bebé pode exibir ou não protestos à sua ausência e ser ligeiramente confortado pela estranha. Podem distinguir-se quatro subgrupos. O B1 e o B2 caracterizam-se pela interacção mais distante com a figura de vinculação, sobretudo nos episódios de reunião, através de sorrisos ou vocalizações, mais do que por aproximações. Enquanto no B1 há uma forte interacção à distancia, sem haver uma procura activa de proximidade ou contacto, podendo encontrar-se mesmo alguns comportamentos de evitamento, no sub-grupo B2 há já alguma procura mais activa de proximidade com a figura de vinculação. Ao contrário, nos sub-grupos B3 e B4 há uma procura activa de contacto e proximidade com a figura de vinculação depois da sua ausência: enquanto no B3 essas características são mais notórias, no B4 a procura da figura de vinculação já aparece associada a alguma resistência ou ambivalência.

E finalmente, o grupo inseguro-ambivalente/resistente (C) caracteriza-se pela coexistência de comportamentos de resistência activa ao contacto e de comportamentos de procura de contacto com a figura de vinculação. Esta procura activa de contacto inibe ou dificulta a exploração do meio. Por outro lado, o bebé não revela ou revela pouco evitamento, mas exhibe comportamentos que manifestam ou irritação ou passividade na situação. Podem distinguir-se dois sub-grupos: no C1 a procura de contacto está associada a uma irritação significativa, enquanto o C2 revela sobretudo uma acentuada passividade, tendendo a manifestar mais comportamentos de sinalização face à mãe do que de aproximação activa nos episódios de reunião.

Ainsworth et al. (1978), concluíram também neste estudo que a variável materna que mais contribuía para a distinção do grupo seguro dos inseguros era a responsividade sensível, isto é, capacidade da mãe em perceber, interpretar correctamente e responder de forma adequada e rápida aos sinais e à comunicação do bebé.

### **Vinculação e o desenvolvimento de modelos de funcionamento interno**

Um aspecto muito importante a mencionar são os estudos que têm vindo a referir a relevância do estilo de vinculação na infância no desenvolvimento de esquemas mentais e modelos de funcionamento interno. A investigação em vinculação tem-se baseado neste pressuposto de que as atitudes relativas a relações de proximidade são mantidas ao longo do tempo através de modelos de funcionamento interno (Platts, Tyson & Mason, 2002). O modelo de funcionamento interno da criança, muda como resultado de influências

genéticas e ambientais. Assim sendo, conforme a organização interna muda, muda também o curso do desenvolvimento, os comportamentos observáveis e as situações que evocam esses mesmos comportamentos (Ainsworth, 1989). Com o tempo, a criança vai organizando o seu modelo de funcionamento interno com as suas expectativas acerca do ambiente físico e das figuras de vinculação e, assim, esta organização interior, que é um processo mental dinâmico, vai influenciando o seu afecto, comportamento e a percepção de si, dos outros e das relações (Benoit & Parker, 1994). Por consequência, este processo também molda as expectativas e reacções do indivíduo (Collins & Read, 1990), o que faz deste processo cíclico e dinâmico, com influências bidireccionais entre as variáveis. Davila & Levy (2006) referem que os modelos de funcionamento interno se desenvolvem a partir da experiência de uma base segura com os prestadores de cuidados e que contém informação sobre o *self*, os outros e a relação que mantém com os outros. Estes modelos guiam a cognição, a emoção e o comportamento em situações interpessoais, intimamente relacionadas com a vinculação. No entanto, quando estes modelos internos são mal adaptativos começam-se a evidenciar padrões disfuncionais de pensamentos, sentimentos e comportamentos, que estão intimamente relacionados com os padrões de vinculação prévios e actuais.

Chorpita e Barlow (1998) escreveram que o estilo de vinculação pode funcionar como uma ponte conceptual entre experiências relacionais precoces e o desenvolvimento de esquemas. A vinculação segura promove a atenção focada na criança, encoraja a exploração do ambiente e ajuda no desenvolvimento de esquemas cognitivos. Daí, indivíduos com este estilo de vinculação terem menos dúvidas sobre si mesmos e serem mais amados pelos outros quando comparados com pessoas com um estilo evitante (Hazan & Shaver, 1987). Normalmente, também vêem as pessoas como merecedoras de confiança, dependentes e altruístas. Valorizam-se mais e vêem-se como mais confiantes em situações sociais, sendo mais assertivos do que quando comparados com pessoas com um estilo resistente (Collins & Read, 1990).

Embora seja na infância que o comportamento de vinculação seja mais evidente ele caracteriza os humanos ao longo de toda a sua vida e os modelos de funcionamento interno da vinculação tendem a perpetuar-se ao longo das gerações (Ainsworth, 1989; Benoit & Parker, 1994). Este facto é muito importante para explicar o fenómeno da intergeracionalidade da vinculação. Ora, qualquer pai, antes de ser pai, já foi filho e estabeleceu uma relação de vinculação com os seus prestadores de cuidados. Assim, como Soares, Martins e Tereno (2007<sup>a</sup>) explicam “como consequência, a sua maneira de se relacionar e interagir com a criança será, em parte, uma expressão da história de vinculação da figura de vinculação” e “mediada (...) pela representação mental de vinculação do progenitor” (p. 88), modelando assim a parentalidade. No entanto, a

investigação também tem demonstrado que os padrões de vinculação tornam-se mais complexos à medida que o indivíduo desenvolve mais relações, que não apenas a inicial com os prestadores de cuidados, e à medida que troca de papel entre cuidador e alvo de cuidado. Para além disso, as relações adultas diferem das da criança pois têm mais e diferentes funções, como o companheirismo, sentido de competência, ligação sexual e sentimento de partilha de objectivos. Platts et al. (2002) afirmam, também, que as diferenças individuais em vinculação podem ser conceptualizadas como sendo diferenças entre as crenças que as pessoas têm acerca delas mesmas e dos outros, para além também da sua capacidade de regulação afectiva e comportamental.

### **Vinculação e desenvolvimento na infância e idade escolar**

Os estudos longitudinais vieram revelar relações significativas entre a qualidade da vinculação aos doze e dezoito meses e determinados aspectos do desenvolvimento psicológico e social avaliados posteriormente, ao longo da primeira década, como, por exemplo, competências sociais com os pares e com os adultos, competências linguísticas e cognitivas em tarefas de resolução de problemas e organização comportamental em situações de *stress* emocional (Soares et al., 2007<sup>a</sup>).

A vinculação segura parece desenvolver-se num contexto relacional, no qual o cuidador reconhece os sinais e comunicações da criança, responde apropriadamente a esse sinais e modula eficazmente a activação emocional negativa. Desta forma, aumenta a probabilidade do bebé desenvolver um modelo interno dinâmico dos cuidadores como um refúgio de segurança em momentos de mal-estar e como uma base segura, a partir da qual explora o mundo (Bretherton, 1985). De uma forma geral, os estudos longitudinais evidenciam que 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 primeiros dois anos (Thompson, 1999) com irmãos, melhores amigos e pares em geral, durante a infância (Berlin & Cassidy, 1999);
2. Características pessoais positivas, como autonomia em relação aos cuidadores (professores e figura de vinculação), auto-estima e auto-confiança elevadas (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005);
3. Maior envolvimento no jogo simbólico, mais entusiasmo, persistência e cooperação na resolução de problemas e capacidade para tolerar temporariamente o *stress* (Sroufe et al., 2005);
4. Melhores competências de regulação emocional e compreensão emocional (Steele & Steele, 2005) e uma menor probabilidade de desenvolvimento de problemas de comportamento na infância (Sroufe et al., 2005).

Crianças com um estilo de vinculação ansiosa-ambivalente mostraram características bem diferentes do grupo acima referido, como seria de esperar. Sroufe et al. (2005) relataram que estas crianças procuravam a interacção com os pares, mas eram pouco competentes neste contexto, tendo poucas competências na iniciação e manutenção das relações, por exemplo, devido à sua imaturidade e à rapidez com que se sentiam frustradas. Face a situações de conflitualidade social, eram menos persistentes na tentativa de resolução dos problemas e, mais frequentemente, tendiam a retirar-se da situação. Já face ao mal-estar de outras crianças, tendiam a ficar igualmente perturbadas. Para além destas dificuldades ao nível do relacionamento interpessoal, apresentavam também mais dificuldades em lidar com desafios cognitivos, como a novidade ou a estimulação elevada, sendo mais hesitantes e menos exploradoras de objectos novos e complexos, e menos flexíveis e eficazes na resolução de várias tarefas problemáticas. Os professores percepcionavam-nas como mais dependentes dos adultos, passivas e facilmente frustradas, mas os próprios professores eram também mais responsivos e tolerantes quando elas violavam as regras de funcionamento da sala.

No que respeita as crianças avaliadas no estilo inseguro-evitante, Sroufe et al. (2005), descrevem-nas como apresentando maiores dificuldades nas relações com os pares que implicassem contacto físico próximo e emocional, sendo descritas como mais isoladas das outras crianças ou emocionalmente distantes. Face ao mal-estar de outra criança, eram julgadas como menos empáticas, podendo mesmo ter comportamentos que pioravam a situação da criança em sofrimento. No relacionamento com adultos, demonstravam dependência através da procura de contacto, não nos momentos em que estavam com algum problema, mas fora destes momentos, nos quais se aproximavam discretamente. Os professores tinham expectativas mais negativas em relação a estas crianças.

Outros estudos têm sido efectuados em que não analisam apenas o impacto do estilo de vinculação no desenvolvimento da criança, mas também os factores parentais e seu efeito. Tem-se verificado que outras características da mãe como a saúde psicológica e o bem-estar, bem como certas características da personalidade, afectam a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da vinculação (Belsky, 1999). Para além disso, ambas as relações – com a mãe e com o pai - têm impacto (ainda que diferencial) no desenvolvimento da criança, pois a qualidade do funcionamento mais tardio da criança é melhor predita pela combinação da qualidade da vinculação a ambos (Grossmann, Grossmann & Kindler, 2005). No entanto, estudos acerca da vinculação à figura masculina/paterna têm sido realizados e concluiu-se que valores superiores numa medida de sensibilidade paterna em situações de jogo estavam associados a um nível superior da qualidade dos cuidados paternos, mas também aos comportamentos de vinculação

relatados pelas crianças aos 10 anos. Estes resultados sugerem que a figura paterna auxilia a criança a relacionar-se com o mundo exterior, não só contribuindo para que explore o mundo dos objectos, mas também influenciando a capacidade da criança para negociar as interações sociais com irmãos ou pares e a manutenção do comportamento emocional e social adequado (Steele & Steele, 2005).

### **Vinculação e emoções na infância**

A regulação emocional e a capacidade para a compreensão das emoções sentidas e vividas pelos outros são capacidades que emergem na primeira infância através da interacção entre a criança e a figura parental, ou seja, no seio das relações de vinculação. A qualidade da regulação emocional conseguida pela díade e o modo como as emoções são vivenciadas nesse contexto relacional “espelham-se”, posteriormente, na competência de regulação autónoma pela criança e terão implicações no seu funcionamento emocional, na adolescência e na idade adulta (Carvalho, Martins, Neves & Soares, 2007).

No seu quotidiano, a criança experiencia vários momentos de grande activação emocional, de diferentes tonalidades afectivas, que podem ser muito perturbadores, por exemplo, quando emergem afectos negativos (medo ou raiva) que a criança ainda não consegue regular autonomamente e que terão de ser modelados com apoio da figura parental ou do cuidador. A forma como a figura parental responde à procura de proximidade por parte da criança e como a auxilia na regulação das emoções negativas, que desencadearam essa procura ou que correspondem à sinalização da necessidade de ser ajudada, vai conduzir a uma organização específica do sistema comportamental da vinculação e a diferentes formas de regular as emoções (Carvalho et al., 2007).

O padrão de vinculação seguro está associado à estratégia primária de regulação emocional, a procura de proximidade. A melhor qualidade de regulação emocional envolve uma expressão emocional genuína, caracterizada pela flexibilidade em expressar emoções positivas e negativas (Bridges, Denham & Ganiban, 2004). A vinculação insegura está relacionada com as estratégias secundárias de regulação emocional. O padrão de vinculação insegura-ambivalente corresponderá a uma estratégia de hiperactivação ou de intensificação da expressão emocional – exagero das expressões emocionais e estado de vigilância e preocupação com a figura parental. O padrão de vinculação inseguro-evitante associa-se a uma estratégia de inibição e restrição das expressões emocionais. Isso é reconhecível nas tentativas para lidar com o mal-estar de forma autónoma – retracção ou inibição da procura de proximidade e de pedidos de ajuda à figura parental (Berlin & Cassidy, 2003).

Durante os primeiros anos de vida, as crianças conseguem identificar as emoções básicas e a expressão destas emoções, que entre outras funções, ajuda à manutenção da

proximidade com as pessoas significativas. A partir do início da adolescência, as emoções apresentam uma função social mais complexa, pois juntamente surge a capacidade para reconhecer, interpretar e lidar de modo mais complexo com as emoções (Carvalho et al., 2007).

### **Vinculação e psicopatologia na infância**

Desde as primeiras obras de Bowlby (1975; 1980) que a vinculação tem vindo a ser ligada à psicopatologia. O autor descreve, na primeira obra referenciada, como a perspectiva etiológica do medo e as noções de perigo e protecção faladas na teoria da vinculação, estão relacionadas com o desenvolvimento de ansiedade e fobias (em crianças e adultos) nos casos de vinculação insegura e como, pelo contrário, a vinculação segura, pode promover a resiliência. No caso da segunda obra, o trauma da perda é relacionado com a possibilidade de desenvolvimento de um luto patológico e com os sintomas e perturbações depressivas, contrastando com as variáveis moderadoras/protectoras que fazem com que alguns indivíduos não desenvolvam um desvio patológico, face à perda.

De facto, várias investigações posteriores têm mostrado que a segurança da vinculação protege a criança contra a formação de perturbações psicológicas. Isto explicar-se-ia em parte por uma maior capacidade, nas crianças seguras, em regular as suas emoções (Soares, Carvalho, Dias, Rios, & Silva, 2007<sup>b</sup>). É frequente, por exemplo, no jogo, as crianças envolverem cenas da vida real, como que para tentar resolver os seus aspectos preocupantes. Esta tentativa de dar sentido à sua experiência e de a controlar permite-lhes atenuar os sentimentos de insegurança experimentados e continuar a desenvolver-se sem obstáculo. As crianças inseguras mostram-se contudo menos eficazes nas suas tentativas de resolver os aspectos problemáticos da sua existência. Consequentemente, as suas emoções negativas persistem e, a prazo, a sua acumulação conduz a níveis de ansiedade difíceis de gerir. Isto torna-as vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Miljkovitch, 2002/2004).

A investigação sobre o desenvolvimento da vinculação e da psicopatologia tem salientado os períodos pré-escolar e escolar como momentos desenvolvimentistas importantes, nos quais diferentes factores de risco e diferentes factores protectores interagem para dar continuidade ou criar a descontinuidade à trajetória de desenvolvimento (in)adaptado. A (des)organização da vinculação, ao desempenhar um papel de relevo na regulação das experiências precoces, constitui-se como um factor que, em interacção com outros factores, poderá inibir ou potenciar o aparecimento de psicopatologia (Sroufe et al., 1999). O estudo longitudinal de Minnesota (Sroufe et al., 2005) veio esclarecer que a história da vinculação está significativamente associada com o

desenvolvimento da auto-estima, da auto-regulação emocional e com a emergência de um percurso de competência nas relações sociais. Por exemplo, no período pré-escolar as crianças com uma vinculação segura foram avaliadas como tendo mais auto-estima e auto-confiança, maior flexibilidade a gerir os seus impulsos e sentimentos e mais competências na interacção com o outro. As crianças com estilo de vinculação inseguro-ambivalente sentiam-se mais facilmente frustradas, não tinham estratégias adaptativas para lidar com os momentos de *stress* e apresentavam dificuldades nas interacções com os pares. Crianças com uma vinculação insegura-evitante tinham tendência a permanecer distantes dos outros, podendo até mostrar antipatia e revelar maior controlo emocional (Sroufe et al., 2005). Nessa linha de pensamento, uma vinculação insegura parecer funcionar como um factor de risco para o aparecimento de problemas de internalização (no caso da ambivalente), nomeadamente isolamento e inibição emocional e para problemas de externalização (no caso da evitante) evidenciados pela agressividade e comportamentos hostis (Soares et al., 2007<sup>b</sup>). As crianças com um estilo de vinculação desorganizado têm uma visão caótica e ameaçadora do mundo e são as que apresentam maior risco no que diz respeito a psicopatologia (Miljkovitch, 2002/2004).

Greenberg (1999) propõe um modelo que combina vários factores de risco que poderão ajudar na conceptualização do desenvolvimento dum trajecto de inadaptação. Este modelo agrupa quatro tipos de factores de risco que, combinados, poderão conduzir a diferentes perturbações. Estes quatro domínios são: a qualidade das relações de vinculação na infância (vinculação insegura – ambivalente, insegura – evitante ou desorganizada), a qualidade da prestação de cuidados parentais, as características da própria criança (temperamento, vulnerabilidade biológica, funcionamento neurocognitivo) e, por último, a ecologia familiar (situações de *stress* e trauma familiar, suporte social familiar, recursos instrumentais da família). Nos períodos pré-escolar e escolar deverão ser tidos em conta mais dois domínios que poderão contribuir como factores mediadores: o grupo de pares e a ecologia da vizinhança. O nível de *stress* parental, as interacções familiares tensas e descoordenadas e o evitamento social parecem ser factores mediadores no aparecimento e desenvolvimento de psicopatologia.

Fonagy (1998) ilustra no seu trabalho, acerca da importância da prevenção na psicopatologia infantil, um esquema que demonstra a relação desenvolvimentista das perturbações da conduta com a vinculação insegura, que engloba vários factores mencionados posteriormente pelos trabalhos de Greenberg (1999): qualidade da vinculação, prestação de cuidados por parte dos pais, características da criança (temperamento).

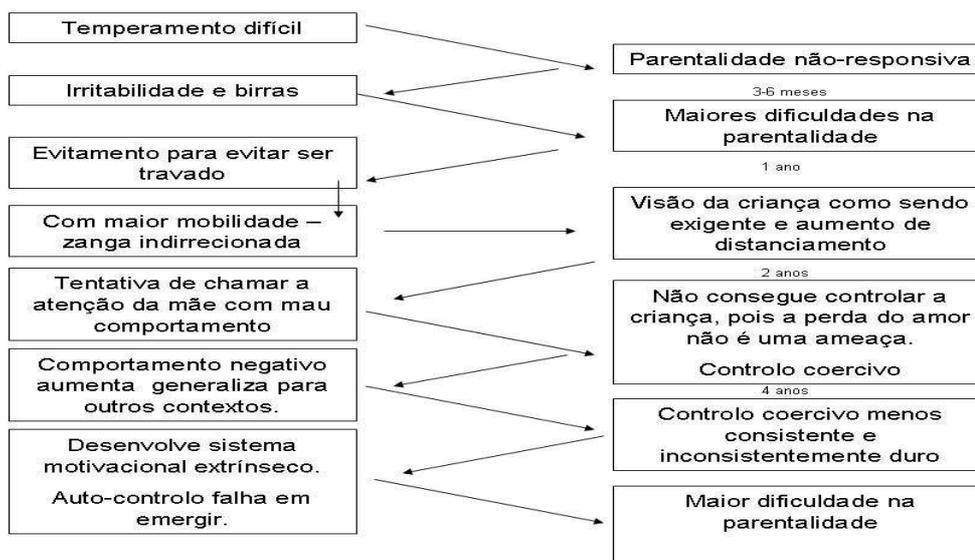


Figura 1: Esquema do relacionamento desenvolvimentista das perturbações da conduta.

## **Vinculação e Aliança Terapêutica**

O objectivo da psicoterapia é melhorar o self e/ou os sistemas interpessoais através de relação terapêutica especializada. Esta engloba a necessidade humana básica de vinculação a um prestador de cuidados e a capacidade humana básica de aprender numa e através duma relação humana (Strupp, 1989). A psicoterapia é compreendida como uma parceria para a mudança, um processo em que paciente e terapeuta trabalham em conjunto. Numa aliança terapêutica bem estabelecida, este trabalho em conjunto serve para construir intervenções que não podem ser separadas dos objectivos do paciente ou da relação na qual ela ocorre. Uma grande parte da investigação crescente sobre psicoterapia leva em conta factores do paciente, do terapeuta e as suas características e estas têm mostrado estar correlacionadas com um historial de boas relações interpessoais presentes e passadas (Kokotovic & Tracey, 1990).

A teoria da vinculação fornece informação importante acerca das reacções das pessoas ao *stress* e a situações interpessoais. Isto é muito importante para um processo terapêutico, pois ajuda na prevenção de obstáculos e na escolha de métodos de intervenção. A teoria da vinculação pode ajudar na escolha do alvo de mudança, na compreensão dos processos nos quais a mudança ocorre e na conceptualização do caso e planificação da intervenção (Davila & Levy, 2006).

Tanto quanto possível, o terapeuta deve ir ao encontro do desejo do paciente de uma base segura, entrar na exploração das percepções do paciente e estar também pronto a explorar a percepção que o paciente tem de si (terapeuta) e tentar reconhecer

sinais de ansiedade ou irritabilidade no paciente (Ainsworth, 1989). O paciente, por sua vez, precisa de possuir a capacidade de confiar para que a relação ocorra. A capacidade diferencial do paciente em estabelecer uma boa aliança terapêutica está relacionada com a capacidade de formar vinculações produtivas, de confiar e a vontade de assumir responsabilidade pelo trabalho. Como Bowlby (citado por Eagle, 2006) afirmou: “uma das funções principais do terapeuta é dar ao paciente uma base segura, a partir da qual ele possa explorar os vários aspectos menos felizes ou mais dolorosos da sua vida, passado e presente, muitos dos quais ele acha difícil, ou talvez impossível, pensar e reconsiderar, sem a companhia de uma pessoa em quem confie, que providencie apoio, encorajamento, simpatia e, nalgumas ocasiões, orientação” (p. 1087).

Shaw, McMahon, Chan e Hannold (2004) descreveram a aliança terapêutica como sendo um processo de colaboração caracterizado pela partilha de objectivos, tarefas e laços de vinculação. No seu estudo acerca da importância da aliança terapêutica na reabilitação, consideram-na como fundamental para um envolvimento completo e significativo do paciente. Consideram ainda que a congruência das expectativas do paciente e do terapeuta são essenciais e utilizam uma abordagem de resolução de conflitos para atingir esse objectivo. Apesar de não fazerem uma ligação directa com a vinculação, incluem-na já na definição do elemento considerado essencial aos bons resultados – a aliança terapêutica.

Vários estudos têm correlacionado a vinculação com a aliança terapêutica. Por exemplo, Dolan, Arnkoff e Glass (1993) encontraram uma forte associação entre o estilo de vinculação pré-terapia do paciente e a aliança terapêutica durante a mesma. Black, Hardy, Turpin & Parry (2005) estudaram a relação entre o estilo de vinculação do paciente (avaliada pelo terapeuta) e a orientação teórica do terapeuta com a aliança terapêutica e problemas relatados pelo terapeuta. O estilo de vinculação explicava uma proporção significativa da variância na aliança terapêutica e também nos problemas relatados durante a terapia. Para além da vinculação, também variáveis gerais da personalidade explicavam uma percentagem dessa variância. A vinculação segura estava positivamente correlacionada com a aliança terapêutica, enquanto que a vinculação inseguro-ambivalente/resistente estava negativamente relacionada com a aliança terapêutica e com o número de problemas encontrados no decorrer da terapia.

Já em 1988 Bowlby (citado por Davila & Levy, 2006) identificava tarefas psicoterapêuticas, baseadas na teoria da vinculação, consistentes com as componentes de intervenção necessárias para promover a mudança em terapia. A correspondência entre os cinco passos das tarefas apresentadas por Bowlby e os cinco passos para a mudança terapêutica são os seguintes:

<b>Passos de Bowlby baseados na Teoria da Vinculação</b>	<b>Passos para a mudança em terapia</b>
Estabelecer uma base segura da qual os pacientes possam partir para a exploração de aspectos mais dolorosos da sua vida;	Fomentar uma aliança terapêutica positiva (empatia e acordo quanto aos objectivos e estratégias);
Explorar estilos de vinculação passados e presentes, assim como as suas expectativas, sentimentos e comportamentos;	Fomentar expectativas positivas para a mudança; Aumentar a consciência (pensamentos, comportamentos e sentimentos);
Explorar a relação terapêutica – mostrar ao paciente a ligação existente entre a relação que mantém com o terapeuta e as relações exteriores;	Fomentar expectativas positivas para a mudança; Implementar uma experiência correctiva (novos comportamentos e experiências diferentes);
Ligar experiências passadas às presentes;	Aumentar a consciência (pensamentos, comportamentos e sentimentos);
Rever modelos de funcionamento interno – ajudar o paciente a pensar, sentir e agir de formas diferentes das do passado.	Ajudar o paciente na testagem da realidade.

Tabela 1: Passos para a mudança em terapia: bases na vinculação *versus* passos gerais

A teoria da vinculação assume que a mudança e o desenvolvimento cognitivo, social e emocional ocorrem dentro do contexto de relações significativas com os outros e, como já foi dito, isto também se aplica na relação estabelecida com o terapeuta e nos objectivos propostos por uma terapia baseada na teoria da vinculação. No mesmo seguimento, Davila e Levy (2006) referiram que duma perspectiva da teoria da vinculação, o alvo principal da psicoterapia deve ser a mudança do modelo de funcionamento interno do paciente (composto pelas mudanças cognitivas, sociais e emocionais experienciadas ao longo da vida). Mesmo que este modelo tenha sido uma adaptação necessária face às vicissitudes das suas experiências precoces, presumivelmente, no presente, já não são adaptativas. No entanto, o estudo de Dolan et al. (1993) revelou que o conceito de modelo de funcionamento interno, varia conforme o estilo de vinculação, e que pode ser mais fácil ou mais difícil mudar esse modelo, dependendo do respectivo estilo. Indivíduos com uma vinculação segura permitem que nova informação seja revista nas expectativas presentes para que a mudança possa ser afectada. O modelo de funcionamento interno de indivíduos com vinculação insegura tende a ser rígido e permitir menos incorporação de nova informação no processo de mudança. Assim, o terapeuta deve ter uma compreensão do padrão de vinculação do paciente e formular uma aliança funcional.

Platts et al. (2002) caracterizaram os vários estilos de vinculação que podem interferir no decorrer do processo terapêutico. Indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-evitante podem negar a importância de manter relações interpessoais, podendo chegar a negar a sua necessidade em pedir ajuda. Isto, para se protegerem da possibilidade do prestador de cuidados não estar disponível (como acontecia no passado). Com indivíduos com um estilo de vinculação insegura-ambivalente/resistente o terapeuta deve evitar tomar conta do paciente, mas sim ajudá-lo a tomar o controlo ou comando da

sua vida. Por norma, pessoas com este estilo de vinculação são menos capazes de colaborar com o terapeuta. Podem tentar verificar a disponibilidade do terapeuta, ligar entre consultas e pedir sessões extras, tornando-se dependentes do mesmo. Pode acontecer nestes casos haver transferência. O paciente vê o terapeuta como uma fonte de ajuda e como acha que este tem disponibilidade insuficiente, acaba por sentir e demonstrar hostilidade contra o terapeuta. Também pode haver episódios de contra-transferência, sentindo-se o paciente irritado, confuso e deslumbrado. O terapeuta pode tentar organizar e estruturar o paciente ambivalente, mas apenas com muita disponibilidade e tolerância, ao longo do tempo, para lidar com a fragmentação e caos que estes pacientes podem sentir e transmitir. A decisão de terminar ou reencaminhar um processo terapêutico, assim como a forma e melhor altura para o fazer, devem levar em conta e abordar os aspectos inerentes à vinculação e aos modelos de funcionamento interno dos pacientes.

### **Vinculação e aliança terapêutica na psicoterapia infantil**

A aliança terapêutica confiante, a empatia e a sensibilidade da resposta, com a reconhecida importância da dimensão não-verbal, são os traços distintivos das abordagens clínicas baseadas na teoria da vinculação (Moralès-Huet, 2002/2004).

Muitos artigos têm sido publicados no que respeita à importância da teoria da vinculação na psicoterapia infantil. Baseando-se na verificação de que as representações maternas, na vinculação insegura, estão geralmente associadas a uma falta de sensibilidade aos sinais do bebé, foram desenvolvidos dois grandes tipos de intervenção. Uns, de inspiração mais “educativa” e comportamental, que visam modificar a qualidade das respostas parentais, e outros, que visam modificar determinadas representações maternas enraizadas nas experiências de vinculação precoces dolorosas e interromper o risco de transmissão intergeracional (Moralès-Huet, 2002/2004). Publicações que expõem intervenções baseadas neste modelo têm sido muito divulgadas, ao ponto de Eagle (2006) falar “numa necessidade desenfreada em oferecer teorias baseadas na vinculação” (p. 1086). Exemplos são - trabalhos de investigadores australianos acerca de terapia pais-criança – *Parent and Child Therapy* – propícia a crianças dos 4 aos 12 anos que não tenham beneficiado da terapia familiar (Chambers, Amos, Allison & Roeger, 2006); o trabalho de Frazier e Levine (1983) onde descrevem a terapia de revinculação com crianças até aos 4 anos, vítimas de abuso; ou ainda, o trabalho de Marty, Readdick e Walter (2005) acerca do papel dum prestador de cuidados não parental (p.e. educadores) na criação de uma vinculação segura entre a díade, através do aumento de tempo diário face-a-face e da vinculação/relação entre o bebé e os pais e vice-versa - entre muitos outros. Em 2006, numa secção especial do *Journal of Clinical and Consulting Psychology*

acerca de vinculação, três trabalhos importantes na área da vinculação e psicoterapia infantil foram publicados – Hoffmann, Marvin, Cooper e Powell (2006) que publicam os resultados positivos obtidos com a intervenção em díades pais-crianças em idade pré-escolar com a técnica do “Círculo Seguro” (educação parental e psicoterapia); Toth, Rogosch, Manly e Cicchetti (2006) mostraram como um grupo de mães diagnosticadas com depressão major a seguir ao parto, que foram alvo de psicoterapia da díade pais-bebé, passaram, numa grande maioria dos casos, dum estilo de vinculação inseguro a seguro, aos 36 meses de idade da criança; e VanZeijl et al. (2006) concluíram que famílias com filhos dos 12 aos 36 meses, em risco para problemas de externalização, beneficiaram de um programa de intervenção individualizado, no contexto familiar, recorrendo ao vídeo-feedback para promover uma parentalidade positiva e disciplina sensível e, conseqüentemente, diminuir os problemas de externalização das crianças.

No entanto, reportando ainda ao trabalho de Eagle (2006), este aponta a necessidade de distinguir o “trigo do joio”, pois muitas intervenções “têm pouco a ver com a teoria (ou investigação) da vinculação, mas são, sim, constituídas por princípios terapêuticos e atitudes gerais que eram agora rotuladas e vistas como intervenções baseadas na teoria da vinculação” (p. 1086). Um exemplo dado pelo autor, refere-se à tabela 1 apresentado neste trabalho, ou seja, aos próprios passos propostos por Bowlby. Como é facilmente percebido pela comparação das colunas da tabela, estes passos podem facilmente ser descritos numa linguagem não relacionada com a teoria da vinculação e são já uma parte integrante de algumas abordagens psicoterapêuticas, como a interpessoal e a psicodinâmica. Eagle (2006) refere que é importante que os teóricos e investigadores consigam descrever o mais detalhadamente possível, em que medida a teoria da vinculação contribui para uma determinada psicoterapia, ou intervenção específica, e refere os três estudos publicados na secção especial como exemplos disso mesmo, referindo o exemplo de Hoffmann et al. (2006) que chega, inclusive, a ensinar os pais o essencial da teoria da vinculação.

Muitos dos programas de intervenção terapêutica com base na teoria da vinculação têm sido dirigidos à intervenção pais-bebé ou criança pequena. O alvo principal das publicações parecem ser as intervenções precoces que possam prevenir dificuldades ao nível interpessoal, na confiança nos outros e psicopatologia no futuro desenvolvimento da criança. Shirk (1998) fala mesmo em “intervenções precoces que possam prevenir o mau-trato da criança e a violência doméstica e que podem limitar eficazmente o desenvolvimento de esquemas interpessoais desadaptativos” (p. 11/12) na criança. Caso contrário, ter-se-ia de recorrer a estratégias compensatórias, ou seja, em vez de mudar os esquemas em si, utilizar recursos que amenizassem esses esquemas. Também Baradon, Sinason e Yabsely (1999), no seu trabalho acerca da psicoterapia infantil, referem a

primeira infância (dos 9 aos 18 meses) como um “período crítico para intervenções que promovam o desenvolvimento normativo das funções psicológicas” (p. 49). Referem que uma criança nesta idade pode beneficiar seriamente duma nova experiência de “parentalidade sensata” e que assim que este ponto crucial se perde, o potencial de uma experiência correctiva pode estar diminuído. Finalmente, referência a Fonagy (1998) que publicou um artigo que realça a importância e a necessidade justificada e desejável de intervenções preventivas no campo da saúde mental infantil, realçando as três modalidades peremptórias – treino parental precoce, o aumento duma vinculação segura e a facilitação do desenvolvimento de uma função reflectora.

Por outro lado, existem outros estudos que se reportam mais especificamente a um aspecto muito relacionado com a vinculação, o modelo de funcionamento interno. Shirk e Russel (citado por Shirk, 1998) identificaram e conceptualizaram três grandes mecanismos da relação terapêutica como factores de mudança, dois deles muito importantes e relacionadas com os esquemas interpessoais. O primeiro envolvia a relação terapêutica como uma experiência correctiva. Na essência, a relação terapêutica oferece uma oportunidade para a construção de novas expectativas acerca de como os outros significativos podem reagir ao nosso *self*. As respostas do terapeuta à criança, que sejam discrepantes com expectativas consolidadas, oferecem evidências, na forma de uma acção, que podem potencialmente refutar o esquema interpessoal. O progresso terapêutico depende das acções do terapeuta que contrariam crenças disfuncionais ocultas. No entanto, ainda residem várias dúvidas nesta área, como por exemplo, se apenas a experiência de uma relação discrepante é suficiente para promover a mudança terapêutica. O segundo factor de mudança refere-se à aliança terapêutica propriamente dita. Um laço positivo entre o terapeuta e a criança funciona como promotor da colaboração em tarefas psicoterapêuticas específicas. Shirk e Saiz (1992) mostram que uma aliança positiva está associada com o aumento da participação por parte da criança em tarefas na terapia, tais como confidenciar problemas e discutir sentimentos e emoções.

No entanto, um número muito reduzido de estudos tem sido realizado relacionando os estilos de vinculação da criança aos pais com a aliança terapêutica na psicoterapia infantil. Alguns estudos têm sido elaborados sobre a aliança na psicoterapia infantil, lançando hipóteses acerca da possível correlação com a vinculação (Shirk & Saiz, 1992), outros na terapia familiar, já relacionaram as duas variáveis (Johnson, Ketring, Rohacs & Brewer, 2006) e alguns foram já elaborados com a população adolescente (Barlow, 2003). Estes últimos dois estudos, revelam uma relação entre a vinculação com a mãe e a qualidade da aliança terapêutica com adolescentes, referindo ainda, o primeiro, o sentimento de confiança da mãe no seu filho mais velho, e o segundo, a importância da vinculação aos pares, também como preditores da aliança terapêutica.

DeVet et al. (2003) referem várias teorias que podem estar relacionadas com a formação de uma boa aliança terapêutica. Entre as quais, encontra-se a teoria da vinculação e a referência aos trabalhos de Shirk e Saiz (1992). Estes autores lançam a hipótese dos estilos de vinculação estarem intimamente ligados a outros tipos de relacionamento, entre os quais, aquele que existe com um terapeuta. Fundamentam esta hipótese no facto de crianças com relações positivas com os pais conseguirem produzir expectativas favoráveis nos outros relacionamentos enquanto crianças. Por outro lado, crianças com relações adversas com os pais, tendem a ter expectativas negativas quanto aos outros e aos relacionamentos. Assim, a vinculação segura precoce e as relações positivas no presente com os pais podem ter um papel muito importante no desenvolvimento de um laço forte entre a criança e o terapeuta. No estudo de DeVet et al. (2003) os resultados obtidos mostraram-se consonantes com a teoria da vinculação e as ideias propostas por Shirk e Saiz (1992). As relações das crianças com as mães estavam positivamente relacionadas com a sua percepção da aliança com o terapeuta. Crianças com pobres relações com as mães tinham maior probabilidade em ter mais dificuldades em estabelecer uma boa relação com os seus terapeutas. No entanto, pode-se também colocar a hipótese que se estas crianças têm más relações com as mães também podem estar ressentidas por estarem em terapia, o que levaria também à maior dificuldade em estabelecer uma forte ligação com o terapeuta.

Outra teoria importante levantada por este estudo – teoria cognitiva social – sugere que a auto-avaliação e os estilos atribucionais são importantes para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva. Por exemplo, se uma criança não se avalia como necessitando de mudança comportamental ou emocional, ela estará, à partida, menos motivada para iniciar e envolver-se num processo psicoterapêutico. Também Shirk e Saiz (1992) referem este aspecto como importante e falam no desenvolvimento e melhoria nos processos de auto-avaliação com a idade e conforme a criança vai desenvolvendo processos cognitivos mais sofisticados e sabendo utilizar a comparação social.

Um estudo muito interessante publicado por Garber (2004) relata a importância de uma boa relação de vinculação com a aliança terapêutica, tanto da criança como dos pais. A abordagem desta publicação centra-se num aspecto fulcral da psicoterapia infantil, que é a capacidade para mediar as relações com todos os intervenientes na terapia – criança, pai, mãe e outros. O autor aborda este assunto do ponto de vista das crianças com prestadores de cuidados em conflito e realça a importância de estabelecer uma boa aliança com todos os elementos para que não haja uma alienação do terapeuta, perante o seu paciente central, a criança. Esta preocupação assenta em dois grandes princípios. Primeiro, o facto das crianças nesta posição beneficiarem muito da psicoterapia por estarem maior risco de desenvolvimento de problemas sociais e emocionais, mas ao

mesmo tempo encontrarem-se numa situação em que há uma grande probabilidade de alienação do terapeuta. E em segundo lugar, as representações que a criança faz, tanto das figuras parentais como do terapeuta, estarem dependentes tanto do estilo de vinculação e conseqüentemente, do modelo de funcionamento interno, como também da interacção directa que a criança tem com as personagens, mas igualmente com os relatos que um terceiro partido possa fazer acerca das mesmas. Daí, principalmente em famílias com maior risco de alienação terapêutica, como é o caso dos casais divorciados, com violência doméstica ou em batalha judicial pela custódia dos filhos, é muito importante o terapeuta integrar todos os elementos familiares importantes, para que nenhum se sinta posto de parte e possa vir a comprometer o sucesso terapêutico da pessoa que mais precisa, a criança. Assim, é muito importante o terapeuta estabelecer uma boa aliança com todos os elementos, e tomar precauções, delineando e estruturando desde o início o funcionamento da terapia – questões temporais e espaciais das reuniões com os pais, que tipo de informação vai ser trocada, questões de confidencialidade, etc. – e avaliar periodicamente o nível de satisfação e a aliança que detém com todos os elementos.

Num passado recente, as abordagens tradicionais psicoterapêuticas têm tentado tornar-se cada vez mais integrativas e ecléticas. Assim, a psicoterapia infantil, com uma abordagem cognitivo-comportamental e integrativa pode tornar-se um exemplo de como é possível levar em conta todos os factores que se têm vindo a discutir ao longo desta primeira parte do trabalho, como sendo importantes, na mudança e sucesso terapêutico. Ter em conta os estilos de vinculação e a importância da relação (abordagem tradicionalmente interpessoal), compreender os esquemas, crenças e modos de funcionamento interno (abordagem cognitiva), quase sempre geradas no seio do contexto relacional da vinculação, ouvir e integrar os vários elementos importantes da família e/ou rede social (abordagem familiar e sistémica), tentando levar em conta as suas visões do mundo – devido à intergeracionalidade da vinculação – podem ser uma receita integrativa para criar uma forte aliança terapêutica (factor geral), otimizar resultados e conduzir à mudança.

## **Instrumentos de Avaliação**

### **Aliança Terapêutica em crianças e famílias**

A única medida de aliança terapêutica especificamente elaborada a pensar na população infantil (7 aos 12 anos) é a *Therapeutic Alliance Scale* (Shirk & Shaiz, 1992). Esta escala foi construída a nível conceptual, baseada na teoria de Bordin, que dividiu a aliança em três aspectos – concordância nos objectivos terapêuticos, colaboração nas

tarefas terapêuticas e o laço afectivo entre a criança e o terapeuta. Assim, seria possível distinguir entre factores interpessoais e técnicos nos resultados do processo terapêutico. Este aspecto permitiria que a relevância transteórica da escala aumentasse. No estudo original, a amostra foi recolhida num contexto de internamento com 62 crianças (com resultados elevados para problemas internalizadores e externalizadores, avaliados pelo *Child Behavior Checklist*) e tendo em conta o ponto de vista da criança e do terapeuta. A medida inclui duas sub-escalas: negatividade e laço. Era pedido à criança para responder ao questionário por outro colaborador que não o próprio terapeuta. Os resultados mostraram consistências internas aceitáveis ( $\alpha > 0.72$  e  $0.74$ , respectivamente, para as escalas de laço e negatividade na versão da criança, e,  $0.88$   $0.72$ , respectivamente para a versão do terapeuta). Para além disso, os resultados indicaram uma correlação entre ambas as perspectivas (principalmente na sub-escala de laço), mostrando que é seguro inferir a qualidade da relação através de qualquer um dos pontos de vista. Consequentemente, resultados mais elevados na sub-escala do laço, indicavam resultados mais elevados na colaboração nas tarefas terapêuticas, o que também apoia a ideia de que a afectividade ou o laço criado na relação terapêutica, facilita o envolvimento nas tarefas.

O 16º relatório do *Best Practices in Children's Mental Health* (2006) foi dedicado à revisão da literatura sobre aliança terapêutica com crianças e famílias. Na secção dedicada aos instrumentos de avaliação foram mencionados vários instrumentos que avaliam a criança, o adolescente, o terapeuta, os pais e/ou uma combinação das várias perspectivas.

A *Working Alliance Scale* de Horvath & Greenberg (1989) tem sido usada para avaliar crianças, adolescentes e diversos membros da família. Este instrumento tem sido usado primariamente na avaliação de adultos e consiste em 12 itens que podem ser aplicados ao terapeuta, paciente e observador e avaliam objectivos, tarefas e o laço da aliança. Numa versão de 1996, DiGiuseppe, Linscott e Jilton adaptaram a linguagem para uma população adolescente (dos 11 aos 18 anos) e esta tem vindo a demonstrar consistência interna adequada ( $\alpha > 0.90$ ).

Outra escala que também nasceu numa versão inicialmente elaborada para adultos, A *Vanderbit Therapeutic Alliance Scale*, foi adaptada e usada na terapia familiar com adolescentes por Diamond, Liddle, Hogue e Dakof (1999). Também aqui a consistência interna tem demonstrado ter um nível elevado ( $\alpha = 0.95$ ). Esta escala pode ser respondida tanto pelo adolescente, como pelo terapeuta ou pelo prestador de cuidados e avalia duas dimensões: mutualidade / empatia e relação de trabalho colaborante.

A *Adolescent Therapeutic Alliance Scale*, também foi elaborada especificamente para adolescentes, a partir do instrumento referido anteriormente por Faw, Hogue, Johnson,

Diamond e Liddle (2005). É uma escala de observação com 14 itens. A consistência interna do instrumento é adequada ( $\alpha > 0.90$ ).

De forma a avaliar as múltiplas percepções de aliança na terapia familiar, foi elaborada a *Integrative Psychotherapy Alliance Scale* (Dozier et al., 1998; Quinn et al., 1997). Combina escalas individuais, familiares e de casal que avaliam o laço, as tarefas e os objectivos e podem ser medidas pelas dimensões interpessoais eu-terapeuta, grupo-terapeuta e outro-terapeuta. Todas as escalas e dimensões mostraram ter uma correlação estatisticamente significativa.

E por fim, o *Therapy Process Observational Coding System – Alliance scale*, de McLeod e Weisz (2005) para avaliar pais e crianças nas dimensões de laço e tarefas. As versões para pais e crianças parecem ser independentes, não evidenciando correlações significativas. A versão da criança mostrou uma consistência interna de  $\alpha = 0.95$ , enquanto que a dos pais um valor de  $\alpha = 0.89$ .

### **Vinculação nas crianças em idade escolar**

Dwyer (2005) publicou recentemente um artigo que resume o estado de arte da avaliação da vinculação em crianças da idade escolar. No seu artigo fala da importância da avaliação da vinculação levar em conta aspectos desenvolvimentistas, pois o comportamento de vinculação altera-se após a infância e na pré-escola, por exemplo, as crianças desenvolvem as suas capacidades cognitivas, assim como as suas competências sociais, e começam a compreender melhor a perspectiva do outro. Assim, conseguem pensar na perspectiva do prestador de cuidados e levam em conta os objectivos, as motivações e os sentimentos destes, quando pensam e planeiam objectivos relacionados com a vinculação. A presença ou ausência da figura parental deixa de ter tanta importância, aumentando, no entanto, a importância da expectativa acerca da responsividade e disponibilidade da figura de vinculação.

A autora deste artigo divide a sua revisão em medidas baseadas na entrevista e as medidas de auto-relato. No primeiro caso, assume-se que se consegue aceder ao estado mental do sujeito quanto à vinculação através do conteúdo e qualidade das suas narrativas da relação com os pais, evocadas através da entrevista (Crowell, Fraley & Shaver, 1999). No segundo caso, assume-se que os indivíduos conseguem descrever eficazmente os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos relativos à vinculação (Crowell et al., 1999). As medidas de auto-relato levantam algumas questões importantes, como por exemplo, será que um indivíduo consegue reportar sobre os seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos relativos à vinculação? Os mecanismos de defesa e evitamento que muitas vezes podem mascarar relatos individuais são as questões que mais são levantadas quanto à validade destas medidas. No entanto,

instrumentos com itens bem elaborados podem tentar avaliar estas mesmas questões e a aplicação de uma escala de avaliação a outros avaliadores (como os pais) pode suprimir e ajudar a ultrapassar estas dificuldades.

Os instrumentos revistos por Dwyer (2005) são instrumentos que avaliam a vinculação em crianças de várias idades. Vamos só fazer referência aos instrumentos que podem ser usados em crianças de idade escolar (entre os 6 e os 12 anos).

Quanto a instrumentos de auto-relato a *Security Scale* (Kerns, Klepac & Cole, 1996) avalia as percepções de segurança na relação pais-criança., com itens que tocam aspectos das crenças da criança na responsividade e disponibilidade da figura de vinculação, o uso da figura da vinculação pela criança como porto seguro e o relato da criança da comunicação com a figura de vinculação. A consistência interna foi encontrada em várias amostras – 0.64 a 0.93 com a mãe e 0.83 a 0.88 com o pai (apesar de apenas metade dos estudos avaliarem esta variável). Esta amostra é maioritariamente norte-americana, caucasiana e de classe socioeconómica média. O coeficiente de correlação teste-reteste é de 0.75 e foi encontrada estabilidade temporal na relação com o pai do 3º para o 5º ano de escolaridade, apesar do mesmo não se ter sucedido na relação com a mãe.

Outro instrumento de auto-relato é o *Coping Strategies Questionnaire* (Finnegan, Hodges & Perry, 1996) que avalia em duas sub-escalas diferentes o uso de estratégias de coping preocupadas (*versus* não preocupados) e evitante (*versus* não evitante) com a figura de vinculação em situações *stressoras* do dia-a-dia que requeiram regulação emocional. Os autores consideram que não deve ser usada como medida de avaliação de segurança ou insegurança de vinculação, pois não avalia a percepção da criança quanto à responsividade e disponibilidade do prestador de cuidados.

Também a *Inventory of Parent and Peer Attachment* de Armsden e Greenberg (1987) mede a segurança sentida em relação às figuras de vinculação e a zanga e desvinculação para com os mesmos. Com uma amostra de crianças do 5º e 6º ano de escolaridade verificou-se uma consistência interna alta, com alfas entre os 0.90 e 0.93 para a relação de vinculação com a mãe e com o pai (Coleman, 2003).

Nas medidas de auto-relato é importante mencionar o *Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência* de Carvalho e Baptista (2006), que para além de ser um questionário de auto-avaliação é também de hetero-avaliação parental, debruçando-se sobre um conjunto de comportamentos e representações de vinculação na infância e adolescência. O questionário é constituído por 37 itens avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos que se referem à frequência (desde Nunca (1) a Sempre (5)). A partir do somatório obtém-se três dimensões: vinculação segura; vinculação ansiosa/ambivalente e vinculação evitante. Num primeiro estudo foi utilizada uma amostra

de 577 crianças entre os 7 e os 17 anos. Em ambas as versões a consistência interna demonstrou ser adequada, com valores superiores a 0.70. No mesmo estudo, encontrou-se uma concordância moderada entre os relatos dos jovens e os relatos dos progenitores. Este instrumento mostrou também ser válido na avaliação do temperamento e da ansiedade social, tendo-se concluído que a vinculação insegura estava correlacionada com um temperamento difícil, emocionalidade negativa e ansiedade social (Carvalho, Soares & Baptista, s/data). Num segundo estudo com 320 crianças entre os 10 e os 17 anos os resultados confirmaram-se e, assim como no primeiro, suportam a adequação de um modelo tridimensional correlacionado pela vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante.

Quanto às técnicas projectivas as mais utilizadas na avaliação da vinculação é o *Separation Anxiety Test* (SAT) – entrevista semi-estruturada que avalia os pensamentos e sentimentos das crianças face à vinculação, com base na observação de figuras de episódios de separação - e tarefas que envolvem completar histórias, seja com bonecos (*Modified Doll Completion Task* de Granot e Maysel, 2001), ou com recurso às novas tecnologias, como o computador (*Computerized MacArthur Story Stem Battery* de Minnis et al., 2006). Estas tarefas são utilizadas maioritariamente com crianças mais pequenas por serem mais apelativas e conseguem levar ao interesse e motivação das mesmas. No entanto, uma adaptação do SAT para crianças mais velhas - *SAT: Resnick System* – foi desenvolvida especialmente por Resnick (1993) para crianças entre os 11 e os 14 anos. Os procedimentos da entrevista são baseados na versão de Kaplan (1987), assim como na versão original de Hansburg (1972). No entanto, os cenários de separação são mais severos do que na versão de Kaplan. As respostas da criança a perguntas abertas e fechadas são avaliadas de acordo com as seguintes categorias: abertura e vulnerabilidade emocional; evitamento de relações de vinculação; auto-culpabilização; resistência; “zanga preocupada”; deslocamento de sentimentos; ansiedade (optimismo/pessimismo); e coerência do guião.

Quanto às medidas em formato de entrevista há que destacar duas: a *Attachment Interview for Children and Adolescents* (Ammaniti, van IJzendoorn, Speranza & Tambelli, 2000) e a *Child Attachment Interview* (Target, Fonagy & Shmueli-Goetz, 2003).

A primeira é uma adaptação da AAI (Adult Attachment Interview) para usar com crianças em idade escolar e início da adolescência. Assim como no AAI, as crianças são questionadas acerca das suas relações com os seus pais, acontecimentos relacionados com a vinculação e a maneira como as suas relações precoces influenciam a sua personalidade actualmente. As respostas são analisadas de acordo com o sistema de codificação da AAI, com ênfase mais na estrutura da entrevista do que no seu conteúdo. Neste mesmo artigo, os autores avaliaram crianças entre os 10 e os 14 anos e verificou-se

uma concordância de 82% entre as 4 formas de classificação e uma concordância entre avaliadores aceitável.

O último instrumento também é uma adaptação da AAI, que foi desenvolvida para avaliação de crianças entre os 7 e os 12 anos, activando o sistema de vinculação da criança de forma a obter informação relacionada com a vinculação. Esta entrevista foca-se em acontecimentos presentes relacionados com a vinculação e representações da relação actual entre pais e criança. Os autores concluíram que existe uma concordância e estabilidade entre avaliadores aceitável.

## **MÉTODO**

### **Objectivos e Hipóteses**

As investigações com adultos (e algumas com crianças) têm vindo a concluir ao longo dos anos que existe uma relação entre o estilo de vinculação aos prestadores de cuidados e a aliança terapêutica estabelecida com o psicólogo (Barlow, 2003; Black et al., 2005; Dolan et al., 1993; Johnson et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). Ambas as variáveis implicam factores de envolvimento e intimidade emocional com outra pessoa e também aspectos de confiança e segurança no outro para explorar aspectos emocionais, comportamentais, cognitivos e outros. Assim sendo, e partindo deste pressuposto, já vários estudos foram feitos relacionando estas variáveis, especialmente com a população adulta. No entanto, será interessante compreender se o mesmo se passa na psicoterapia infantil, compreendendo a interacção não só paciente (criança) – terapeuta, mas também do terceiro elemento, o prestador de cuidados.

O objectivo deste trabalho é obter mais informação acerca da vinculação e da aliança terapêutica na psicoterapia infantil. Assim, este estudo pretende compreender se existe uma correlação entre estilos de vinculação (seguro, ansiosa/ambivalente e evitante) na criança e a qualidade da aliança com o terapeuta, para além de verificar se existe uma concordância entre as perspectivas dos diferentes envolvidos no processo psicoterapêutico, quanto a estas mesmas variáveis.

Este trabalho levanta várias questões. Uma primeira questão consiste em compreender qual a relação entre as várias perspectivas dos elementos envolvidos em terapia. Será que existe uma correlação entre a perspectiva da criança e do terapeuta quanto à qualidade da aliança? E entre o terapeuta e os pais? Mais ainda, será que existe uma concordância entre os 3 elementos, ou seja, entre as diferentes 4 interacções possíveis de avaliar? O estudo de Kazdin et al. (2006) recorreu à Escala de Aliança Terapêutica para crianças de Shirk & Saiz (1992) e nos seus resultados encontrou uma

correlação entre a percepção de aliança terapêutica da criança e do terapeuta (principalmente mais na 8ª sessão do que na 4ª). Também o estudo original que foi feito para desenvolver este instrumento descreveu que a qualidade da aliança e igualmente predizível seja avaliada pela criança ou pelo terapeuta. Espera-se neste estudo encontrar uma correlação entre a perspectiva da criança e do terapeuta, tal como descrito nestes últimos dois estudos que têm como base a avaliação da aliança com o mesmo instrumento.

Quanto à perspectiva pais-terapeuta o único estudo que avalia a correlação entre as variáveis é o de Kazdin et al. (2006), que encontra uma correlação moderada entre ambas ( $r = 0,34$  no somatório de ambas as sessões, a 4ª e a 8ª), tendo utilizado a *Working Alliance Scale* (Horvath & Greenberg, 1999). Apesar de mais um ou outro estudo ter em conta a aliança entre pais e terapeuta, o objectivo maior tem sido a sua correlação com medidas de eficácia e resultados do processo terapêutico. Assim, e tendo em conta que neste trabalho irá usar-se a mesma medida (mas na forma reduzida e tradução portuguesa) espera-se que uma relação moderada possa ser encontrada entre a perspectiva da mãe ou pai e a do terapeuta, quanto à aliança terapêutica.

Na mesma linha de comparar perspectivas, pretende-se perceber quanto à vinculação, se há ou não concordância entre a auto-avaliação da criança e a hetero-avaliação do pai ou mãe. O estudo de Carvalho et al. (s/data) confirmam uma correlação moderada e espera-se neste estudo que essa mesma relação sobressaia entre as duas perspectivas.

Apesar de mais questões se levantarem neste estudo, pouca investigação tem sido elaborada tendo em conta este tema, o que torna difícil levantar hipóteses quanto às mesmas. Nesse caso, o trabalho pretende ser exploratório quanto a uma série de relações analisadas. Por exemplo, um dos principais objectivos do estudo é tentar responder à pergunta: será que os estilos de vinculação da criança estão relacionados com a qualidade da aliança terapêutica? Apesar de haver uma sugestão que sim, não existem investigações que correlacionem directamente os diferentes estilos de vinculação da criança com a aliança terapêutica na psicoterapia infantil. O estudo de Black et al. (2005) com adultos, mostra que a vinculação segura está correlacionada com uma aliança terapêutica mais forte e a vinculação insegura (ansiosa-resistente) com uma aliança mais pobre. O estudo com adolescentes em terapia familiar de Johnson et al. (2006), falam de uma correlação entre a confiança que existe entre o jovem e a mãe e uma maior aliança, assim como Barlow (2003) chega à mesma conclusão, usando o conceito de vinculação como uma soma entre variáveis de confiança, comunicação e alienação. Por último, DeVet et al. (2003) também sugere os mesmos resultados que os estudos anteriores, tendo se baseado na aceitação/rejeição da criança pela mãe. Assim, nenhum dos estudos com

crianças fala dos diferentes estilos de vinculação. Este estudo pretende explorar em que medida a vinculação segura, ansiosa-ambivalente e evitante (avaliada pela criança e pela mãe ou pai) está ou não relacionada com a aliança terapêutica. Como questões secundárias, pretende-se compreender se algumas variáveis demográficas, como a idade dos participantes, ano de escolaridade da criança, número da sessão e o tempo de experiência do terapeuta têm alguma influência em qualquer uma das variáveis estudadas.

Resumindo, levantam-se as seguintes hipóteses:

1. Espera-se que haja uma correlação positiva entre a perspectiva da criança e do terapeuta quanto à aliança terapêutica;
2. Espera-se que haja uma correlação moderada entre a perspectiva dos pais e do terapeuta quanto à aliança terapêutica;
3. Espera-se que exista uma concordância entre o estilo de vinculação descrito pela criança e o percebido pelo prestador de cuidados;

### **Instrumentos**

Baseado tanto na revisão de literatura dos instrumentos para avaliação de vinculação e aliança terapêutica para a faixa etária das crianças em idade escolar, como nos objectivos deste estudo, optou-se pela utilização dos seguintes instrumentos:

- Escala de Aliança Terapêutica da Criança – versão, paciente e terapeuta - tradução de Isabel Sá e Patrícia Saramago (2007) da *Therapeutic Alliance Scale* (Shirk & Saiz, 1992) para avaliar a aliança terapêutica na díade criança – terapeuta, visto ser a única medida, das revistas, que se propõe avaliar a aliança especificamente em crianças a partir dos 7 anos. Na tradução portuguesa só estão a ser analisados os valores totais, daí serem apenas esses os considerados neste estudo, excluindo as sub-escalas da versão original mencionadas acima.

- Inventário de Aliança de Trabalho para Adultos (WAI-s-ad(t)) traduzido por P.P. Machado da versão reduzida (Tracey & Kokotovic, 1989) do instrumento original de Horvath & Greenberg (1986) para avaliar a aliança entre prestadores de cuidados e terapeuta, visto ser uma medida com bons níveis de consistência interna e um instrumento que tem sido aplicado várias vezes em muitos outros estudos.

- Inventário de Vinculação para Crianças e Adolescentes (Carvalho & Baptista, 2006) para medir o estilo de vinculação da criança (visto por 2 pontos de vista distintos). Esta medida pareceu a ser mais adequada para o âmbito deste estudo, pois é uma versão já validada na população portuguesa e que se destina às faixas etárias pretendidas,

avaliando estilos de vinculação de acordo com os princípios de Bowlby (1975;1980;1990) e Ainsworth (1978;1989).

### **Participantes**

Para este estudo foi recolhida uma amostra clínica de conveniência. Dos 24 sujeitos avaliados, dois foram invalidados, tendo a amostra final ter sido constituída por 22 crianças e respectiva mãe ou pai e 8 psicólogos. Todas as crianças da amostra estavam a ser seguidas em consulta de Psicologia na prática privada e as suas idades variavam entre os 7 e os 12 anos, sendo 14 rapazes e 8 raparigas.

Quanto aos prestadores de cuidados, participaram 18 mães e apenas 4 pais. Mais uma vez, é de frisar que a amostra foi de conveniência, e neste caso, quem estava presente na sessão era quem respondia aos questionários. No caso de estarem os dois, o casal escolhia quem iria responder. As suas idades variaram entre os 28 e os 57 anos.

Por último, 8 terapeutas participaram no estudo, 7 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, que participaram com diferente número de casos. As idades dos terapeutas estavam compreendidas entre os 24 e os 41 anos e o tempo de experiência entre os 18 e os 84 meses.

### **Procedimento**

Após consentimento informado do prestador de cuidados, procedeu-se à aplicação dos questionários à amostra referida atrás. A aplicação foi feita maioritariamente pela autora do estudo, tendo em casos pontuais, o próprio psicólogo pedido aos pais e à criança para preencher os questionários sozinhos. No entanto, preferiu-se a aplicação por uma pessoa estranha ao processo terapêutico, para tentar minimizar a possibilidade das crianças e pais responderem de forma socialmente desejável aos questionários sobre a aliança terapêutica. A criança respondia à EATC e ao IVIA, os pais respondiam ao WAI e ao IVIA e o terapeuta respondia ao EATC e ao WAI. Para além dos questionários foi passada uma folha para recolher informações sócio-demográficas acerca da criança, pais e terapeuta.

Após a recolha dos questionários os dados foram inseridos numa base de dados, tendo-se utilizado o Statistical Package for Social Sciences (versão 16.0) para fazer a análise estatística.

Este estudo pretende ser descritivo e correlacional.

## ANÁLISE DE RESULTADOS

### Descrição da Amostra

#### O Paciente

Neste estudo a população alvo era crianças em idade escolar que estivessem em consulta de Psicologia. Assim, numa amostra de conveniência clínica, aplicaram-se os instrumentos a 22 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, com uma média de idades de 9,09 e  $\sigma = 1,95$ , frequentando em média o 3º ano de escolaridade. 63,6% eram do sexo masculino e 36,4% do sexo feminino. As crianças usufruíam de consultas de Psicologia no sector privado e encontravam-se em média com 14,86 sessões, com  $\sigma = 10,32$ , estando a maioria das crianças numa fase intermédia do processo terapêutico (68,2%), enquanto 18,2% se encontravam numa fase inicial e 13,6% já numa fase final. Quanto às queixas e motivos de referenciação ou procura de ajuda psicológica, 45,5% das crianças recorreu ao serviço por queixas emocionais, 40,9% por queixas comportamentais e uma percentagem de 13,6% recorreu aos serviços com queixas combinadas de problemas comportamentais e emocionais. 95,5% das crianças eram caucasianas, sendo apenas uma das crianças de etnia africana (4,5%). Quanto ao agregado familiar, estas crianças provinham de famílias com uma média de 3,60 pessoas, com um  $\sigma = 0,91$ . Numa perspectiva qualitativa, 50% dos agregados familiares das crianças eram famílias nucleares com irmãos, enquanto que 22,7% das famílias eram nucleares e a criança não tinha irmãos. Quanto a famílias monoparentais, a amostra era constituída por 9,1% de famílias deste tipo com irmãos, e 9,1% sem irmãos. Por último, 4,5% das famílias eram reconstituídas (ou seja, os pais haviam casado de novo) sem irmãos e outros 4,5% com irmãos.

**Tabela 2**  
**Médias (ou percentagens) e desvios-padrão da Amostra (crianças)**

Características	Média ou %	Desvio-Padrão
Nº da Sessão	14,86	10,315
Fase do Processo Terapêutico		
Inicial	18,2	
Intermédio	68,2	
Final	13,6	
Sexo do Paciente		
Masculino	63,6	
Feminino	36,4	
Idade do Paciente	9,09	1,95
Ano de Escolaridade	3,68	1,81
Queixa/Motivo de Referenciação		
Comportamental	40,9	
Emocional	45,5	
Comportamental e Emocional	13,6	
Número de Pessoas no Agregado Familiar	3,60	0,91
Família Nuclear s/ Irmãos	22,7	

Família Nuclear c/ Irmãos	50
Família Monoparental s/ Irmãos	9,1
Família Monoparental c/ Irmãos	9,1
Família Reconstituída s/ Irmãos	4,5
Família Reconstituída c/ Irmãos	4,5
Etnia do Paciente	
Caucasiana	95,5
Negra	4,5

### Os pais

Para além das 22 crianças, foram aplicados questionários aos 22 prestadores de cuidado que acompanhavam os seus filhos às consultas. Nesta amostra participaram 81,8% de mães e 18,2% de pais, estando todas estas crianças, portanto, aos cuidados dos progenitores. A idade dos pais nesta amostra variou entre os 28 e os 57 anos, sendo a média de idades de 39,55 com  $\sigma = 6,23$ . Quanto ao estado civil, 77,3% da amostra era casada, 18,2% divorciada e 4,5% vivia em união de facto, sendo 95,5% da amostra de etnia caucasiana e 4,5% negra. Quanto ao nível sócio-económico, esta amostra caracterizou-se por possuir maioritariamente estudos universitários (59,1%), com 45,5% dos pais licenciados, 9,1% com bacharelato e 4,5% com estudos superiores a uma licenciatura. Para além disso, 31,8% destes pais frequentaram o ensino secundário. Apenas 9% dos pais tinham estudos de nível igual ou inferior ao 9º ano. Profissionalmente, 31,8% dos pais trabalhavam no sector da Administração e Secretariado, 22,7% na área da Gestão e Economia e 18,2% na área da Educação. Para além disso, 9,1% dos participantes eram domésticas e outros 9,1% trabalhavam em profissões técnicas. Casos excepcionais, foram pais estudantes (4,5%) e que trabalhavam na área da Política (4,5%).

**Tabela 3**  
**Médias (ou percentagens) e desvios-padrão da Amostra (pais)**

Características	Média ou %	Desvio-Padrão
Relação com o Paciente		
Pai	18,2	
Mãe	81,8	
Idade	39,55	6,23
Escolaridade		
1º-6º Ano	4,5	
7º-9º Ano	4,5	
10º-12º Ano	31,8	
Bacharelato	9,1	
Licenciatura	45,5	
> Licenciatura	4,5	
Área Profissional		
Doméstica	9,1	
Educação	18,2	
Administração e Secretariado	31,8	
Gestão e Economia	22,7	
Estudante	4,5	

	Política	4,5
	Profissões Técnicas	9,1
Estado Civil	Casada/o	77,3
	União de Facto	4,5
	Divorciada/o	18,2
Etnia	Caucasiana	95,5
	Negra	4,5

### O terapeuta

Finalmente, a terceira parte da amostra era composta pelos psicólogos que acompanhavam as crianças em consulta. Neste caso, não houve 22 psicólogos, mas sim 8 psicólogos, que trabalhavam em clínicas privadas que contribuíram com o número de casos que acompanhavam dentro da faixa etária pretendida naquele momento. Dos 8 psicólogos, 87,5% (n=7) eram do sexo feminino e 12,5% (n=1) do sexo masculino. No entanto, a análise das médias e percentagens foi feita tendo em conta a proporção dos casos com os quais cada terapeuta participou. Assim, sendo 90,9% da amostra foi constituída por psicólogas e 9,1% por psicólogos. As suas idades estavam compreendidas entre os 24 e os 41 anos, com uma média de 32,14 e  $\sigma = 5,06$ , sendo o tempo médio de experiência dos terapeutas de 44,73 com  $\sigma = 25,09$ . Todos os terapeutas neste estudo eram de etnia caucasiana.

**Tabela 4**  
**Medias (ou percentagens) e desvios-padrão da Amostra (terapeutas)**

Características	Média ou %	Desvio- Padrão
Sexo		
Masculino	9,1	
Feminino	90,9	
Idade	32,14	5,06
Tempo de Experiência (em meses)	44,73	25,90

### Resultados da Aliança Terapêutica

Para avaliar a aliança terapêutica foram passados quatro questionários. A Escala de Aliança Terapêutica (versão paciente – EATC-FP - e versão terapeuta – EATC-FT), constituído por uma escala de Likert de 1 a 4 e a Working Alliance Scale (versão pais – WAI-FP - e versão terapeuta – WAI-FT), que variava numa escala de 1 a 7.

A média dos resultados obtidos neste estudo com a EATC-FP foi de 3,35, com  $\sigma = 0,38$  e com a EATC-FT uma média de 2,92, com  $\sigma = 0,44$ . É visível que a criança cota, de uma forma geral, mais positivamente o terapeuta, do que o contrário. Quanto à relação da díade pais-terapeuta, a WAI-FP teve uma média de 6,39, com  $\sigma = 0,49$  e a WAI-FT, uma

média de 5,71, com  $\sigma = 0,75$ , repetindo-se o padrão dos pais cotarem mais positivamente o psicólogo do que o contrário. Não se compararam estes resultados com aqueles obtidos em estudos anteriores por dois motivos. Primeiro, os outros estudos usaram a maior parte das vezes os valores totais obtidos na escala e não a média. No entanto, como os estudos que estão a ser elaborados em Portugal estão a usar a média, adoptou-se essa mesma abordagem. Em segundo lugar, versões reduzidas do questionário estão a ser utilizadas nesta tradução portuguesa dos instrumentos.

**Tabela 5**  
**Médias e desvios-padrão dos Questionários sobre a Aliança Terapêutica**

Escalas de Aliança Terapêutica	Média	Desvio-Padrão
EATC-FP	3,35	0,38
EATC-FT	2,92	0,44
WAI-FP	6,39	0,49
WAI-FT	5,71	0,75

De forma a compreender se esta amostra tinha uma distribuição normal, foi aplicado o Teste de Shapiro-Wilk (pois a amostra era inferior a 30). Conclui-se que em relação aos resultados obtidos na Aliança Terapêutica a amostra tem tendencialmente uma distribuição normal, variando obviamente quanto à maior ou menor significância da mesma. No entanto, os dados relativos ao questionário de aliança terapêutica – perspectiva dos pais (WAI-FP) – não apresenta uma distribuição normal, como se pode observar na tabela 6. Assim, nas correlações envolvendo esta escala, será usada a estatística de Spearman, contrariamente às outras escalas, com distribuição normal, onde se usará a correlação de Pearson.

**Tabela 6**  
**Valores obtidos no teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade da distribuição dos resultados da aliança terapêutica**

EATC-FP	EATC-FT	WAI-FP	WAI-FT
<b>0,06*</b>	<b>0,84*</b>	0,04	<b>0,26*</b>

\*  $p < 0,05$

Conclui-se nesta amostra que existe uma correlação positiva significativa moderada (num intervalo de confiança de 95%) entre a versão do terapeuta e do paciente ( $r = 0,44$ ) Ou seja, quanto melhor o paciente avalia a aliança com o terapeuta, melhor o terapeuta avalia a relação com o paciente e vice-versa. Como se pode observar na tabela 7, também a perspectiva dos pais e do terapeuta apresentam uma correlação moderada significativa ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ). Avaliaram-se todas as outras combinações de perspectivas para compreender se haveriam mais relações significativas e conclui-se que a perspectiva

da criança acerca da aliança com o psicólogo e a perspectiva dos pais acerca do mesmo, estavam positivamente correlacionadas ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tabela 7**  
**Correlação entre as diferentes perspectivas sobre a aliança terapêutica**

	EATC-FP	EATC-FT	WAI-FP	WAI-FT
EATC-FP				
EATC-FT	<b>0,44*</b>			
WAI-FP	<b>0,43*</b>	0,32		
WAI-FT	0,30	0,32	<b>0,42*</b>	

\*  $p < 0,05$

### Resultados da Vinculação

Para avaliar a vinculação foram utilizados dois questionários. O Inventário da Vinculação para a Infância e Adolescência (versão auto-avaliação – IVIA-AA - e versão hetero-avaliação – IVIA-HA), constituído por uma escala de Likert de 1 a 5 e por 3 sub-escalas: vinculação segura (VS), com 14 itens; vinculação ansiosa-ambivalente (VAA), com 13 itens; e vinculação evitante (VE), com 10 itens.

A vinculação segura aparece como tendo uma média de 56,09 e  $\sigma = 9,45$  na auto-avaliação e de 49,68 na versão da hetero-avaliação ( $\sigma = 4,69$ ). Já no caso da vinculação ansiosa-ambivalente, a versão de auto-avaliação teve uma média de 29,95 e  $\sigma = 8,07$  e a hetero-avaliação uma média de 33,50 e  $\sigma = 8,65$ . Por fim, a vinculação evitante, aparece com uma média de 23,36 e  $\sigma$  de 6,47 na versão de auto-avaliação e média de 23,95 e  $\sigma$  de 4,70 na versão de hetero-avaliação.

**Tabela 8**  
**Médias e desvios-padrão dos Questionários sobre a Vinculação**

Escalas dos Questionários de Vinculação	Média	Desvio-Padrão
IVIA_AA_VS	56,09	9,45
IVIA_AA_VAA	29,95	8,07
IVIA_AA_VE	23,36	6,47
IVIA_HA_VS	49,68	4,69
IVIA_HA_VAA	33,50	8,65
IVIA_HA_VE	23,95	4,79

Em relação aos dados obtidos quanto à vinculação, voltou-se a recorrer à estatística de Shapiro-Wilk. Conforme se pode verificar na tabela 9, apenas a escala de vinculação segura e evitante na forma de auto-avaliação, não correspondem a uma distribuição normal, pertencendo a maioria das variáveis a esta distribuição. Assim, serão usadas as análises estatísticas utilizando estas variáveis, tendo estes factores em conta, como foi feito no caso da aliança terapêutica.

**Tabela 9****Valores obtidos no teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade da distribuição dos resultados da vinculação**

	IVIA-AA-VAA	IVIA-AA-VS	IVIA-AA-VE	IVIA-HA-VAA	IVIA-HA-VS	IVIA-HA-VE
	<b>0,88*</b>	0,001	0,01	<b>0,34*</b>	<b>0,27*</b>	<b>0,62*</b>

\* p &lt; 0,05

De forma a comparar os resultados descritivos deste instrumento com o estudo original de Carvalho, Soares e Baptista (s/ data) recorreu-se ao teste t-student, com recurso a uma média populacional estimada a partir de uma amostra aleatória. Assim, utilizando as médias do estudo original e as do presente estudo, procedeu-se a uma comparação, chegando-se aos resultados descritos na tabela 10. Comparando com o estudo original o dado mais dispare e o único que apresenta uma diferença estatisticamente significativa é a da hetero-avaliação da vinculação ansiosa-ambivalente, aparecendo no estudo original com uma média de 28,10 com  $\sigma = 7,30$  e no presente estudo com uma média de 33,50 e  $\sigma = 8,65$ . Todas as outras variáveis são semelhantes ao estudo original. Deve ter-se em conta, que a vinculação segura e evitante na forma de auto-avaliação, não têm uma distribuição normal, portanto não deveriam ser submetidos a este tratamento estatístico. Assim sendo, os resultados obtidos nessas duas sub-escalas são limitados e devem ser interpretados tendo em conta essa mesma limitação.

**Tabela 10****Comparação das médias obtidas nas diferentes sub-escalas do questionário de vinculação do actual estudo com o estudo original**

	IVIA-AA-VAA	IVIA-AA-VS	IVIA-AA-VE	IVIA-HA-VAA	IVIA-HA-VS	IVIA-HA-VE
Média Actual	29,95	56,09	23,36	33,50	49,68	23,95
Média Original	28,90	52,10	23,90	28,10	50,40	23,30
Diferença	1,05	3,99	-0,53	5,40	-0,71	0,65
Significância	0,54	0,07	0,70	<b>0,008*</b>	0,48	0,52

Outra análise relevante que foi feita no estudo anterior, foi tentar compreender se em cada perspectiva existe ou não uma correlação entre as sub-escalas. Recorreu-se novamente à correlação de Pearson e Spearman para compreender se existia alguma relação entre as mesmas. Nenhum resultado apareceu como sendo estatisticamente significativo. No estudo de Carvalho et al. (s/ data) encontrou-se uma correlação moderada entre as escalas de vinculação ansiosa-ambivalente e evitante na versão de auto-avaliação ( $r = 0,35$ ) e correlações nulas nas outras sub-escalas de auto-avaliação. No presente estudo nenhum resultado foi significativo. Apesar do valor encontrado na relação entre a vinculação ansiosa-ambivalente e evitante ser semelhante ( $r = 0,30$ ), os restantes valores variaram bastante, como se pode ver na tabela 11. Na versão de hetero-avaliação, também Carvalho et al. (s/ data) encontraram uma correlação significativa entre as

mesmas escalas ( $r = 0,47$ ) e uma correlação negativa não significativa entre as restantes escalas ( $r = -0,13$ ). No presente estudo, voltou a não encontrar-se resultados significativos, apesar de também se terem encontrado valores negativos nas correlações das restantes sub-escalas.

**Tabela 11**  
**Correlação entre as sub-escalas dos questionários de vinculação**

	Auto-Avaliação		Hetero-Avaliação	
	IVIA-AA-VAA	IVIA-AA-VS	IVIA-HA-VAA	IVIA-HA-VS
IVIA-AA-VAA			IVIA-HA-VAA	
IVIA-AA-VS	0,37		IVIA-HA-VS	-0,26
IVIA-AA-VE	0,30	-0,08	IVIA-HA-VE	0,08
				-0,22

\* $p < 0,05$

Por fim, para tentar compreender se existia alguma correlação entre a versão de auto-avaliação e a de hetero-avaliação, procedeu-se a uma correlação bivariada de Pearson e de Spearman onde não se obteve qualquer correlação significativa, como é possível verificar na tabela 12. No caso da vinculação segura obteve-se  $r = 0,04$  enquanto no estudo original foi de  $r = 0,30$ . Quanto à vinculação ansiosa-ambivalente, obteve-se o valor de  $r = 0,23$ , quando no estudo original foi de  $r = 0,33$ . E, finalmente, na vinculação evitante os valores obtidos neste estudo são de  $0,19$ , enquanto no estudo original se obteve uma correlação moderada de  $0,31$ .

**Tabela 12**  
**Correlação entre os resultados obtidos na auto-avaliação e hetero-avaliação do IVIA**

	Auto-Avaliação		
	VAA	VS	VE
Hetero-Avaliação	0,23	0,04	0,19

$p < 0,05$

### **Correlação entre a Aliança Terapêutica e a Vinculação**

De um modo geral, compararam-se os resultados obtidos nas escalas de aliança terapêutica e de vinculação. Recorreu-se novamente à correlação de Pearson e de Spearman e encontraram-se os valores sistematizados na tabela 13. Como resultados significativos, é visível que as crianças que se auto-avaliaram como ansioso-ambivalentes cotam valores mais elevados na escala de aliança terapêutica ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,05$ ), isto é, quanto mais ansiosas, mais positivamente percebem a aliança com o terapeuta. Já as crianças que se auto-avaliaram como tendo um estilo de vinculação evitante, apresentam uma correlação negativa com a aliança terapêutica, como vista pelo terapeuta ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,05$ ), o que quer dizer que quanto mais elevados os valores na escala de vinculação

evitante, mais negativamente é avaliada a aliança terapêutica com a criança pelo psicólogo. Por fim, as crianças com uma hetero-avaliação de vinculação segura, apresentaram uma correlação positiva com a perspectiva do psicólogo sobre a aliança com os pais ( $r= 0,42$ ;  $p<0,05$ ), isto é, o terapeuta tem maior tendência a avaliar a aliança com os pais positivamente, quanto mais seguras as crianças.

**Tabela 13**  
**Correlação geral entre os resultados da aliança terapêutica e da vinculação**

	IVIAAAVAA	IVIAAAVS	IVIAAAVE	IVIAHAVAA	IVIAHAVS	IVIAHAVE
EATC-FP	<b>0,51*</b>	0,42	-0,09	0,14	-0,04	-0,07
EATC-FT	-0,05	0,06	<b>-0,52*</b>	0,07	0,15	-0,37
WAI-FP	0,32	0,08	0,05	0,03	0,37	-0,02
WAI-FT	0,19	0,02	-0,28	0,19	<b>0,42*</b>	0,09

\*  $p < 0,05$

Como o objectivo do estudo pretendia analisar se cada estilo de vinculação estava ou não relacionado com a aliança terapêutica, decidiu-se partir a amostra em sub-amostras de acordo com o estilo de vinculação e fazer-se dessa forma as correlações. No caso das sub-amostras consoante os estilos de vinculação delineados pela auto-avaliação, todos os grupos mostraram ter uma distribuição normal, portanto utilizou-se a correlação de Pearson. Como se pode observar na tabela 14 apenas houve resultados significativos para o grupo do estilo de vinculação segura, estando a aliança terapêutica entre a díade criança – terapeuta positivamente correlaciona ( $r= 0,55$ ;  $p< 0,05$ ). Também houve uma correlação entre a perspectiva da criança sobre o terapeuta e a avaliação do terapeuta dos pais ( $r= 0,63$ ;  $p<0,05$ ). É importante referir que a soma do número de crianças em cada amostra é maior que 22 (o número da amostra inicial), porque algumas crianças responderam de forma significativa tanto na escala de estilo ansioso-ambivalente, como no estilo evitante. Neste caso, repetiram-se esses dados em cada uma dessas sub-escalas.

**Tabela 14**  
**Correlação entre a qualidade da aliança terapêutica consoante o estilo de vinculação da criança (auto-avaliado)**

	EATC-FP			EATC-FT			WAI-FP		
	VAA (n=5)	VS (n=8)	VE (m=7)	VAA (n=5)	VS (n=8)	VE (m=7)	VAA (n=5)	VS (n=8)	VE (m=7)
EATC-FP									
EATC-FT	0,79	<b>0,55*</b>	0,19						
WAI-FP	0,22	0,21	0,35	-0,29	0,28	0,39			
WAI-FT	0,33	<b>0,63*</b>	-0,20	-0,07	0,31	0,48	0,19	0,30	0,76

\*  $p < 0,05$

Repetiu-se o mesmo processo, mas tendo em conta a hetero-avaliação que os pais fizeram acerca dos estilos de vinculação dos seus filhos. Neste caso, como apenas a sub-

amostra respeitante à versão do terapeuta do WAI, não seguia uma distribuição normal, utilizou-se a correlação de Spearman para esse caso e em todos os outros a correlação de Pearson. Também nesta amostra apareceu como significativo no grupo com vinculação segura a aliança terapêutica da díade criança – terapeuta ( $r= 0,80$ ;  $p < 0,05$ ). A correlação entre a perspectiva da criança sobre o terapeuta e a avaliação do terapeuta acerca dos pais reaparece como sendo significativa, contudo, desta vez, com uma correlação mais forte e significativa ( $r= 0,91$ ;  $p < 0,01$ ). Para além disso, neste grupo, também existe uma correlação positiva significativa entre a perspectiva do terapeuta acerca da aliança com a criança com a perspectiva do mesmo acerca da relação que tem com os pais da criança ( $r= 0,80$ ;  $p < 0,05$ ). Finalmente, no grupo de crianças hetero-avaliadas como tendo um estilo de vinculação ansioso-ambivalente, existe uma correlação positiva significativa entre a perspectiva dos pais e do terapeuta acerca da aliança terapêutica ( $r= 0,66$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tabela 15**  
**Correlação entre a qualidade da aliança terapêutica consoante o estilo de vinculação da criança (hetero-avaliado)**

	EATC-FP			EATC-FT			WAI-FP		
	VAA (n=5)	VS (n=8)	VE (m=7)	VAA (n=5)	VS (n=8)	VE (m=7)	VAA (n=5)	VS (n=8)	VE (m=7)
EATC-FP									
EATC-FT	0,28	<b>0,80*</b>	0,51						
WAI-FP	0,26	0,43	0,57	0,30	0,59	0,52			
WAI-FT	-0,31	<b>0,91**</b>	-0,37	0,16	<b>0,80*</b>	-0,39	<b>0,66*</b>	0,27	0,74

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

### Outros factores analisados

Um dos objectivos deste estudo era ser descritivo em relação ao máximo de variáveis possíveis envolvidas neste trabalho, pois toda a informação relativamente a este tema é sempre de grande relevância. Mais especificamente, o intuito seria analisar outros factores derivados dos dados demográficos recolhidos juntamente com os questionários. No entanto, devido ao número reduzido desta amostra, apenas foi possível analisar alguns desses dados.

Assim, foi feito um estudo correlacional entre a aliança terapêutica e uma série de variáveis demográficas ordinais e contínuas, recorrendo a correlações, de Pearson ou de Spearman, conforme o tipo de distribuição. Do conjunto de variáveis analisadas, apenas a idade dos pais e do terapeuta seguiam uma distribuição normal. Nas análises estatísticas efectuadas encontrou-se uma correlação negativa muito significativa entre a idade dos pais e a avaliação que estes fazem da aliança com os psicólogos dos seus filhos ( $r= -0,54$ ;  $p < 0,01$ ), o que indica que quanto mais novos os pais, mais negativamente avaliaram a sua aliança com o terapeuta. O mesmo aconteceu no sentido contrário, isto é, uma

correlação negativa entre a idade dos pais e a avaliação que o terapeuta faz da sua aliança com os mesmos ( $r = -0,44$ ;  $p < 0,05$ ), ou seja, quanto mais novos os pais, mais negativa a percepção de aliança do terapeuta para com eles. Para além disso, também se evidenciou uma correlação negativa entre o ano de escolaridade da criança e a avaliação que o terapeuta faz da aliança com os pais da criança ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,01$ ). Finalmente, verificou-se uma correlação positiva significativa entre a idade do terapeuta e a avaliação que o terapeuta faz acerca da qualidade da aliança com os pais da criança ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ), mostrando que quanto mais velho o psicólogo, mais positivamente este avaliou a sua relação com os pais dos seus pacientes.

**Tabela 16**  
**Correlação entre outras variáveis demográficas e a aliança terapêutica**

	EATC-FP	EATC-FT	WAI-FP	WAI-FT
Nº da Sessão	0,02	-0,21	0,02	-0,18
Idade do Paciente	-0,01	0,18	0,03	-0,25
Ano de Escolaridade	-0,13	0,12	-0,07	<b>-0,43*</b>
Idade dos Pais	-0,02	0,12	<b>-0,54**</b>	<b>-0,44*</b>
Idade do Terapeuta	0,23	-0,10	0,16	<b>0,43*</b>
Tempo de Experiência do Terapeuta	-0,15	-0,19	0,01	-0,19

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Repetiu-se o mesmo processo para cruzar resultados da vinculação com dados demográficos. Novamente, antes de escolher qual a estatística correlacional a utilizar, avaliou-se o tipo de distribuição das amostras, tendo apenas a idade dos pais uma distribuição normal. Ao cruzarem-se as variáveis - idade do paciente, ano de escolaridade, nº de pessoas no agregado familiar e idade dos pais - com as escalas de vinculação, não se obtiveram quaisquer valores significativos.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a análise dos resultados é possível verificar que as hipóteses levantadas para este estudo, baseadas na revisão de literatura, foram maioritariamente apoiadas.

No primeiro caso, verificou-se que existia uma correlação positiva significativa entre a perspectiva da criança e do psicólogo, acerca da aliança terapêutica. Neste estudo, foi possível observar uma correlação moderada ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,05$ ). Estes resultados vão ao encontro do estudo de Kazdin et al. (2006) que verificaram uma correlação de  $r = 0,31$  ( $p < 0,01$ ) para fases iniciais do processo terapêutico (às 4 semanas) e  $r = 0,43$  ( $p < 0,01$ ) para fases mais tardias (às 8 semanas). No total dos valores, ou seja, na soma dos valores obtidos na fase inicial e tardia do processo terapêutico, os valores obtidos foram de  $r = 0,44$  ( $p < 0,01$ ). Neste estudo a amostra encontrava-se em média na 14ª sessão ( $\sigma =$

10,32), tendo 68,2% dos psicólogos avaliado o processo terapêutico da criança em questão como estando numa fase intermédia. Assim, será mais justo comparar os resultados com aqueles obtidos no estudo de Kazdin et al. (2006) na fase mais tardia ou com o total. Percebe-se assim, que ambos os estudos chegaram a resultados semelhantes – uma correlação moderada significativa. De modo geral, estes resultados vêm reforçar também os resultados publicados por Shirk & Saiz (1992), autores do instrumento utilizado nestes estudos, que conclui que “a orientação afectiva da criança para com a aliança terapêutica, poderá ser avaliada com rigor a partir das perspectivas da criança e do terapeuta” (p. 720).

Quanto à segunda hipótese este estudo conclui que existia uma correlação moderada significativa entre a perspectiva dos pais e do psicólogo acerca da aliança terapêutica entre ambos ( $r= 0,43$ ;  $p<0,05$ ), o que também vai ao encontro dos resultados obtidos por Kazdin et al. (2006), no qual esta hipótese foi apoiada. No entanto, no presente estudo os valores obtidos foram mais elevados do que aqueles obtidos pelo autor atrás referido ( $r= 0,38$  sendo  $p<0,01$  – na fase inicial do processo terapêutico;  $r= 0,24$  sendo  $p\leq 0,05$  na fase intermédia; e  $r= 0,34$  com  $p\leq 0,01$  na soma das avaliações obtidas nos dois momentos). Há que frisar que os resultados obtidos nestes estudos foram retirados de amostras de psicoterapia infantil e não de terapia familiar. No caso do estudo de Kazdin et al. (2006) todas as crianças estavam a ser acompanhadas por comportamento de oposição, antisocial e/ou agressivo e foram submetidas a uma terapia cognitivo-comportamental, com recurso a um programa de treino de resolução de problemas. Os pais estavam activamente envolvidos na terapia, tendo também usufruído de um treino de gestão parental. No estudo presente, não foi feita uma avaliação formal das técnicas utilizadas, mas o factor comum foi a terapia estar centrada na criança (fosse com uma abordagem cognitivo-comportamental, fosse psicodinâmica). No entanto, numa observação informal, foi possível verificar que a maioria dos psicólogos incluía os pais no processo, tendo a maior parte deles chamado os pais para uma parte da consulta.

Por fim, a terceira hipótese foi refutada. Neste estudo não se encontrou qualquer correlação entre a perspectiva da criança e a dos pais na avaliação do estilo de vinculação. No estudo original, os autores referem que existia uma correlação moderada, iguais a 0,30, 0,33, e 0,31 para a avaliação da vinculação segura, ansiosa-ambivalente e evitante, respectivamente, todas significativas para  $p<0,01$ . Como não existem mais estudos até agora que tenham utilizado este instrumento, é difícil retirar conclusões com estes dados. Se por um lado, o presente estudo tem uma amostra muito mais pequena que o estudo original ( $n=22$  versus  $n=577$ ), por outro, o estudo original também não apresenta uma correlação muito forte, apesar de ser significativa. Para além disso, há que ter em conta que a amostra do presente estudo é uma amostra clínica e de conveniência,

enquanto que no estudo original a amostra foi recolhida numa amostra não-clínica. Este facto é importante quando analisamos as diferenças entre as médias das diferentes sub-escalas do estudo original com os resultados obtidos neste estudo, tendo apenas a sub-escala para a vinculação ansiosa-ambivalente na hetero-avaliação surgido como significativamente diferente.

Se juntarmos a este dado um dado obtido no estudo anterior, esta diferença torna-se ainda mais interessante. Carvalho et al. (s/data), compararam os resultados do IVIA com uma escala de desejabilidade social e enquanto que na auto-avaliação, ou seja nas crianças, nenhuma das escalas se correlacionou com essa variável, na hetero-avaliação, houve uma correlação positiva com a vinculação segura e negativa com a escalas d vinculação ansiosa-ambivalente e evitante. Primeiro, isto indica-nos que os pais demonstraram maior dependência de respostas socialmente desejáveis nessa amostra, ou seja, de avaliar os seus filhos como seguros. Em segundo lugar, contradiz com a amostra do estudo actual, onde os pais tendem a classificar mais os seus filhos como tendo uma vinculação ansiosa-ambivalente, facto perfeitamente compreensível, visto na maioria das vezes, o processo terapêutico iniciar-se baseado nas preocupações dos progenitores. Contudo, todos estes dados levantam uma questão: quem é mais eficaz a avaliar o estilo de vinculação – a própria criança ou os pais? Será importante reflectir sobre este tema no futuro.

Para concluir a discussão de resultados respeitantes aos dados da vinculação, na tabela 11, são apresentadas as correlações entre as diversas sub-escalas do IVIA. No estudo original houve uma correlação moderada entre as duas sub-escalas respeitantes à vinculação insegura. Apesar de neste estudo os resultados não terem sido significativos, numa observação qualitativa, verificou-se que várias crianças apresentavam resultados significativos tanto na escala da vinculação ansiosa-ambivalente, como na evitante, não tendo o mesmo acontecido para mais nenhuma combinação de sub-escalas. Isto faz levantar algumas questões: será que as crianças inseguras, tendem a ter traços típicos de ambos os estilos ou será que deveria ser estudado um estilo de vinculação que conjuga uma ambivalência entre o estilo ansioso e evitante? Novas questões pertinentes para futuras investigações se levantam.

Quanto à questão fundamental deste trabalho – será que existe uma relação entre os estilos de vinculação e a aliança terapêutica – chegaram-se a resultados interessantes. De um modo geral, comparando as respostas dadas nas escalas de aliança e nas de vinculação, conclui-se que a vinculação segura (hetero-avaliada) estava correlacionada com uma perspectiva mais positiva da aliança terapêutica por parte do psicólogo. Para além disso, e contrariamente ao que havia sido descrito num estudo com adultos citado neste trabalho (Black et al., 2005), a vinculação ansiosa-ambivalente (auto-avaliada) está

positivamente correlacionada com a aliança terapêutica, como percebida pela criança. Por fim, a aliança terapêutica entre a díade criança-terapeuta está negativamente correlacionada com a vinculação evitante, quando avaliada pelo terapeuta, ou seja, quanto mais a criança se avalia como evitante, menor a qualidade de aliança sentida pelo terapeuta.

Numa análise mais pormenorizada, e após a divisão das crianças em grupos correspondentes às suas avaliações de vinculação, voltou-se a repetir a estatística e concluiu-se, na versão de auto-avaliação, que apenas no grupo das crianças que se avaliaram como seguras, os resultados das correlações eram significativos. A díade criança-terapeuta apresentava mais concordância quanto a uma qualidade positiva da aliança ( $r = 0,55$ ;  $p < 0,05$ ), assim como também este fenómeno se repetia quanto à concordância entre a perspectiva da criança sobre a aliança com o terapeuta e a deste sobre a aliança com os pais ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,05$ ). Poderá levantar-se a hipótese de que será mais fácil para os elementos envolvidos na terapia terem níveis positivos e concordantes quanto à aliança, quando a criança tem um estilo de vinculação segura. Isto faz todo o sentido, se nos apoiarmos na bibliografia sobre a vinculação, que nos diz que crianças avaliadas como seguras mostram ter relações de melhor qualidade com irmãos e amigos; características positivas como autonomia e auto-confiança; mais entusiasmo, persistência e cooperação na resolução de problemas e melhores competências de regulação emocional (Berlin & Cassidy, 1999; Sroufe et al., 2005; Steele & Steele, 2005), tudo características facilitadoras do processo terapêutico e da mudança.

Na mesma análise, mas com as avaliações da vinculação sendo feitas a partir da perspectiva dos pais, apareceram os mesmos resultados que no caso anterior, mas com correlações mais fortes e significativas. No caso da díade criança-terapeuta a correlação com a vinculação segura foi de 0,80 sendo o  $p < 0,05$  e a perspectiva da criança sobre o psicólogo e deste sobre os pais, obteve uma correlação de 0,91 com a vinculação segura, com um  $p \leq 0,01$ . No entanto, nesta análise, outros valores sobressaíram. No caso da vinculação segura, também a perspectiva do terapeuta acerca da aliança com a criança e a dos pais em relação ao terapeuta, mostrou ter uma correlação elevada (0,80;  $p < 0,05$ ). Finalmente, os pais das crianças avaliadas como ansioso-ambivalentes mostraram ter um nível de concordância entre as suas avaliações positivas da formação da aliança.

Assim, quanto à questão da relação entre os estilos de vinculação e a aliança terapêutica foi possível constatar, que existe uma correlação positiva entre a vinculação segura e a aliança terapêutica, que aumentou significativamente quando a amostra foi partida de acordo com as classificações da vinculação. Apesar das medidas utilizadas serem diferentes e a população também variar, este dado vai ao encontro de outros estudos que pretenderam correlacionar a relação entre um paciente e o seu terapeuta e a

relação que o paciente tinha com os progenitores (Barlow, 2003; Black, et al., 2005; DeVet et al., 2003; Johnson, et al., 2006).

Quanto aos estilos inseguros, os mesmos estudos reportam que uma qualidade inferior de vinculação ou uma vinculação insegura, conduz a uma menor aliança terapêutica. Nos resultados deste estudo, apenas na análise geral é que esse dado foi corroborado, pois observou-se que as escala de vinculação evitante (auto-avaliada) estava negativamente correlacionada com aliança entre a criança e o terapeuta, do ponto de vista do último, ou seja, era mais difícil para o psicólogo avaliar positivamente a aliança, quanto mais as crianças pontuavam na escala de vinculação evitante. Este dado é compreensível se tivermos em conta as características das crianças evitantes: têm mais dificuldades nas relações com os pares, principalmente se estas implicam contacto físico próximo e/ou emocional; são mais isoladas ou emocionalmente distantes; no relacionamento com adultos, demonstram dependência através da procura de contacto, mas não nos momentos em que estão com algum problema, mas fora desses momentos, onde se tentam aproximar discretamente (Sroufe et al., 2005).

Contrariamente, na análise à vinculação ansioso-ambivalente, aparece tanto na análise geral, como na análise mais pormenorizada (versão de hetero-avaliação), positivamente correlacionada com a aliança terapêutica, no primeiro caso, na perspectiva da criança e no segundo na perspectiva do terapeuta acerca dos pais. Se nos voltarmos a basear na teoria, sabemos que crianças com este estilo de vinculação tendem a procurar a interacção com os pares, apesar de terem alguma dificuldade ao nível do relacionamento interpessoal, o que os leva a não conseguir iniciar e/ou manter as relações, levando à frustração (Sroufe et al., 2005). Talvez por isso, estas crianças avaliem positivamente a relação com o terapeuta. Primeiro, já é característico elas procurarem uma interacção e segundo, porque desta vez a pessoa que está do outro lado não desiste e mantém a relação a funcionar, independentemente das características da criança, o que já não acontece no dia-a-dia, na escola, por exemplo. Finalmente, o facto do terapeuta percepcionar mais positivamente a aliança que tem com os pais de crianças, tanto com vinculação segura, como ansiosa-ambivalente, pode prender-se a vários factores que devem ser estudados mais aprofundadamente – objectivos terapêuticos, relação de trabalho, empatia, intergeracionalidade da vinculação, isto é, as características das crianças serem semelhantes às dos pais, que poderia explicar o mesmo padrão na comparação com a aliança terapêutica, etc.

Finalmente, este trabalho propunha-se analisar outros factores demográficos que pudessem interagir com as duas principais variáveis – a aliança e a vinculação. No entanto, como amostra era pequena, era difícil parti-la em sub-amostras para fazer algumas comparações, principalmente com as variáveis nominais como, por exemplo, o

sexo. Assim sendo, avaliou-se a correlação entre a aliança terapêutica e o número de sessões, a idade do paciente e o tempo de experiência do terapeuta, não se obtendo quaisquer valores significativos. No entanto, o ano de escolaridade da criança estava negativamente correlacionado com a forma como o terapeuta percepcionava a aliança com os pais. Para além disso, a idade dos pais tinha uma correlação negativa não só com a forma como os pais percepcionavam a aliança com o terapeuta, como o contrário também acontecia, isto é., quanto mais novos os pais, mais negativamente a aliança entre a díade foi classificada. Por fim, a idade do terapeuta surgiu como estando positivamente correlacionada com a forma como este avalia os pais, ou seja, quanto mais velho o terapeuta, melhor avalia a aliança com os pais. A mesma abordagem foi utilizada para compara a vinculação com a idade da criança, dos pais, o ano de escolaridade da criança e o número de pessoas no agregado familiar, mas não houve qualquer correlação significativa.

### **Limitações do Estudo**

Como foi sendo mencionado ao longo do trabalho, uma das principais limitações deste estudo foi a amostra. Primeiro, tratou-se de um amostra de conveniência, recolhida num curto espaço de tempo, não permitindo atender a algumas variáveis. Idealmente, este estudo deveria ter recolhido informações, no mínimo, com o triplo dos sujeitos. Primeiro, todos os dados estariam apoiados numa amostra mais forte; segundo, tornaria mais fácil a tarefa de dividi-la em sub-amostras e, conseqüentemente, fazer com que o número de sujeito de cada grupo ficasse estatisticamente mais forte. Mais ainda, o ideal seria que a amostra fosse mais homogénea quanto a múltiplas variáveis, como por exemplo, o sexo e a etnia das crianças, pais e terapeutas. Apesar das crianças não terem divergido em grande número, quanto ao sexo, no caso dos pais e dos terapeutas, havia diferenças muito grandes, tendo participado poucos homens em ambas as categorias, apesar disso já ser esperado.

Para além disso, esta amostra foi recolhida em clínicas privadas, ou seja, com uma população de nível sócio-económico médio a alto. Para tornar a amostra mais interessante, metade dela deveria ser recolhida em hospitais, juntas de freguesia ou instituições de solidariedade social, onde uma população de nível sócio-económico mais baixo também pudesse ser analisada. Claro está que isso também traria dificuldades, pois a percentagem de participações são mais reduzidas, tanto por questões de literacia e, conseqüentemente, maior dificuldade em responder a questionários, como também a outros factores ligados a absentismo e motivação. Resumindo, uma amostra maior e mais

diversificada tornaria os resultados duma investigação com este formato e objectivos não só mais significativos, como também mais interessantes.

Em segundo lugar, o instrumento escolhido para avaliar a vinculação revelou ao longo da sua aplicação, não ter sido a melhor escolha. Apesar das diferentes sub-escalas estarem construídas de uma forma que reflecte efectivamente os diferentes estilos de vinculação como estudados por Ainsworth (1979;1989) e Bowlby (1975; 1980;1990), e isso ser uma grande mais-valia quando comparado com outros questionários, a verdade é que se tornou de manuseamento mais difícil. Tanto as crianças como alguns pais tiveram dificuldades em compreender algumas das afirmações, sendo a linguagem bastante elaborada, utilizando vocabulário avançado e também de interpretação dúbia. Por exemplo, várias frases falavam de “ser dependente dos outros” ou “os outros dependerem de mim”. A maioria das crianças desta faixa etária perguntava o que isso queria dizer, ou seja, as respostas delas já foram condicionadas pela explicação que lhes foi dada acerca desse termo. O facto do inventário ter sido construído para aplicação na infância e adolescência, o vocabulário não está acessível a todos dessas faixas etárias. Para além disso, o facto de cada sub-escala ser constituída por números diferentes de itens, também torna complicado o estudo estatísticos, pois não se estão a comparar médias retiradas dum mesmo número total de respostas.

Este instrumento foi escolhido pelas inúmeras vantagens que parecia ter: o facto de ser de fácil e rápida administração; o facto de se basear verdadeiramente nos diferentes estilos de vinculação e não apenas numa classificação de proximidade ou alienação; o facto de ser português e não uma tradução; o facto de ter uma versão de hetero-avaliação que nos permite alargar o campo de estudo da vinculação. Mas, a verdade é que é um instrumento ainda em estudo e desenvolvimento e pensa-se que no futuro poderá ter grande potencialidade na avaliação dos estilos de vinculação.

Por fim, a utilização tanto do questionário da vinculação como o da aliança pode ser afectado por dados resultantes de respostas socialmente desejáveis. Apesar dos questionários terem sido aplicados por pessoas que não o psicólogo e em privacidade com cada um dos sujeitos, é possível, dada a natureza das afirmações, que alguns indivíduos tendam a responder de forma positiva e socialmente desejável.

### **Futuras Investigações**

Este estudo foi iniciado e desenvolvido pela vontade de procurar saber mais acerca da psicoterapia infantil e em particular se a teoria da vinculação, poderá estar relacionada com e facilitar a formação da aliança terapêutica. Todos os estudos que forneçam mais informações aos profissionais da sua área são uma mais-valia, principalmente se puderem ajudá-los a fazer mais e melhor. A vinculação tem vindo a ser estudada desde meados do

século XX e só mais recentemente tem voltado a suscitar interesse em todas as vertentes da psicologia: cognitivo-comportamental, psicodinâmica, familiar, saúde, neuropsicologia, etc. Ou seja, todos querem saber mais e muitos começam a dar-lhe alguma importância como “ferramenta” de trabalho. Como foi falado no enquadramento teórico, já existem muitos psicólogos a usarem conceitos retirados da teoria da vinculação para aplicar na terapia. No entanto, poucos têm sido os estudos que associam estas variáveis, principalmente na consulta com crianças. Todas as investigações que avancem mais dados neste sentido, serão de grande utilidade.

Alguns tópicos foram sendo lançados na discussão dos resultados, quanto a questões levantadas a partir deste estudo e investigações que poderão desenvolver-se a partir delas. No que respeita à aliança terapêutica, seria interessante compreender e avaliar o papel dos pais em terapia não-familiar e que variáveis aumentam a aliança com o terapeuta: serão os mesmos objectivos, a relação de trabalho, os resultados, a empatia, etc. Já alguns estudos (DeVet et al., 2003; Kazdin et al., 2005; 2006;) têm respondido a algumas destas questões, mas ainda falta saber muito mais.

Quanto à vinculação uma das principais questões que se levantou com este trabalho é: quem avalia com maior precisão o estilo de vinculação da criança a própria ou os pais? Os resultados deste estudo são discrepantes e do estudo original revelam correlações moderadas. É verdade que em termos desenvolvimentistas também se tem discutido se as crianças já são capazes ou não de conhecerem e descreverem o seu *self*, mas todos os instrumentos (à excepção dos projectivos) pedem à criança de alguma forma que fale sobre si. No IVIA as crianças só tem que avaliar em termos de frequência aquela frase, mas poderá tentar passar uma imagem positiva de si. A verdade é que as crianças neste estudo avaliaram-se menos vezes como inseguras do que os seus pais. Tendo em conta que a população é clínica e que a maioria das queixas era do foro emocional, fará sentido que a descrição dos pais corresponda mais “à realidade”. No entanto, só com mais estudos, tanto acerca da vinculação como do desenvolvimento, se poderá compreender a fundo esta questão. Isso leva-nos a outra questão. Este estudo foi baseado numa amostra clínica, ao contrário do estudo sobre o IVIA. Será de esperar que num contexto de psicoterapia as características da amostra sejam diferentes, principalmente em relação a questões do foro emocional. É importante que os estudos futuros acerca da vinculação combinem e comparem populações comuns e clínicas, ou que se intercalem e trabalhem em conjunto com investigações decorrentes no contexto clínico por natureza, ou seja, estudos sobre psicoterapia.

Ainda em relação à vinculação será importante em futuras investigações compreender melhor a relação que tem vindo a sobressair (umas vezes estatisticamente significativa, noutras apenas observações qualitativas) acerca duma correlação ou

sobreposição entre os dois estilos de vinculação insegura – a ansiosa e a evitante. Explorar se existem muitas pessoas a partilhar traços de ambos os estilos e quais esses traços, poderá levar-nos a compreender melhor esse padrão de relacionamento e a enquadrá-lo de forma adequada na teoria da vinculação.

Por fim, uma questão que suscita alguma curiosidade e que poderá ser interessante de explorar no futuro é a intergeracionalidade da vinculação. Se o fenómeno de vinculação se reflecte ao longo do ciclo de vida, então é natural que a forma como um pai ou mãe interage com o seu filho/a tenha em conta as representações mentais que ele/a têm da sua relação com os seus pais (Soares et al., 2007). Aprofundar esta questão e compreender se existe uma correlação entre o estilo de vinculação da criança e o dos seus pais, poderá ajudar-nos também a nível da intervenção psicoterapêutica e também ao nível de prevenção.

Como já tinha avançado anteriormente, existem muitas variáveis que neste estudo não foram exploradas, mas que seria muito interessante conjugar com a aliança e com a vinculação para compreender as interacções existentes (ou não) entre elas. Compreender como é que o sexo, a etnia, a fase do processo terapêutico, a natureza da problemática, o tipo de agregado familiar, o estado civil, o nível sócio-económico e escolaridade dos pais interagem com as duas variáveis principais, poderá enriquecer os nossos conhecimentos e tornar-nos psicólogos mais conscientes e alertas a todos esses sinais. Isto é importante não só para compreendermos melhor os comportamentos de cada criança, mas também para tomarmos consciência de alguns factores que poderão influenciar o nosso comportamento em consulta e que podem ser melhorados.

Finalmente, quanto à questão principal deste trabalho, penso que muitos outros estudos poderão ser feitos para respondermos melhor a esta questão. Sem dúvida, estudos com uma amostra mais alargada, que repliquem estas condições ou que acrescentem novas variáveis. Penso que será importante também, replicar esta questão de investigação, utilizando novos instrumentos e comparando os diferentes resultados. Quanto à vinculação, novos instrumentos em forma de entrevista, como o *Child Attachment Interview* (Target et al., 2003), ou os tradicionais instrumentos como o *Separation Anxiety Test* (Resnick, 1993), poderão ser utilizados para aceder, de uma forma mais lúdica e no acto contar uma história, às representações das crianças acerca deste tema.

Conclui-se com este trabalho que de facto existem relações entre os estilos de vinculação e a aliança terapêutica, apesar de muitos outros estudos serem necessários para se aprofundar esta área de conhecimento. No entanto, no presente, o conhecimento que se tem vindo a aprofundar desde os tempos de Bowlby acerca da vinculação, podem ser aplicados na realidade clínica. Já em 1988 que o autor falava na necessidade dos

psicólogos darem aos seus clientes uma base segura na qual pudessem explorar as suas problemáticas; em 1992, Shirk e Saiz, na sua publicação acerca dum instrumento de aliança, preocuparam-se e exploraram a possibilidade do terapeuta ser uma figura de vinculação que pudesse servir de modelo para o seu paciente; só agora, mais no século XXI é que têm vindo a ser construídos programas de intervenção baseados nestes ideais, (Hoffmann et al., 2006; Toth et al., 2006; VanZeijl et al., 2006).

É preciso continuar com a investigação para se poder fundamentar estes programas de intervenção, mas acima de tudo, é preciso prestar os melhores cuidados possíveis aos nossos pacientes, tentar aliviá-los do seu sofrimento e ensiná-los a viver de forma diferente e mais adaptada. A teoria da vinculação, em conjunto com tantos outros factores, teorias e técnicas, pode ajudar-nos a atingir esses objectivos, tanto na prevenção e intervenção precoce, como na formação de uma boa aliança terapêutica, como na intervenção directa na problemática. Também o psicólogo deve esforçar-se por ter uma vinculação segura com a sua profissão, tendo a sua teoria, convicções e métodos de base - a sua base segura - mas estar disponível e confiante para explorar o que o rodeia, aberto a novas ideias e abordagens, e flexível a novas formas de ver uma determinada problemática.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M., Blehar, M., Walters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). *Attachment beyond infancy*. *American Psychologist*, 44(4), 709 – 716.
- Ammaniti, M., VanIjzendoorn, M.H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2(3), 328-346.
- Armsden, G.C., & Greenberg, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427–454.
- Barandon, T., Sinason, V., & Yabsely, S. (1999). Assessment of parents and young children (Children Act 1989): A child psychotherapy point of view. *Child: Care, Health and Development*, 25 (1), p. 37-53.

- Barlow, S.M. (2003). *The relationship of adolescent attachment to parents and peers with therapeutic alliance*. PhD Dissertation in Philosophy, The Florida State University College of Human Sciences, Tallahassee.
- Benoit, D., & Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444 – 1456.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of security. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 249-264). New York: The Guilford Press.
- Berlin, L.J., & Cassidy, J. (1999). Relations among relationships: Contributions from attachment theory and research. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 688-712). New York: The Guilford Press.
- Berlin, L.J., & Cassidy, J. (2003). Mothers' self-reported control of their preschool children's emotional expressiveness: A longitudinal study of associations with infant-mother attachment and children's emotion regulation. *Social Development*, 12, 477-495.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A.R., Lambert, E.W, Doucetter, A., Sapyta, J., Boyd, A.S., Rumberger, D., Moore-Kurnot, J., McDonough, L., & Rauktis, M.B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31:2, 134-148.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 78, 363-377.
- Bowlby, J. (1975). *Attachment and loss vol. 2: Separation: anxiety and anger*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss vol. 3: Loss, sadness and depression*. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda vol. 1: Apego*. (A. Cabral & A.B. Simões, trad.). São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1969).
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds), Growing points in attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2 Serial No. 209).
- Bridges, L., Denham, S.A. & Ganiban, J. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75, 340-345.
- Carvalho, M., Soares, I., & Baptista, A. (s/data) O inventário sobre a vinculação para a infância e adolescência: Desenvolvimento e propriedades psicométricas. Trabalho não-publicado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Carvalho, M., Martins, E. C., Neves, L. & Soares, I. (2007). Vinculação e emoções. In I. Soares (Ed). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (p. 159-192). Braga: Psiquilibrios.
- Chambers, H., Amos, J., Allison, S., & Roeger, L. (2006). Parent and child therapy: An attachment-based intervention for children with challenging problems. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 27 (2), 68-74.

- Chorpita, B.E. & Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Coleman, P.K. (2003). Perceptions of parent-child attachment, social self-efficacy, and peer relationships in middle childhood. *Infant and Child Development*, 12(4), 351-368.
- Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Crowell, J.A., Fraley, R.C., & Shaver, P.R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 434-465). New York: The Guilford Press.
- Davila, J., & Levy, K. (2006). Introduction to the special section on attachment theory and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 989-993.
- DeVet, K., Kim, Y., Charlot-Swilley, D., & Ireys, H. (2003). The therapeutic relationship in child therapy: Perspectives of children and mothers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol.32, No. 2, 277-283.
- Diamond, G.M., Hogue, A., Liddle, H.A., & Dafok, G.A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy*, 36(4), 355-368.
- Diamond, G.M., Diamond, G.S., & Liddle, H.A. (2000). The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56, 1037-1050.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5, (2), 85-100.
- Dolan, R. T., Arnkoff, D.B., & Glass, C.R. (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy*, 30(3), 408 – 412.
- Dozier, R.M., Hicks, M.W., Cornille, T.A., & Peterson, G.W. (1998). The effects of Tomm's therapeutic questioning styles on therapeutic alliance: a clinical analogue study. *Family Process*, 37 (2), 189-200.
- Dwyer, K.M. (2005). The meaning and measurement of attachment in middle and late childhood. *Human Development*, 48, 155-182.
- Eagle, M. N. (2006). Attachment, psychotherapy, and assessment: A commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1086-1097.
- Faw, L., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G.M., & Liddle, H.A. (2005). The adolescent therapeutic alliance scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 141-154.
- Finnegan, R.A., Hodges, E.V.E., & Perry, D.G. (1996). Preoccupied and avoidant coping during middle childhood. *Child Development*, 67, 1318-1328.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 124-150.

- Frazier, D. & Levine, L. (1983). Reattachment therapy: Intervention with the very young physically abused child. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 20 (1), 90-100.
- Freud, S. (1968). *Obras Completas*. (trad. Ramón Rey Ardid). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva (obra original publicada em 1913).
- Garber, B.D. (2004). Therapist alienation: Foreseeing and foretelling third-party dynamics undermining psychotherapy with children of conflicted caregivers. *Professional Psychology: research and practice*, 35 (4), 357-363.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Thompson, L.W., & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pre-treatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 483-489.
- Granot, D., & Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 530–541.
- Greenberg, M. (1999). Attachment and psychopathology. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 469-496). New York: The Guilford Press.
- Grossmann, K., Grossmann, K.E., & Kindler, H. (2005). Early care and the roots of attachment and partnership representations: The Bielefeld and Regensburg longitudinal studies. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 98-136). New York: The Guilford Press.
- Guedeney, A. (2004). A teoria da vinculação: A história e as personagens. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds). *Vinculação: conceitos e aplicação* (p. 25-28). (E. Pestana, trad.) Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 2002).
- Hansburg, H.G. (1972). *Adolescent separation anxiety: Vol. 1. A method for the study of adolescent separation problems*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Hazan, C., & Shaver, P.C. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hoffmann, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 74, (6), 1017-1026.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). The development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Johnson, L.N., Ketring, S.A., Rohacs, J., & Brewer, A.L. (2006). Attachment and the therapeutic alliance in family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 205-218.
- Kaplan, N.R. (1987). *Individual differences in six-year-olds' thoughts about separation: Predicted from attachment to mother at one year*. Tese de Doutoramento não publicada, Berkley:University of California

- Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (6), 729-740.
- Kazdin, A.E., Marciano, P., & Whitley, M.K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, No. 4, 726-730.
- Kazdin, A.E., Whitley, M., & Marciano, P.L. (2006). Child-therapist and parent-therapist change in treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47:5*, 436-445.
- Kerns, K.A., Klepac, L. & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology, 32*(3), 457-466.
- Kokotovic, A.M. & Tracey, T.J. (1990), Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*(1), pp. 16-21.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*(4), 401-409.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.
- Marty, A.H, Readdick, C.A., & Walters, C.M (2005). Supporting secure parent-child attachments: The role of the non-parental caregiver. *Early Child Development and Care, 175* (3), 271-283.
- Marziali, E., & Alexander, L. (1991). The power of the therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*(3), 383-391.
- Minnis et al. (2006). The computerized MacArthur Story Stem Battery – a pilot study of a novel medium for assessing children's representations of relationships. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 15* (4), 207-214.
- McLeod, B.D. & Weisz, J.R. (2005). The therapy process observational coding system – alliance scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 323-333.
- Milijkovitch, R. (2004). Vinculação e Psicopatologia durante a infância. In N. Guedeney & A. Guedeney. *Vinculação: conceitos e aplicação* (p. 141-145) (E. Pestana, trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2002).
- Moralès-Huet, M. (2004). Contributos da teoria da vinculação para as psicoterapias pais-criança pequena. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds). *Vinculação: conceitos e aplicação* (p. 167-174). (E. Pestana, trad.) Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 2002).
- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Pinsof, W.M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12* (2), 137-151.

- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 322-348.
- Quinn, W.H, Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7 (4), 429-438.
- Resnick, G. (1993). *Measuring attachment in early adolescence: A manual for the administration, coding and interpretation of the Separation Anxiety Test for 11- to 14 year-olds*. Obra não-publicada, Westat, Rockville, MD.
- Rogers, C.R. (1983). *A terapia centrada no paciente*. (M.C. Ferreira, trad.) Lisboa: Editora Moraes (Obra original publicada em 1951).
- Schore, J.R. & Schore, A.N. (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36 (1), p. 9-20.
- Shaw, L., McMahon, B., Chan, F., & Hannold, E. (2004). Enhancement of the working alliance: a training program to align counselor and consumer expectations. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 20, 107-125.
- Shirk, S.R. (1998). Interpersonal schemata in child psychotherapy: a cognitive-interpersonal perspective. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (1), 4-16.
- Shirk, S.R., & Saiz, C.C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., & Silva, J. (2007). Vinculação e psicopatologia. In I. Soares (Ed). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (p. 193-240). Braga: Psiquilibrios.
- Soares, I., Martins, E.C., & Tereno, S. (2007). Vinculação na infância. In I. Soares (Ed). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (p. 49-98). Braga: Psiquilibrios.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for development psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-14.
- Sroufe, L.A, Egeland, B., Carlson, E.A., & Collins, W.A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 48-70). New York: The Guilford Press.
- Steele, H., & Steele, M. (2005). Understanding and resolving emotional conflict: The London parent-child project. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 137-164). New York: The Guilford Press.
- Strupp, H.H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher?. *American Psychologist*, 44(4), 717-724.

- Thompson, R. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 265-286). New York: The Guilford Press.
- Toth, S.L., Rogosch, F.A., Manly, J.T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major-depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 74* (6), 1006-1016.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van Ijzendoorn, Marian J. Bakermans-Kranenburg, M.J, Juffer, F., Stolk, M.N., Koot, H.M., & Alink, L.R.A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to-3-year old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 74* (6), 994-1005.
- Walter, U.M. & Petr, C. (2006). *Therapeutic alliance with children's and families: a review of the national literature*. Best Practices in Children's Mental Health #16, Lawrence: University of Kansas.