

**Mariana Guerra Barstad Castro Neves**

**A Relação Médico-Paciente sob a Ótica do Apego:**

**Pensando caminhos**

**Tese Doutorado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Flávia Sollero-de-Campos

Rio de Janeiro  
Março de 2018

**Mariana Barstad Castro Neves**

**A Relação Médico-Paciente sob a Ótica  
do Apego: pensando caminhos**

Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica)  
da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão  
Examinadora abaixo assinada.

**Profa. Flávia Sollero-de-Campos**

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Luciana Mendes Pessôa**

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Profa. Sara Kislanov**

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Profa. Issa Leal Damous**

Serviço de Psicologia Aplicada – UFF

**Profa. Maria Elizabeth Ribeiro**

PUC-Rio

**Monah Winograd**

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia  
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 19 de março de 2018

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

### **Mariana Guerra Barstad Castro Neves**

Psicóloga graduada pela PUC-Rio. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Especialista em Psicologia Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Especialista em Psicologia em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer/ Ministério da Saúde.

#### Ficha Catalográfica

Barstad, Mariana Guerra

A relação médico-paciente sob a ótica do apego : pensando caminhos / Mariana Guerra Barstad Castro Neves ; orientadora: Flávia Sollero-de-Campos. – 2018.

181 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Teoria do apego. 3. Relação médico-paciente. 4. Sistema de Cuidado. 5. Hematologia. I. Campos, Flávia Sollero de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Ao HUPE, minha casa, que me inspira e resiste...

Ao Leo e ao Pedro, que têm brilho no olhar...

## Agradecimentos

À Flavia Sollero-de-Campos, minha orientadora, por desde o início acreditar nessa jornada e prover o ciclo de segurança.

Ao CAPES e à PUC-Rio pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos Professores Luciana Pessôa, Sara Kislánov, Issa Leal Damous e Maria Elizabeth Ribeiro por fazerem parte da banca examinadora.

Aos médicos que aceitaram fazer parte desse trabalho, por se disponibilizarem a falar sobre suas formas de cuidarem e serem cuidados.

Aos professores da PUC-Rio pelo espaço para aprendizagem e discussão.

À Regina Pontes e Maria Cândida Soares pelo carinho, suporte e companheirismo ao longo dos anos. À comunidade AEDP por me apoiar e me inspirar.

À UDA de Psicologia Médica e Saúde Mental, especialmente Elizabeth Maria Pini Leitão, Sandra Fortes e Mariana Abreu Machado, e de Hematologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde surgiu o interesse por realizar esse trabalho, por darem espaço para plantarmos sementes.

À Cecília Rezende, Ana Paula Faulhaber e Erika Pallotino por serem gratas surpresas e fomentarem discussões e parceiras. À Tais Donati, Jaqueline Orenbuch e Gabriela Mendes pela regulação afetiva, pelas risadas e trocas constantes e profundas.

À Rafaela Grillo, pela presença fundamental, as trocas constantes e pelo auxílio na construção desse trabalho. Aos tantos amigos que me acompanham nessa jornada pelo carinho, paciência e amizade.

Ao meu marido, Pedro, por todo amor, confiança, companheirismo, paciência e orgulho que demonstrou nesse caminho. Ao Leo, por me ensinar todo dia, por perdoar as distâncias e pela possibilidade de reparações.

À minha família, meu primeiro sistema de cuidado, que mais uma vez me estimulou a explorar o mundo e mostrou que eu tinha com quem contar quando ele ficasse muito assustador.

## Resumo

Barstad Castro Neves, Mariana Guerra; Sollero-de-Campos, Flávia. **A Relação Médico Paciente sob a Ótica do Apego: Pensando caminhos.** Rio de Janeiro. 2018. 181p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A relação médico-paciente consiste numa díade que é hierarquicamente assimétrica. Uma parte cuida e a outra recebe cuidado, análogo ao que ocorre nas relações de apego. O médico teria o papel de figura de apego, possibilitando ativar o seu sistema de cuidado. O objetivo deste estudo é analisar como o sistema de cuidado está inserido na relação médico-paciente, analisando o estilo de apego do médico, além de relacioná-lo à capacidade de cuidado que o médico tem com seu paciente. Foram entrevistados onze hematologistas do Rio de Janeiro e São Paulo com experiência no SUS utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado e foi aplicado o instrumento de autorrelato EVA (Escala de Vinculação do Adulto). Após análise de conteúdo das entrevistas e análise por clusters do EVA, os médicos entrevistados apresentaram apego seguro, com aspectos defensivos evitativos e amedrontados. Quatro categorias também foram estabelecidas: experiências pessoais com medicina e/ou hematologia; especificidade da hematologia; como lidar com as questões sobre perdas; e cuidado com o outro. Conclui-se que o presente trabalho prioriza o lado do médico nesta relação, e a importância do atendimento às suas necessidades psicológicas e relacionais. Com isso, intervenções podem ser propostas à equipe de saúde, de forma a cuidar de maneira consistente destes profissionais e aprimorar sua relação com o paciente e seus familiares.

## Palavras-chave

Teoria do apego; Relação médico-paciente; Sistema de cuidado; Figura de apego; Hematologia

## Abstract

Barstad Castro Neves, Mariana Guerra; Sollero-de-Campos, Flávia (Advisor). **The doctor-patient relationship from the attachment theory's perspective: thinking pathways.** Rio de Janeiro. 2018. 181p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The doctor-patient relationship consists of a hierarchically asymmetrical dyad. One side cares and the other receives care, analogous to the attachment relationship. The doctor would have the attachment figure's role, being able to activate his or her caregiving system. The purpose of this study is to analyze how the care system is inserted in the doctor-patient relationship, analyzing the attachment style of the physician in addition to relating it to the care ability that the doctor has with his/her patient. Eleven hematologists from Rio de Janeiro and São Paulo with experience in SUS were interviewed using a semi-structured interview script and the self-report instrument AAS-R (Adult Attachment Scale-Revised) was applied. After content analysis of the interview and a cluster analysis of the AAS-R, all the doctors presented secure attachment, with avoidant-dismissing and avoidant-fearful defensive aspects. Four categories were also analyzed: personal experiences with medicine and/or hematology; hematology's specificity; how to deal with loss; and caring towards other. We concluded that the present it is important to prioritize the doctor's stance in the relationship, and to attend their psychological and relational needs. In that manner, interventions in the healthcare team can be proposed, providing the proper care to the healthcare professional, and, hence, improve their relationship with patients and their family members.

## Keywords

Attachment theory; Doctor-patient relationship; Caregiving system; Attachment figure; Hematology.



# Sumário

1. Introdução	12
2. O Desdobramento do Apego em Adultos	20
2.1. Introdução	22
2.2. Apego na vida adulta	22
2.3. Os modelos funcionais internos	23
2.4. Função reflexiva, mentalização e o desdobramento da transmissão geracional	29
2.5. O desdobramento dos estudos de apego em adultos	32
2.6. Considerações Finais	37
2.7. Referências	38
3. Perspectivas Dimensional e Categórica de Apego e seus Instrumentos: uma discussão	43
3.1. Introdução	45
3.2. Dimensões <i>versus</i> Categorias	47
3.3. Considerações Finais	56
3.4. Referências	58
4. O Sistema de Cuidado e a Relação Médico-Paciente: respondendo às necessidades do outro	61
4.1. Introdução	63
4.2. Apegando-se: o sistema de apego e o sistema exploratório	63
4.3. O Sistema de Cuidado: ser uma base segura e um porto seguro	65
4.4. Sistema de Cuidado e a Relação Médico-Paciente	68
4.5. A Relação Médico-Paciente e o Sistema de Cuidado: estando presente em momentos de necessidade	70
4.6. Considerações Finais	73
4.7. Referências	75
5. A Relação Médico-Paciente sob a Ótica do Apego: pensando caminhos	78
5.1. Introdução	80
5.2. Objetivos	81
5.3. Metodologia	82
5.4. Participantes	82
5.5. Procedimentos	82
5.6. Instrumentos	83

5.7. Cuidados Éticos	83
5.8. Análise de Resultados	84
5.9. Discussão de Resultados	90
5.10. Considerações Finais	99
5.11. Referências	101
6. Considerações Finais	105
7. Referências Bibliográficas	113
8. Anexos	122
Anexo I	123
Anexo II	125
Anexo III	127
Anexo IV	128
Anexo V	129
Anexo VI	132
Anexo VII	160

## Lista de Tabelas

Tabela I: Dados Sócio-Demográficos	84
Tabela II: Resultados EVA	85

## 1. Introdução

Desde a graduação, o cuidado na relação terapêutica sempre foi de grande interesse, seja pela transferência, contratransferência, ou aliança terapêutica. A escolha da *Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP)* como abordagem clínica também apontava para esse caminho, tendo em vista ser um modelo afetivo-relacional com base na teoria do apego, nos estudos das neurociências e nos estudos da relação mãe-bebê. Foi a partir dessa perspectiva que fui me aproximando do cuidado em apego, guiando meu olhar também na área hospitalar e da saúde.

Ao adentrar no cenário hospitalar, deparei-me com o primeiro trabalho no cuidado com a equipe, e não só com o paciente. As situações-limite vividas pela equipe, as decisões tomadas no adoecimento grave, em particular dentro de uma unidade de tratamento financiada por um sistema público de saúde, e suas limitações, chamou a necessidade para um trabalho no intuito dessa equipe ser vista e apoiada, para que assim pudesse dar suporte ao paciente e seu familiar.

Já com o olhar da teoria do apego, chamou-me a atenção como o profissional de saúde estava, muitas vezes, sob a égide de defesas muito rígidas, inflexíveis, que necessitavam estar ali para que ele mesmo não ruísse. Ao mesmo tempo, era necessário cuidar do paciente, não incomum incorrendo em processos invasivos e em obstinação terapêutica. “Quando é a hora de parar? Quem tem a melhor indicação para ocupar aquele leito?” são perguntas comuns à equipe, principalmente aos médicos.

Ao mesmo tempo, pude perceber como não é dado à equipe o espaço para o diálogo e a elaboração dos lutos intrínsecos ao trabalho. Durante o trabalho com a equipe de hematologia, pude vivenciar perdas cotidianas da equipe: paciente que não aderiu ao tratamento de uma anemia falciforme, ou que faleceu por complicações decorrentes da doença; a falha de tratamento de um paciente onco-hematológico e até mesmo a perda dos vínculos com alguns pacientes queridos.

Ao lidar com as questões do adoecimento, pacientes e profissionais de saúde se deparam com suas próprias vulnerabilidades, as possibilidades de perdas, além das emoções que permeiam esses processos. O paciente passa a ter que lidar com

a dor de ter sua integridade física ameaçada e nas consequências da enfermidade (perda de partes do corpo, interrupção de planos de vida, perda da sua rotina, convivência com a dor física e até mesmo a possibilidade de morte).

Temos ainda o profissional médico, detentor de certo saber, que tem a responsabilidade, que fundamenta sua formação, de curar o paciente, de fazê-lo viver. Por isso, muitas vezes é extremamente difícil lidar com as limitações inerentes ao campo da saúde, principalmente quando isso é exigido emocionalmente do médico. Campos (2007) vê o profissional de saúde como um cuidador sob constante tensão, tendo em vista que ele está imerso em sofrimento, vulnerabilidade. Os pacientes demandam desses profissionais, depositam neles suas expectativas e frustrações, e muitas vezes relembram como somos vulneráveis.

Micelli (2009), ao abordar a comunicação entre médico e paciente, afirma que o comportamento do profissional durante o atendimento pode ser um fator de melhora ou piora de sua dor. Balint já afirmara que o médico “... é a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral...” (1984/ 2005, p. 3).

Baile e cols. (2000), focando na comunicação de más notícias, elaborou um protocolo de forma que o médico possa informar ao paciente adequadamente sobre a sua doença e acolher as dores que dessas notícias possam advir. O chamado protocolo SPIKES<sup>1</sup> foi construído com pacientes oncológicos como público alvo, mas pode ser utilizado amplamente até mesmo em hospitais gerais. Ele é constituído de seis etapas: preparando para o encontro (*Setting up*), no qual o médico, antes de abordar o paciente, planeja o que e onde vai falar com o paciente; percepção do paciente (*Perception*), em que o profissional, antes de falar qualquer notícia, tenta saber o como está o paciente; convite do paciente (*Invitation*), que significa o médico esperar o paciente demonstrar o quanto quer saber de sua doença e tratamento; conhecimento (*Knowledge*), etapa na qual é dada às informações ao paciente de maneira que ele possa processá-las; dirigindo-se às emoções (*Emotions*), o médico acolhe as emoções que surgirem no encontro; estratégia ou resumo (*Strategy or Summary*), etapa final do protocolo em que o

---

<sup>1</sup> SPIKES tem esse nome por suas primeiras letras representarem cada uma das etapas do protocolo, em inglês.

médico, a partir da resposta do paciente, pode passar a falar dos planos de tratamento.

Adshead (2010) aponta para uma nova perspectiva ao se olhar para a relação médico-paciente a partir da ótica da Teoria do Apego. Para ela, o médico, diferente de outras profissões, precisa estar envolvido numa relação de apego para realizar seu trabalho. Sendo assim, as relações de apego influenciariam nos comportamentos desses profissionais, inclusive nas formas em que eles experimentam certas emoções intensas, como a incerteza ou a frustração.

A Teoria do Apego, de John Bowlby, postula que o ser humano, quando ameaçado, possui uma capacidade inata para buscar proteção de um outro mais forte e mais sábio, denominado figura de apego, ativando, assim seu comportamento de apego. Ao mesmo tempo, para que o sistema de apego seja ativado, é necessário que a figura de apego esteja disponível para responder às necessidades emocionais do indivíduo, acessando, para tanto, seu sistema de cuidado (Bowlby, 1991).

O sistema de cuidado seria constituído pela disponibilidade da figura de apego às necessidades da criança. A ideia central da teoria do apego envolve a relação entre as experiências do indivíduo com seus pais e sua capacidade de, mais tarde, formar laços afetivos. Isso porque os problemas encontrados a partir dessa capacidade, como problemas entre casais ou com crianças, podem ser atribuídos à capacidade do cuidador de realizar seu papel. É necessário que esse cuidador proporcione uma base segura e encoraje a criança a explorar seu ambiente, reconhecendo e respeitando as necessidades de uma base segura e também moldando os comportamentos. Para tanto, é essencial que ele possua uma compreensão empática e intuitiva do comportamento de apego da criança, além de prover os limites necessários para ela. Também o cuidador vai reconhecer suas fontes de frustração e desejo de amor e cuidado, assim como, à medida que for amadurecendo, respeitar a construção de outras relações de apego com seus pares. Caso esses requisitos não sejam preenchidos, a ansiedade da incerteza quanto à capacidade de resposta e disponibilidade das figuras parentais surge (Bowlby, 1991; Cassidy, 2008).

O comportamento de apego estaria presente do nascimento até a vida adulta, sendo ativado sempre que necessário. A busca efetiva por proximidade da figura de apego na vida é substituída pela ativação de representações mentais que criam uma sensação de segurança. A representação mental se torna uma fonte simbólica de aproximação, sendo sua ativação considerada uma aproximação simbólica do outro. Assim, essas representações são introjetadas, resultando na regulação do indivíduo por si próprio, ou até mesmo por outro indivíduo (Mikulincer & Shaver, 2007).

Entretanto, em alguns momentos em que estamos mais fragilizados, buscamos ativamente o nosso cuidador, como quando nos deparamos com o adoecimento. Assim, o presente trabalho tem por intuito investigar como o sistema de cuidado, sob a ótica da Teoria do Apego, influencia a relação médico-paciente. Esse é um tema ainda pouco explorado nas pesquisas em apego, principalmente da perspectiva do médico. Os poucos estudos encontrados, geralmente, focam em como o apego do paciente influencia a relação com a equipe de saúde e o tratamento. Contudo, ele se faz relevante para que possamos refletir sobre as intervenções possíveis para se aprimorar a comunicação entre as partes, assim como a adesão ao tratamento.

Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa com médicos especializados em Hematologia que tenham inserção no Sistema Público de Saúde focando a relação médico-paciente e como o sistema de cuidado – sob a ótica da Teoria do Apego – nela interfere. O método qualitativo foi escolhido por melhor integrar os aspectos da pesquisa, tanto em relação aos estilos de apego dos médicos, quanto em relação às narrativas dos médicos quanto ao cuidado que proveem em sua profissão.

O recorte por médicos com especialidade em hematologia se explicou pela experiência da pesquisadora com esse campo, como também pelo fato da relação de apego se diferenciar de outras ligações ou vínculos afetivos, inclusive por fatores como intensidade e frequência. As doenças hematológicas possuem certas particularidades que geralmente configuram tratamentos mais longos.

Este trabalho será constituído por capítulos em forma de artigos científicos. O primeiro artigo é uma abordagem teórica dos estudos de apego em adultos.

Como já citado, o sistema de apego está presente ao longo da vida, mesmo que ativado com menos intensidade e frequência na vida adulta. Nesta fase, no lugar da presença concreta do cuidador, passa-se ao processo simbólico, à representação, sendo construídos modelos funcionais internos de *self* e de outros que supram as necessidades de apego do indivíduo em momentos de ameaça. Além disso, fica mais clara a diferenciação entre o estado mental do indivíduo e o do outro, a partir do acesso à função reflexiva do *self* e à mentalização. Tudo isso é crucial para a organização e regulação do sujeito, e também da relação. Além disso, a partir dos modelos funcionais internos são construídos os padrões de apego, que vão depender de como o cuidador vai prover segurança ao indivíduo.

A classificação desses padrões de apego vai depender da forma como eles são avaliados. Se na infância Ainsworth conseguiu classificar as crianças a partir do experimento da Situação Estranha<sup>2</sup>, a partir da década de 1980, vê-se uma divisão entre as linhas de pesquisa de narrativa e autorrelato quanto aos métodos e objetivos de seus instrumentos. O método de narrativa, advindo da psicologia do desenvolvimento, visava ao estudo dos processos de relações de apego baseados principalmente com os primeiros cuidadores, tendo como principal representante a Entrevista de Apego em Adultos (*Adult Attachment Interview – AAI*). Já as medidas de autorrelato provinham da psicologia social e antropologia, focando mais nas relações interpessoais de intimidade e nas diferenças individuais, sendo alguns instrumentos ícones do movimento, como a pesquisa de apego romântico de Hazan e Shaver, o *Relationship Questionnaire*, de Bartholomew e Horowitz, e o *Adult Attachment Scale*, de Collins e Read.

O segundo artigo discute conceitualmente os questionamentos pelas perspectivas dimensionais e categóricas, voltando-se ao ponto inicial de como os padrões de apego podem ser classificados e quais os melhores métodos de classificação do apego. Além disso, discute-se a precisão dos instrumentos e se há uma melhor forma de avaliação das relações de apego.

---

<sup>2</sup> O experimento de Situação Estranha, desenvolvido por Ainsworth e seus colegas (1978/2015), consiste na avaliação da díade cuidador-bebê a partir de sua separação e, após alguns minutos, reunião. Dependendo da reação que o bebê, e o cuidador, terão nesses momentos, foram construídas as seguintes classificações de padrão de apego: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente. Algum tempo depois, Main (2000) percebeu características de outro padrão, o desorganizado.



No terceiro artigo, continuando a fazer um panorama dos estudos de apego em adultos, foca no conceito de sistema de cuidado e a relação médico-paciente. A definição de sistema de cuidado, como relatado acima, implica na disponibilidade e responsividade do cuidador, sendo ao mesmo tempo um porto seguro e uma base segura para que o indivíduo possa ter para onde voltar quando se sentir ameaçado da mesma forma que possa se sentir seguro para explorar o ambiente após confortado. O sistema de cuidado também é responsável por perceber sinais no ambiente de perigo e ameaça que o próprio indivíduo que está sendo cuidado não consegue perceber, e assim protegê-lo da mesma forma. Um sistema de cuidado ativado e disponível provê uma relação de apego segura e confiável, promovendo autonomia. Da mesma forma, na relação médico-paciente, o médico ocupa o papel da figura de apego, podendo promover esse cuidado para com seu paciente. Pode-se, então, pensar no médico como o sistema de cuidado do paciente, e em tudo que isso pode acarretar.

No quarto artigo será apresentada a pesquisa realizada com médicos com o intuito de se abordar a questão investigada de como o sistema de cuidado deles influencia no cuidado com seus pacientes. A pesquisa foi realizada com onze hematologistas que fazem atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) com pacientes com doenças crônico-degenerativas. Isto é, não atendem pacientes da Rede de Urgência-Emergência (RUE). Para tanto, foi aplicado um questionário sócio-demográfico (Anexo I), a Escala de Vinculação em Adultos (EVA) (Anexo II) e, finalmente, realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado (Anexo III) com foco no cuidado com os pacientes. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da PUC-Rio (Anexo IV). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do início das entrevistas (Anexo V).

Houve dificuldade na captação de sujeitos para pesquisa, entretanto, onze participaram. Todos eles tiveram no EVA resultado de apego seguro. Foram realizadas análise por clusters desses resultados, compartilhadas com as análises dos discursos encontradas. Além disso, a partir da análise de conteúdo, foram encontradas quatro categorias nos discursos: experiência pessoal com a medicina/hematologia, especificidade da hematologia; dificuldade com perdas ou morte; e cuidado com o outro.

Discute-se que, para além da existência de estilos de apego seguro detectada pelo EVA em nossa pesquisa, a análise de conteúdo das entrevistas demonstrou uma complexidade psicológica proeminente, uma vez que existem características da relação médico-paciente a partir da ótica do apego que necessitam aprofundamento. Assim, observou-se que a importância da complementaridade dos instrumentos de autorrelato e narrativa, além da reflexão em como o ambiente pode influenciar o sistema de cuidado médico, uma vez que a própria formação médica tende a privilegiar aspectos do distanciamento afetivo. Com isso, o futuro médico não incorreria em confundir seu raciocínio clínico ou em suas determinações de tratamento.

Frente a situações muitas vezes dramáticas de perdas, lutos mal resolvidos, sentimentos de poder, impotência e de fracasso, o médico pode seguir o caminho da evitação ou do distanciamento afetivo como forma extrema de se proteger do sofrimento. Encontra-se também presente a possibilidade de processos identificatórios do médico com certos pacientes, com a possibilidade de “contaminar” a relação, tornando-a fonte de confusão emocional e de grandes dificuldades em lidar com situações apresentadas por esses pacientes. Bowlby (1997) chama isso de “solicitude compulsiva”.

Ressalta-se também que os estilos de apego, e, conseqüentemente, os sistemas de apego e cuidado, são dependentes das características da relação, ou seja, daquilo que é suscitado pela díade. Essas características proviriam tanto da relação com os cuidadores, quanto com mentores, professores, e até mesmo instituições (Bowlby, ????) afirma que as relações de apego são construídas tanto com os cuidadores principais, quanto com mentores, professores, e até mesmo com instituições. Nesse sentido, os modelos funcionais internos são construídos a partir dessas relações, demonstrando como o ambiente possui influência sobre os sistemas de apego e de cuidado.

Portanto, é necessário um maior aprofundamento nos estudos da relação médico-paciente sob a ótica do apego, principalmente sob a perspectiva do médico. Esse trabalho prioriza o lado do médico nesta relação, e a importância do atendimento às suas necessidades psicológicas e relacionais, para que possam ser propostas intervenções à equipe de saúde que englobem o cuidado consistente

com seus profissionais, e, com isso, aprimorar sua relação com o paciente e seus familiares.

## 2. O desdobramento dos estudos em apego em adultos<sup>3</sup>

Mariana Guerra Barstad-Castro-Neves

Psicóloga Clínica

Doutoranda em Psicologia Clínica/PUC-Rio

Flavia Sollero-de-Campos

Psicóloga Clínica

Doutora em Psicologia Clínica/ PUC-Rio

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio

**Resumo:** A teoria do apego afirma que todos nós estamos biologicamente programados para ser apegados, buscando proximidade e conforto de alguém considerado mais forte e mais sábio ao nos sentirmos ameaçados. Embora o comportamento do apego seja mais frequente e intenso na infância, ele está presente do berço ao túmulo. Na fase adulta, o sistema de apego ainda é desencadeado por ameaças e perigos, com o objetivo principal de alcançar proximidade e proteção de uma figura de apego. No entanto, a figura de apego pode ser internalizada formando representações, denominadas modelos funcionais internos. Pesquisadores desenvolveram diversos instrumentos para avaliar apego em adultos, mantendo-se em duas linhas de pesquisa: uma, dos instrumentos de narrativa, classificaram em autônomo/seguro, evitativo, preocupado e desorganizado; já a outra, dos instrumentos de autorrelato, divide os estilos de apego de acordo com ansiedade e evitação, designados seguro, evitativo, preocupado e amedrontado.

**Palavras-chave:** Teoria do apego; Comportamento de apego em adultos; Estilos de apego; Modelos funcionais internos; Instrumentos de apego.

---

<sup>3</sup> Uma versão em inglês desse artigo está inclusa no Anexo VI para publicação

## **The unfolding of attachment studies in adulthood**

### **Abstract**

Attachment theory states that we are all biologically rooted to be attached, to seek proximity and comfort from someone considered stronger and wiser when feeling threatened. Although attachment behavior is more frequent and intense in infancy, it is present from the cradle to the grave. In adulthood, the attachment system is still triggered by threats and dangers, with the primary objective to attain proximity and protection from an attachment figure. However, the attachment figure can be internalized forming representations, denominated internal working models. Researchers have developed several instruments to assess adult attachment styles, being divided into two traditions: one, narrative measures, classifies attachment styles in autonomous/secure, dismissing, preoccupied and disorganized; the other, self-report instruments, assign them according to anxiety and avoidance, designating secure, dismissing/avoidant, preoccupied and fearful/avoidant.

**Keywords:** Attachment theory, Attachment behavior in adulthood; Attachment styles; Internal working models; Attachment measures.

## 2.1. Introdução

A teoria do apego afirma que somos biologicamente enraizados para sermos apegados, isto é, para buscarmos proteção e conforto de alguém (ou alguma coisa) considerado mais forte e mais sábio (figura de apego) quando nos sentimos ameaçados (seja a ameaça real ou percebida). Esse comportamento seria parte de um sistema comportamental de apego, cujo objetivo principal seria obtenção de proteção e segurança para sobrevivência da espécie (Mikulincer & Shaver, 2007; Pietromonaco & Schetter, 2014). O sistema de apego é corrigido para meta, tendo como base a relação. Isso significa dizer que, para atingir tal meta, o indivíduo busca o cuidado de uma figura de apego responsiva e disponível. Em troca, a figura de apego ativa seu sistema de cuidado para detectar quaisquer ameaças (novamente, reais ou percebidas) para garantir a sobrevivência emocional e física desse indivíduo.

Apesar de mais frequente e intenso na infância, o comportamento de apego está presente do berço ao túmulo, manifestado através de pensamento e comportamentos relacionados à busca de proximidade quando o indivíduo se sente ameaçado, com dor ou desamparado, por exemplo. Na vida adulta, a busca por figuras de apego se torna internalizada pelas representações mentais dos modelos funcionais, que evocam uma sensação de segurança sentida (*felt security*) e cria uma sensação de confiança no sujeito (Bowlby, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007).

## 2.2. Apego na Vida Adulta

Os seres humanos buscam continuamente por conexão uns com os outros, seja na busca por uma alma gêmea, ou pelo fato de que são sexualmente desejáveis mesmo quando não estão em seus ciclos reprodutivos, o que demonstra a importância do Sistema de apego para a sobrevivência e o sucesso reprodutivo. Além disso, as experiências com os primeiros cuidadores refletem nas relações posteriores, mostrando mais uma vez o quão vital o sistema de apego é na vida adulta (Feeney, 2016; Hepper & Carnelley, 2012; Zeifman & Hazan, 2016).

Em adultos, o sistema de apego ainda é ativado por ameaças e riscos, com o principal objetivo de obter proximidade e proteção de uma figura de apego. Entretanto, essa figura de apego, seja real ou internalizada, vai sustentar a segurança sentida (*felt security*) que elicia sentimentos de valorização, amor, confiança e ser capaz de contar com outra pessoa (Mikulincer & Shaver, 2007).

Para Zeifman e Hazan (2008), a relação de apego entre dois adultos consiste em papéis duplos para ambos. Isso porque os indivíduos exercem tanto o papel do cuidador quanto o de quem está sendo cuidado, dependendo das necessidades relacionais. Além disso, em adultos, outros Sistema biológicos, como o sistema sexual, estão envolvidos.

Outra diferença consiste no fato de que as crianças procuram contato físico como objetivo para apego, enquanto que o adulto pode buscar contato físico por atração física além de conforto. Por outro lado, algumas similaridades podem ser encontradas entre o comportamento de apego na criança e no adulto, como as trocas de olhares prolongadas, os abraços, o agarrar-se (*clinging*) e o tom de voz nos diálogos entre casais (Zeifman & Hazan, 2008).

Outro traço presente na relação de apego em adultos é o recebimento do conforto e segurança de um parceiro (a figura de apego), o desejo de estar com o outro e o comportamento de protesto quando há uma ameaça e o parceiro/figura de apego não está disponível (Feeney, 2008).

### 2.3. Os Modelos Funcionais Internos

Na vida adulta, as representações mentais criam uma sensação de segurança sentida (*felt security*), substituindo a busca real por proximidade encontrada na infância. As representações mentais se tornam uma fonte simbólica da aproximação da figura de apego. Essas representações são introjetadas, resultando na autorregulação. Em outras palavras, o indivíduo é regulado pela figura de apego, e a partir desse processo por aprender a se autorregular (Hepper & Carnelley, 2012; Mikulincer & Shaver, 2007).

Por ser um sistema corrigido para a meta, o sistema comportamental de apego reúne informações essenciais para alcançar seus objetivos (busca de proximidade e segurança) através das representações mentais. As experiências repetidas relacionadas ao apego são organizadas em *scripts* que formam outras representações. Para Bowlby, essas representações, denominadas modelos representacionais ou modelos funcionais internos, permitem que os indivíduos planejem seus futuros. Esses modelos devem frequentemente ser revistos e atualizados, refletindo da melhor maneira a realidade do indivíduo (Cassidy, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007).

Os modelos funcionais são divididos em modelos de *self* e modelos de outros (ou de figuras de apego), que permitem que os indivíduos possam avaliar, interpretar e prever os comportamentos das figuras de apego (e do ambiente), e assim planejar suas reações a curto e longo prazo a essas figuras. Os modelos de *self* e outros refletem diferentes aspectos da relação, construídos a partir das relações interpessoais (Bowlby, 1990; Kintanar & Bernardo, 2013).

Os modelos funcionais internos de *self* e de figuras de apego possuem funções adaptativas para construir representações apropriadas de *self*, figuras de apego e do ambiente. Assim, o desenvolvimento de relações de apego saudáveis estaria baseado na atualização e sincronização contínua dos modelos funcionais internos. Quando o processamento defensivo da informação se sobrepõe ao processo adaptativo, a patologia ocorre (Bowlby, 1990; Jones-Mason, Elaine Allen, Hamilton, & Weiss, 2015).

Acreditando na capacidade do ser humano para criar modelos mentais, Parkes (2009) criou a expressão “mundo presumido” como uma referência ao mundo interno sentido como real. Por exemplo, a capacidade de reconhecer objeto, ou planejar o comportamento de acordo com as necessidades e capacidades do outro (nossos pais, nós mesmos, nossa capacidade de lidar com ameaça, a proteção que esperamos do outro, etc.). Todas essas crenças se modificam na medida em que as experiências são vividas, sendo o que torna possível ao indivíduo abordar o mundo com confiança e a sensação de segurança sentida (*felt security*) (Cianni-Goulart, 2012).



A interação dos indivíduos com os mais próximos esboça os modelos funcionais internos. As experiências com as primeiras figuras de apego constroem modelos de *self*. Por exemplo, crianças com figuras de apego disponíveis, responsivas e confiáveis provavelmente irão desenvolver um senso de *self* sentindo-se valorizados e acolhidos. Por outro lado, crianças com figuras de apego inconsistentes e indisponíveis tendem a desenvolver modelos de *self* em que não se sentem aceitas e acolhidas (Pietromonaco & Barrett, 2000; Pietromonaco & Schetter, 2014).

Os modelos funcionais internos de *self* e de figura(s) de apego são necessariamente mutuamente colaborativas, influenciando, por sua vez, a visão de *self* e outros, essenciais para o conceito de modelo funcional interno (Bretherton & Munholland, 2016).

Parkes (2009) ressalta a complexidade dos modelos funcionais. De acordo com ele, apesar de ser esperado das pessoas com apego inseguro em ter mais predisposição a distúrbios psiquiátricos e mais dificuldades em lidar com eventos traumáticos, alguns estudos afirmam que os indivíduos que possuem sobretudo experiências positivas tendem a ter mais dificuldade em lidar com eventos adversos. Esse mecanismo ocorre porque a essas pessoas falta experiência com frustração, faltando, assim, uma atualização em seus mundos presumidos (considerados idílicos).

Ao mesmo tempo em que as situações traumáticas de perda geralmente podem gerar apegos inseguros ou desorganizados, resultando em distúrbios emocionais, eles também podem ser fonte de resiliência e cura, amplificando a confiança básica do indivíduo. A psicoterapia auxiliaria na atualização desse mundo presumido com perspectivas mais realísticas e maduras (Parkes, 2009).

Os modelos internos funcionam a partir de perspectivas que os indivíduos possuem deles mesmos, das figuras de apego e da díade. A relação de apego é específica do contexto e da pessoa (Pietromonaco & Barrett, 2000; Pietromonaco & Schetter, 2014).

Quando o modelo funcional representa segurança, a criança vai ativar seu sistema exploratório, explorando o ambiente, podendo desativar seu Sistema de

apego e se separar da sua figura de apego para crescer de forma saudável e resiliente. Entretanto, se a figura de apego não é suficientemente boa, a criança não terá uma base segura, o que prejudicará seu desenvolvimento ao privá-la de comportamentos típicos como brincar, explorar e ter interações sociais. Contudo, se as circunstâncias mudarem, o apego inseguro pode se tornar seguro (Bowlby, 1990; Siegel, 1999).

Além disso, para atualizar esses modelos depende de se confiar na segurança de cuidado das figuras de apego (ou seja, outros). Se há segurança no apego, se o padrão de relação muda momentaneamente, a criança pode confiar no seu mundo interno de *self* e de cuidadores (Ramires & Schneider, 2010).

Durante o desenvolvimento infantil, o modelo funcional, ganha estrutura e organização, tornando-se estável. Apoiando-se no processamento de informação construído com os primeiros cuidadores, o indivíduo tende a aplicar no ambiente sua visão de *self* e outros. Com isso em mente, se algo é considerado uma ameaça, ele irá lidar de forma defensiva, podendo resultar em mais rejeição (Feeney, 2016).

Os mecanismos defensivos são uma parte essencial no delineamento dos modelos funcionais internos, principalmente a exclusão defensiva, uma vez que elas influenciam o processo representacional. Muitos adultos vão para terapia com problemas emocionais originados em modelos funcionais com exclusão defensiva construída nos primeiros anos da infância (Bretherton & Munholland, 2016).

A exclusão defensiva é uma estratégia que o indivíduo tem à mão quando situações ou pensamentos são considerados insuportáveis se vistos como realidade, sendo excluídos da consciência para proteção desse indivíduo. Apesar de considerado adaptativo em curto prazo, pode se tornar mal adaptada quando permanece por grandes períodos de tempo, ou caso as circunstâncias mudem (Bretherton & Munholland, 2008).

Quando se fala em exclusão defensiva, o *self* está se protegendo do conflito consciente quando existem dois modelos funcionais incompatíveis de *self* e outro: a experiência do indivíduo com o cuidador, e a experiência que é possível de se

ter com esse cuidador, uma vez que muitas vezes o outro pode puni-lo ou ameaçá-lo ante a uma experiência de *self* autêntico. Uma parte do *self* fica segregada enquanto a outra se torna dominante. O *self* segregado (ou o *self* sequestrado) vem de diferentes fontes (ou experiências parentais) e é armazenado em diferentes tipos de memória: quando as representações são conscientes, eles ficam na memória semântica, enquanto na memória episódica se concentram as experiências traumáticas defensivamente excluídas. Essa é uma das razões para a qual os indivíduos contam histórias diferentes e contraditórias sobre seus pais quando estão em terapia (Bretherton & Munholland, 2016).

As consequências do mecanismo de exclusão defensiva podem ser organizadas em duas categorias: desativação dos sistemas comportamentais e a desconexão cognitiva. Na primeira categoria, os sistemas comportamentais, privados dos estímulos necessários, se tornam parcial ou inteiramente desativados. Se os sistemas desativados controlam o sistema de apego e tudo relacionado a ele, pode ser experienciado como um desapego emocional (Bretherton & Munholland, 2008).

Na segunda categoria, três tipos de desconexão cognitiva podem ocorrer, resultando em situações e comportamentos que provocam ansiedade. Esses comportamentos e sentimentos desconexos não são ameaçadores, mas podem receber explicações inapropriadas e mal adaptadas de situações responsáveis por afetos negativos, além de deslocar os sentimentos negativos para longe das pessoas que os causaram. Pode também refletir no afastamento das situações dolorosas, fazendo com que o indivíduo se sinta mais preocupado com os aspectos físicos do sofrimento que os psicológicos (Bretherton & Munholland, 2008).

Os modelos funcionais internos se organizam a partir das memórias da interação da criança com o outro, na tentativa de alcançar a sensação de segurança sentida (*felt security*), ou seja, obter sucesso na busca de proximidade (estratégia primária de apego). Quando há falha nessa tentativa, a criança precisa encontrar maneiras alternativas de alcançar seu objetivo, com mecanismos como a hiperativação ou hipoativação do sistema de apego (Mikulincer & Shaver, 2007).

Os modelos funcionais internos também delineiam nossas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais aos outros. Nas respostas cognitivas,

os modelos funcionais influenciam o foco de atenção em certos aspectos do estímulo a partir do ambiente, criam características da codificação e recuperação da memória, e afeta os processos de clarificação. Os padrões emocionais são afetados pelos modelos funcionais nas avaliações primária (reações emocionais imediatas ao evento) e secundária (interpretação do indivíduo que pode manter, amplificar ou diminuir sua resposta emocional inicial) da situação relacional. Finalmente, os modelos funcionais afetam as respostas comportamentais ao ativar as estratégias existentes na memória do indivíduo, assim como construindo novas estratégias. As pessoas com sofrimento psicológico são mais sensíveis à resposta emocional. Assim, sua memória afetiva mantém todas as experiências emocionais como traumáticas. Portanto, a resposta inicial a uma experiência dolorosa pode ser amplificada por causa dos modelos funcionais internos da pessoa (Mikulincer & Shaver, 2007).

De acordo com Fosha (2000), o processamento da representação da figura parental é vital para determinar quais características parentais promovem segurança na ligação, ressaltando os modelos funcionais internos e a função reflexiva do *self* como conceitos centrais para o desenvolvimento da competência afetiva. As experiências positivas internalizadas pela criança as fazem explorar com segurança o ambiente e suas relações. Isso só é possível se há um cuidador suficientemente bom para facilitar a ligação afetiva segura, com competência afetiva e defesas adaptativas (Winnicott, 1958/2000)

Stern (2000), complementando o conceito de modelos funcionais internos, propôs que os modelos de *self* se desenvolvem em camadas, o que presume um acúmulo progressivo de visões de *self*, de competências sócio-afetivas e do que esse autor determina “maneira-de-estar-com-outros”. Isso significa que uma fase não desaparece quando outra inicia, em vez disso permanece presente ao longo da vida, interagindo e facilitando entre si.

É importante ressaltar dois aspectos de como as representações mentais se desenvolvem: o *self*-objeto (a representação mental) e o *self*-sujeito (o *self* como agente). O *self*-sujeito organiza e interpreta a experiência, dando continuidade e diferenciação do *self* como um indivíduo (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004).

Stern (2000) coloca em primeiro plano o desenvolvimento do *self* verbal da criança a partir da comunicação entre o *self*-objeto e o *self*-sujeito, na qual encontra-se sua habilidade em criar a narrativa sobre suas experiências, geralmente por volta dos três anos. As narrativas sobre *self* e outros contam a história oficial da vida do indivíduo. Elas são co-construídas desde a primeira infância, com a figura parental e a criança montando juntas as peças de suas histórias, dando coerência, e, assim, tornando-se a história familiar. A co-construção das narrativas entre as figuras de apego e seus filhos é uma maneira de regular a relação. É também uma maneira de entrar no mundo interno.

Apesar de algumas definições de modelos funcionais internos serem apresentados como esquemas, o conceito por si mesmo necessariamente implica processos afetivos. Da perspectiva da teoria das relações objetais, os aspectos cognitivos são intrinsecamente ligados aos aspectos afetivos quando se fala em relações interpessoais. Dessa maneira, emoções – isto é, a dimensão afetiva – não são meramente o resultado dos modelos funcionais. Na realidade, são fundamentais para as maneiras que os indivíduos guiam e organizam as relações interpessoais (Pietromonaco & Barrett, 2000).

Pietromonaco e Feldman Barrett (2000) caracterizam os modelos de funcionamento a partir de seus processos afetivos. Existe reatividade emocional, o que significa a frequência da ativação sensação de segurança sentida (*felt security*). Por outro lado, existem estratégias de regulação emocional, que são padrões de comportamentos que os indivíduos usam para manter ou restaurar a sensação de segurança sentida (*felt security*), ou seja, a frequência, com que o outro é usado para regulação afetiva. Os processos afetivos são essenciais porque eles servem para conectar a informação à representação mental.

#### **2.4. Função reflexiva, mentalização e o desdobramento da transmissão geracional**

A representação pode também ser abordada a partir do conceito de função reflexiva e mentalização, a capacidade para observar o estado mental do *self* e outros. É desenvolvida desde a infância para que a criança possa responder ao

comportamento do outro. Além disso, é uma maneira de compreender as crenças, sentimentos, atitudes, desejos e pretensões do outro, tornando possível diferenciar o mundo interno do externo, realidade da fantasia, processos emocionais intrapsíquicos dos processos interpessoais (Berthelot, Ensink, Bernazzani, Normandin, & Fonagy, 2015).

Assim, explorar o significado da ação de alguém inicia o potencial da criança para nomear e dar significado às suas próprias experiências psicológicas. Além disso, possui um papel na regulação afetiva, no controle de impulsos, no auto monitoramento e na experiência como *self*-agente, essenciais para a organização do *self* (Fonagy et al., 2004).

Eizirik e Fonagy (2009) afirmam que a mentalização é principalmente uma atividade mental pré-consciente e imaginativa, a capacidade de dar sentido implícito e explícito aos processos mentais e subjetivos do *self* e dos outros, assim como seus desejos, sentimentos e crenças.

Saber que o comportamento é dirigido pelo seu estado mental dá ao indivíduo um senso de continuidade e controle, cruciais para a experiência subjetiva de *self* como agente. É necessário saber que o *self* é um agente emocionalmente engajado (Eizirik & Fonagy, 2009).

A mentalização possui três funções: a interpretação da ação humana como causada por estados mentais intencionais (mentalismo); as representações mentais de outro (o que permite aos indivíduos inferir, atribuir e representar os estados mentais de outros); e a capacidade para reconsiderar, explicar e justificar as ações de outros (ocorre quando o indivíduo infere qual estado mental causou aquelas ações) (Fonagy, Gergely, & Target, 2007).

A mentalização é construída a partir do mapeamento representacional. Desde os primeiros seis meses de vida, o bebê tenta regular seu estado mental em relação ao estado mental do cuidador, reconhecendo as intenções, sentimentos, percepções e diferenças entre o *self* da criança e o outro. A representação que a mãe tem de seu filho é retratada pela criança e mapeada pelas representações de *self* do estado mental. A diferença entre essas visões resulta na organização do estado de *self*, funcionando como um espelho do cuidador que permite que a

criança construa uma representação a partir dessa experiência, com uma fonte de informação singular sobre o estado interno da criança. A mentalização facilita as relações de apego Seguro, auxiliando a criança na construção da representação sobre seus estados internos e, conseqüentemente, usando isso para regulação afetiva e compreensão dos estados mentais dos outros.

Se a criança internaliza as representações do cuidador, o indivíduo constrói um *self* alienado, ocasionando em falhas de desenvolvimento das capacidades cognitivas-sociais, como a regulação afetiva, e o funcionamento do foco da atenção (Eizirik & Fonagy, 2009; Ensink, Normandin, Plamondon, & Fonagy, 2016). É o mapeamento representacional que ajuda a criança a desenvolver a capacidade para compreender que suas emoções são análogas aos outros, mas não idênticas, iniciando o processo de simbolização.

Fonagy *et al.* (2004) afirmam que o mapeamento das emoções, expressões, representações e a experiência de *self* são parte da responsividade do cuidador, levando a criança a organizar sua experiência de *self* de acordo com os padrões de resposta classificadas como emoções específicas em algum ponto. O significado dessas experiências afetivas na infância é construído a partir da realidade da relação com o cuidador, levando a crenças implícitas sobre as causas e conseqüências dos estados emocionais. Desse modo, as reações emocionais do indivíduo são reguladas momento-a-momento a partir da compreensão que o cuidador possui dos sinais que são dados pela criança. Esta aprende que sua excitação não levará à desorganização porque o cuidador estará ali para restabelecer o equilíbrio.

A responsividade do cuidador e o desenvolvimento da mentalização facilitam a estrutura do modelo funcional interno, dada a internalização da experiência emocional da criança e sua reprodução ao longo da vida. Baseado nisso, pesquisas mostram correspondência entre classificação de padrões de apego em crianças no experimento de Situação Estranha<sup>4</sup> e o estilo de apego do cuidador

---

<sup>4</sup> Ainsworth e cols (1978/2015) desenvolveram um método observacional para a avaliação dos padrões de apego do bebê com seu cuidador, a partir de sua separação e, após alguns minutos, reunião. Dependendo da reação que o bebê, e o cuidador, terão nesses momentos, estabeleceram-se as seguintes classificações de padrão de apego: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente. Algum tempo depois, Main (2000) percebeu características de outro padrão, o desorganizado.

na Entrevista de Apego em Adultos (*Adult Attachment Interview – AAI*), apontando para uma transmissão intergeracional do apego. Entretanto, não necessariamente os padrões de apego permanecem os mesmos ao longo da vida, com as pesquisas mostrando que eles podem se transformar dependendo do ambiente ou das relações do indivíduo (Ensink et al., 2016; Fonagy et al., 2004; Schoenmaker et al., 2015).

O sistema de apego conecta intrinsecamente o processamento do mapeamento representacional e o desenvolvimento da função reflexiva do *self*. É a partir da história da relação com o cuidador que a criança pode desenvolver modelos de *self* independentes. Através do processo de simbolização (incluindo o processo linguístico), a criança se torna capaz de expressar suas crenças, desejos e sentimentos (Fonagy et al., 2004; Fonagy, Gergely & Target, 2007).

O modelo de mentalização de Fonagy abarca o desenvolvimento do *self* que pode refletir no estado mental do indivíduo e do outro. A percepção de que seus estados mentais guiam os indivíduos podem levar a um sentimento de continuidade e autonomia que é fundamental para experiência subjetiva do indivíduo como *self*-agente (Stern, 2000).

## 2.5. O Desdobramento dos Estudos de Apego em Adultos

Apesar do trabalho inovador com a teoria do apego e a afirmação de que o sistema de apego persiste “do berço ao túmulo”, foi a pesquisa de Ainsworth que alavancou os estudos de apego em adultos (Crowell, Fraley, & Roisman, 2016; Hazan, Gur-Yaish, & Campa, 2004).

Segundo alguns autores (Crowell et al., 2016; Cindy Hazan et al., 2004), a maioria dos estudos das relações de apego em adultos focam nas diferenças individuais, ainda faltando interesse nos modelos de apego normativos.

Na década de 1980, muitos pesquisadores de diferentes contextos psicológicos construíram novos instrumentos de avaliação de apego. A partir disso duas importantes linhas de pesquisa se desdobraram: os instrumentos baseados em entrevista, incluindo a Entrevista de Apego em Adultos (*Adult*



*Attachment Interview – AAI*) que avalia o apego em adultos de uma forma geral, desenvolvido por Mary Main e seus colegas; e as medidas de autorrelato, com Phillip Shaver e Cindy Hazan como os primeiros pioneiros no campo, avaliando as relações de apego romântico. Cada instrumento possui sua especificidade e perspectiva histórica, porém ambos são desdobramentos do experimento de Situação Estranha de Ainsworth, que consiste em avaliar os padrões de apego da criança em relação ao seu cuidador a partir da observação dos comportamentos que cada parte da díade manifesta durante momentos de separação e reunião da mesma (Ainsworth, 1978/2015; Cindy Hazan et al., 2004; Mikulincer & Shaver, 2007; Rholes & Simpson, 2004).

Mary Main foi aluna de Mary Ainsworth e estava interessada na “mudança para o nível da representação” dos estados mentais, o que acontece quando a criança começa a desenvolver a capacidade para abstração. Ela foi responsável por um estudo longitudinal similar à situação estranha com criança de seis anos e seus pais. Isso a inspirou a desenvolver a Entrevista de Apego em Adultos (*Adult Attachment Interview- AAI*), uma entrevista com vinte perguntas delineada para surpreender o inconsciente, na qual os entrevistados são orientados a focar nas memórias da infância relacionadas ao apego (Hesse, 2016).

Analisando os padrões de discurso, e como o indivíduo vai contar sua história relacional, a AAI divide os estilos de apego em cinco classificações e doze subclafissificações. As principais classificações são seguro-autônomo; inseguro-evitativo; inseguro-preocupado; desorganizado-mal-resolvido, desorganizado/sem-classificação. Um indivíduo com estilo de apego Seguro-autônomo (F) tem um padrão de discurso coerente e coeso. Ele conta suas memórias de apego, até mesmo as tristes e difíceis, sendo capaz de manter contato com os sentimentos daquilo que está contando. Admite sentir falta, necessitar ou contar com outra pessoa, e também parecer se afetar com experiências relacionadas ao apego. Demonstra compaixão e flexibilidade por si mesmo e pelos outros (Hesse, 2016; Main, Hesse, & Kaplan, 2005; Biringen, Brown, Donaldson, Green, & Lovas, 2000).

O estilo de apego evitativo (Ds) é caracterizado pela baixa coerência, alta idealização ou depreciação de um ou de ambos os cuidadores, além de uma falta

de memória sobre a infância recorrente. Encontram-se muitas contradições e imprecisões. Há também uma supervalorização do *self* como forte, independente, negando ou desqualificando dor, sofrimento ou sentimentos como necessitar ou contar com outra pessoa. Experiências negativas são minimizadas ou subestimadas (Hesse, 2016).

O estado mental em relação ao apego preocupado (E) demonstra baixo escore na coerência, porém mostra experiências de preocupação passiva ou agressiva em ser cuidado. Os padrões de discurso indicam sentenças longas, vagas e confusas. Apresenta muitas respostas em relação ao cuidador, mesmo quando eles não são o tópico. Demonstram ambivalência em relação aos cuidadores, valorizando-os em alguns momentos, ao mesmo tempo em que demonstram medo e ressentimento em outros. Inflexibilidade nas respostas dadas, indicando provavelmente uma história inconscientemente guiada, como “...se a história de apego fosse uma ‘história antiga’” (Hesse, 2016, p. 566).

A categoria mal resolvida/desorganizado (U) geralmente é caracterizada por uma perda ou abuso, com o indivíduo demonstrando um “... lapso no monitoramento do raciocínio ou discurso” (p.569). Pode ser um silêncio prolongado ou elogio excessivo no discurso (Hesse, 2016).

Finalmente, a classificação desorganizado/sem classificação se refere a contradições presentes na indeterminação do padrão de discurso. Também pode-se fazer parte desse grupo caso haja indicação de padrões de estilo seguro e inseguro. De acordo com Hesse (2016), em uma nova versão do *AAI*, essa categoria se aplica quando existe um conteúdo assustador no discurso ou se o entrevistado se recusa a falar.

O trabalho de Main com a *AAI* foi inovador para a avaliação com narrativa, baseada no conceito de segurança no apego (a eficácia de um indivíduo em usar a figura de apego como base segura). O uso da narrativa implica a importância da representação mental e do modelo funcional interno nas relações de apego, especificamente no trabalho de Mary Main (Mikulincer & Shaver, 2007).

É importante ressaltar que, ao contrário da Situação Estranha, a classificação da AAI é independente de qualquer relação de apego, pois avalia o “estado mental em relação ao apego” do respondente (Wallin, 2007).

No final dos anos 1970, pesquisadores começaram a se interessar na etiologia e origem da experiência romântica. Notando a ligação entre a história de apego e as experiências amorosas confusas, distantes ou solitárias, psicólogos sociais e antropólogos começaram a desenvolver taxonomias de diferenças individuais para englobar todas as variáveis que as experiências de apego, sendo do berço ao túmulo, poderiam alcançar (Crowell et al., 2016).

Cindy Hazan e Phillip Shaver foram os primeiros pesquisadores a focar nos estudos de apego em adultos nas relações românticas, acreditando que o amor romântico é a integração do sistema comportamental de apego, de cuidado e sexual. O objetivo deles era construir um recorte coerente para compreender amor, solidão e luto. A teoria do apego atendia ao intuito desses pesquisadores por compreender tanto as experiências positivas e negativas que a pessoa têm ao longo da vida (Feeney, 2016; Hazan & Shaver, 1987).

Com isso em mente, desenvolveram uma pesquisa de autorrelato na qual se tinha que escolher, dentre três afirmações, qual melhor definia sua relação mais intimidade. Os resultados foram associados com estudos em apego com crianças – precisamente a Situação Estranha de Ainsworth – metade dos adultos se descreveram com apego seguro, e dos restantes, a maioria se descreveu como tendo estilo de apego evitativo, com o estilo preocupado em terceiro lugar. O estudo de Hazan e Shaver foi essencial para compreender o funcionamento do sistema de apego em adultos, assim como conectar a teoria do apego da infância até à vida adulta (Feeney, 2016; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007).

A partir desse momento, muitos instrumentos de autorrelato, como *Adult Attachment Scale* e *Relationship Questionnaire*, como o protótipo de Hazan e Shaver, foram baseados na classificação da Situação Estranha, confiando no sistema de codificação dimensional, com um eixo para a ansiedade de apego e outro para a evitação de apego (Mikulincer & Shaver, 2007).

O *Adult Attachment Scale* é uma escala de dezoito itens que tem em sua estrutura três fatores: desconforto com a proximidade, desconforto em contar com outros (confiança no outro) e preocupação ansiosa sobre ser abandonado ou não-amado (ansiedade). A partir desses fatores, pode-se ter um dos três resultados: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-preocupado. O instrumento tem como objetivo delinear uma escala mais sensível para avaliar o apego e obter uma melhor perspectiva da natureza do apego adulto. Apesar de no Brasil esse instrumento não ter sido validado, há uma versão portuguesa disponível (Canavarro, 1995; Collins & Read, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007).

Kim Bartholomew e Leonard Horowitz, inspirados pelo conceito de Bowlby de modelos funcionais internos de *self* e outros, construíram um novo modelo de avaliação de estilo de apego baseado nas configurações bidimensionais: ansiedade (isto é, separação, abandono, amor insuficiente) e evitação (intimidade, dependência, expressividade emocional). A dimensão ansiedade é equivalente ao modelo funcional interno de outro (positivo ou negativo); e a dimensão de evitação, ao modelo funcional interno de *self* (positivo ou negativo). A combinação de ambas dimensões resulta em uma das quatro categorias: segura (baixa ansiedade/baixa evitação), preocupado (baixa evitação/alta ansiedade), evitativo (alta evitação/ baixa ansiedade), e amedrontado (alta evitação/ alta ansiedade). Assim surge o *Relationship Questionnaire (RQ)*, um protótipo de instrumento de autorrelato com sentenças múltiplas que descreve quatro tipos de apego (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2007).

O instrumento de Bartholomew e Horowitz foi essencial para o começo dos estudos com autorrelatos, incluindo a construção de novos instrumentos, como *Experiences in Close Relationships (ECR)* (Fraley, Waller, & Brennan, 2000; Mikulincer & Shaver, 2007).

Tanto as perspectivas de pesquisa de entrevista e autorrelato levantaram questionamentos e preocupações relacionados aos estudos em apego, especialmente envolvendo discussões dimensões *versus* categorias. Alguns autores (Cassidy, 2003; Cummings, 2003; Fraley & Spieker, 2003; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2004; Sroufe, 2003) comparam os benefícios

e as desvantagens do uso de escores de dimensões ou categorias, questionando, por exemplo, sua validade a partir de análise taxonômica.

## 2.6. Considerações Finais

Relacionar-se na vida adulta é particularmente complexo, dado que as múltiplas relações construídas ao longo da vida constituem modelos funcionais internos diferentes. Pesquisas mostram que os padrões de apego se modificam a partir da experiência vivida (positiva e negativa), assim como da contingência situacional que pode desencadear os diferentes padrões de apego.

Os padrões de apego também reproduzem os papéis do cuidado e suporte da figura de apego na infância, como um parceiro cuidadoso ou alguém que ajude a regular os afetos negativos quando o indivíduo enfrenta uma situação ameaçadora (seja ela real ou percebida). Como resultado da já desenvolvida função de mentalização, os adultos podem imaginar ou lembrar das respostas de outro adulto – por exemplo, um parceiro romântico ou um amigo – que ofereceu ajuda e suporte, e está momentaneamente ausente por alguma razão. Em troca, o sistema de cuidado no outro indivíduo presente na idade adulta de acordo para que os sinais de sofrimento ou ansiedade sejam percebidos e, assim, ele vá ajudar, proteger e até confortar esse sofrimento (Mikulincer & Shaver, 2007).

Apesar de muito ter sido desenvolvido nas avaliações de apego em adultos, ainda há alguns conflitos sobre quais métodos de avaliação e classificação do apego abarcariam melhor as diferenças individuais na teoria do apego. Portanto, mais pesquisas são necessárias nesse campo.

## 2.7. Referências

- BARTHOLOMEW, K., & HOROWITZ, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. **Journal of Personality and Social Psychology**, **61**(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- BERTHELOT, N., ENSINK, K., BERNAZZANI, O., NORMANDIN, L., & FONAGY, P. (2015). Intergenerational Transmission of Attachment in Abused and Neglected Mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. **Infant Mental Health Journal**, **36**(2), 200–212. <https://doi.org/DOI: 10.1002/imhj.21499>
- BIRINGEN, Z., BROWN, D., DONALDSON, L., GREEN, S., KRUMHOLTZ, S., & LOVAS, G. (2000). Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. **Attachment & Human Development**, **2**(2), 188–202. <https://doi.org/10.1080/14616730050085554>
- BOWLBY, J. (1990). **Apego: Volume1**. São Paulo: Martins Fontes.
- BRETHERTON, I., & MUNHOLLAND, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (2nd ed., pp. 102–127). New York: The Guilford Press.
- \_\_\_\_\_. (2016). The Internal Working Model Construct in Light of Contemporary Neuroimaging Research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Edition, pp. 63–88). New York: The Guilford Press.
- CANAVARRO, M. C. (1995). Escala de Vinculação do Adulto, 1995.
- CASSIDY, J. (2003). Continuity and Change in the Measurement of Infant Attachment: Comment on Fraley and Spieker (2003). **Developmental Psychology**, **39**(3), 409–412. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.409>
- \_\_\_\_\_. (2016). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Edition, pp. 3–24). New York: The Guilford Press.

CIANNI-GOULART, V. (2012). **A abordagem clínica da perda**. Trabalho de Conclusão de Curso. Orientadora: Flavia Sollero-de-Campos. PUC-Rio: Rio de Janeiro.

COLLINS, N. L., & READ, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. **Journal of Personality and Social Psychology**, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>

CROWELL, J., FRALEY, R. C., & ROISMAN, G. I. (2016). Measurement of Individual Differences in Adult Attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Edition, pp. 539–637). New York: The Guilford Press.

CUMMINGS, E. M. (2003). Toward Assessing Attachment on an Emotional Security Continuum: Comment on Fraley and Spieker (2003). **Developmental Psychology**, 39(3), 405–408. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.405>

EIZIRIK, M., & FONAGY, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31(11), 72–572. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000100016>

ENSINK, K., NORMANDIN, L., PLAMONDON, A., & FONAGY, P. (2016). Intergenerational Pathways From Reflective Functioning to Infant Attachment Through Parenting. <https://doi.org/10.1037/cbs0000030>

FEENEY, J. A. (2016). Adult Romantic Attachment: Developments in the Study of Couple Relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Edition, pp. 435–464). New York: The Guilford Press.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E., & TARGET, M. (2004). **Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self**. New York: Other Press LLC.

FONAGY, P., GERGELY, G., & TARGET, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, 48(3–4), 288–328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>

FOSHA, D. (2000). **The Transforming Power of Affect**. New York: Basic Books.

FRALEY, R. C., & SPIEKER, S. J. (2003). What Are the Differences Between Dimensional and Categorical Models of Individual Differences in Attachment? Reply to Cassidy ( 2003 ), Cummings ( 2003 ), Sroufe ( 2003 ), and Waters and Beauchaine ( 2003 ). **Developmental Psychology**, 39(3), 423–429. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.423>

FRALEY, R. C., WALLER, N. G., & BRENNAN, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. **Journal of Personality and Social Psychology**, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

HAZAN, C., GUR-YAISH, N., & CAMPA, M. (2004). What Does It Mean to Be Attached? In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.). **Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications** (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.

HAZAN, C., & SHAVER, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. **American Psychologist**, 46(3), 333–341. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

HEPPER, E. G., & CARNELLEY, K. B. (2012). Attachment and romantic relationships: The roles of working models of self and other. **The Psychology of Love** (Vols 1–4)., 1(March), 133–154. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2012-08260-011&lang=ja&site=ehost-live>

HESSE, E. (2016). Adult Attachment Interview: Protocol, Method, Analysis, and Empirical Studies 1985-2015. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Editio, pp. 553–598). New York: The Guilford Press.

JONES-MASON, K., ELAINE ALLEN, I., HAMILTON, S., & WEISS, S. J. (2015). Comparative validity of the Adult Attachment Interview and the Adult Attachment Projective. **Attachment and Human Development**, 17(5), 429–447. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1075562>



KINTANAR, N. S. M., & BERNARDO, A. B. I. (2013). Hope and internal working models of the self and others: A correlational study on Filipino adolescents. **Psychological Studies**, 58(1), 48–53. <https://doi.org/10.1007/s12646-012-0174-6>

MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2007). **Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change**. New York: The Guilford Press.

MOHR, J., COOK-LYON, R., & KOLCHAKIAN, M. R. (2010). Love imagined: Working models of future romantic attachment in emerging adults. **Personal Relationships**, 17(3), 457–473. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01281.x>

PARKES, C. M. (2009). **Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus.

PIETROMONACO, P. R., & BARRETT, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? **Review of General Psychology**, 4(2), 155–175. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.155>

PIETROMONACO, P. R., & SCHETTER, C. D. (2014). Attachment Theory for Health and Disease, 32(5), 499–513. <https://doi.org/10.1037/a0029349>.

RAMIRES, V. R. R., & SCHNEIDER, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, 26, p.25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>

RHOLES, W. S., & SIMPSON, J. A. (2004). Attachment Theory: Basic Concepts and Contemporary Questions. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), **Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications** (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.

SCHOENMAKER, C., JUFFER, F., VAN IJZENDOORN, M. H., LINTING, M., VAN DER VOORT, A., & BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. (2015). Attachment & Human Development From maternal sensitivity in infancy to adult attachment representations: a longitudinal adoption study with secure base scripts, 17(3), 241–256. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1037315>

SHAVER, P. R., & MIKULINCER, M. (2004). What to Self-Report Attachment

Measures Assess? In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), **Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications** (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.

SIEGEL, D. (1999). **The Developing Mind**. New York: The Guilford Press.

SROUFE, L. A. (2003). Attachment Categories as Reflections of Multiple Dimensions: Comment on Fraley and Spieker ( 2003 ). **Developmental Psychology**, 39(3), 413–416. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.413>

STERN, D. (2000). **The Interpersonal World of The Infant** (Kindle Edi). New York: Basic Books.

WALLIN, D. (2007). **Attachment in Psychotherapy**. New York: The Guilford Press.

WINNICOTT, D. (1958/2000). **Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago.

ZEIFMAN, D. M., & HAZAN, C. (2008). Pair Bonds as Attachments: Reevaluating the Evidence. In J. Cassidy (Ed.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (2nd Editio, pp. 436–455). New York: The Guilford Press.

\_\_\_\_\_ (2016). Pair Bond as Attachments: Mountaing Evidence in Support of Bowlby's Hypothesis. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Editio, pp. 416–434). New York: The Guilford Press.

### 3. Perspectivas Dimensional e Categórica de Apego e seus Instrumentos: Uma discussão

Mariana Guerra Barstad-Castro-Neves

Psicóloga Clínica

Doutoranda em Psicologia Clínica/PUC-Rio

Flavia Sollero-de-Campos

Psicóloga Clínica

Doutora em Psicologia Clínica/ PUC-Rio

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio

**Resumo:** A teoria do apego trouxe consigo muitos desdobramentos clínicos, teóricos e em pesquisa. A partir das diversas questões que as pesquisas em apego vêm construindo tornou-se necessário verificar a precisão dos instrumentos de avaliação do apego em adultos. Pesquisadores têm focado em modelos dimensionais de apego e criado inventários com múltiplos itens para avaliar as diferenças individuais das dimensões do apego. Mapeando algumas discussões envolvendo as abordagens dimensional (instrumentos de autorrelato) e categórica (instrumentos de narrativa), é possível observar as possibilidades e limitações de cada uma. As perspectivas dimensional e categórica são muito diferentes, entretanto, potencialmente complementares para se construir um constructo maleável do apego em adultos.

**Palavras-chave:** Teoria do apego; Perspectivas dimensional e categórica; Instrumentos de autorrelato e narrativa.

### **Dimensional and categorical perspectives of attachment and its instruments: a discussion**

**Abstract:** Attachment theory has brought with it many clinical, theoretical, and research developments. From the various issues that attachment research has been building, it has become necessary to verify the accuracy of the attachment assessment instruments in adults. Researchers have focused on dimensional attachment models and created multi-item inventories to assess individual differences in attachment dimensions. Mapping some discussions involving dimensional (self - report instruments) and categorical (narrative instruments) approaches, it is possible to observe the possibilities and limitations of each one. The dimensional and categorical perspectives are very different, however, potentially complementary to construct a malleable attachment construct in adults.

**Keywords:** Attachment theory; Dimensional and categorical perspectives; Self-report and narrative instruments.

### 3.1. Introdução

As ideias sobre a teoria do apego resultaram em pesquisas e desdobramentos no campo das relações interpessoais. A primeira fase de pesquisas em apego focou principalmente em crianças e em estudos de como avaliar, qual a origem e quais as consequências do apego infantil a seus cuidadores principais. Já em seu segundo estágio, os estudos em apego se ampliaram para a teoria do apego em adultos, estágio este marcado em grande parte pela busca das consequências das diferenças individuais dos estilos de apego tanto nas relações interpessoais quanto na saúde mental (Rholes & Simpson, 2004).

A partir desse segundo estágio, já na década de 80, duas linhas de pesquisa independentes emergiram. A primeira foi formada por psicólogos clínicos e do desenvolvimento, focando seus estudos no desenvolvimento da Entrevista de Apego em Adultos (AAI – *Adult Attachment Interview*) (Main, 2000; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985).

A entrevista com duração de cerca de uma hora, cujo objetivo era avaliar o estado mental do adulto em relação ao apego a partir de suas memórias infantis com a figura de apego principal. Esses pesquisadores mostraram repetidamente que as classificações da AAI das figuras parentais poderiam prever a classificação de apego da criança em relação a essas mesmas figuras no experimento da Situação Estranha (Lopez, 2009; Main, 2000; Rholes & Simpson, 2004).

A AAI utilizava a análise do discurso com o intuito de discernir diferenças importantes entre as representações implícitas cognitivo-afetivas (ou seja, os modelos funcionais internos) das experiências nas primeiras relações de apego. Assim, quatro categorias são formadas: seguro-autônomo, inseguro-evitativo (*dismissing*), inseguro preocupado e desorganizado. Outras versões da AAI também utilizam de correção a partir de uma escala contínua de coerência da narrativa, assim como a partir de um escore alternativo contínuo com duas dimensões independentes: segurança-ansiedade (refletindo o grau de autonomia que o indivíduo exibe de seu estado mental, em contraste com um estado mental comprometido por ansiedade ou insegurança) e hiperativação-hipoativação

(reflete a variabilidade nas tendências do indivíduo de focar em demasia nas preocupações relacionadas ao apego, em contrapartida ao desvio da atenção dessas preocupações). Esta última forma de análise é muito semelhante aos instrumentos de autorrelato, como será abordado em seguida (Lopez, 2009; Shaver & Mikulincer, 2004).

Já a segunda linha de pesquisa foi caracterizada pelo uso do breve instrumento de autorrelato de Hazan e Shaver (*adult attachment style*) ou alguma extensão ou refinamento desse instrumento por psicólogos sociais, estudiosos da personalidade e alguns psicólogos clínicos, focando na tipologia de quatro dimensões (seguro, preocupado, evitativo e amedrontado). Os instrumentos de autorrelato tem o intuito de compreender os processos sócio-cognitivos das relações humanas, direcionando a atenção para as relações de intimidade entre pares. Assim, esses instrumentos têm como objetivo medir os padrões de relacionamento distintos e explícitos que são representativos do estilo de apego com os parceiros românticos (Lopez, 2009; Shaver & Mikulincer, 2004).

Essa segunda tradição se baseia em quatro categorias de apego (seguro, evitativo/ *avoidant dismissing*, preocupado e amedrontado/ *avoidant fearful*), que são formados a partir dos espaços bidimensionais dos eixos de ansiedade e evitação. O primeiro eixo (ansiedade) se basearia na forte necessidade para o cuidado e atenção das figuras de apego junto a uma incerteza profunda e penetrante sobre a capacidade ou a disponibilidade das figuras de apego responderem a tais necessidades, resultando em uma tendência à hiperativação do sistema de apego, com esforços frequentes para manter a proximidade com o parceiro. Já o segundo (evitação) diria respeito ao desconforto com a intimidade psicológica e o desejo de manter independência psicológica, mesmo em relações próximas, gerando a tendência à hipoativação do sistema de apego, com uma inibição ou supressão da busca de proximidade (Lopez, 2009; Rholes & Simpson, 2004; Shaver & Mikulincer, 2004).

Apesar dos instrumentos de narrativa, principalmente a AAI, ainda serem muito utilizados nas pesquisas, percebe-se uma valorização dos instrumentos de autorrelato, que avaliam os aspectos do sistema de apego a partir da visão do sujeito estudado (Shaver & Mikulincer, 2004).

Assim, ao se focar nos estudos do apego em adultos, muitos pesquisadores se questionam se a categorização realizada pelos instrumentos de narrativa (como a AAI) representaria da melhor forma os comportamentos de apego e seu impacto nos modelos funcionais internos (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008).

O objetivo deste trabalho é, portanto, mapear algumas discussões envolvendo as abordagens dimensional e categórica, com o intuito de observar as possibilidades e limitações de cada uma.

### 3.2. Dimensões *versus* Categorias

A partir das diversas questões que as pesquisas em apego vêm construindo tornou-se necessário verificar a precisão dos instrumentos de avaliação do apego em adultos. Até o início dos anos 2000, esses instrumentos tinham inúmeras limitações psicométricas, como o uso de respostas únicas para classificações simplificadas. Com o uso de técnicas taxométricas, foi possível verificar que a variação do apego em adultos não pode ser engendrada a um modelo taxométrico, gerando problemas em análise conceitual, estatística e precisão do instrumento (Fraley, Waller & Brennan, 2000).

Recentemente, os pesquisadores têm focado em modelos dimensionais de apego e criado inventários com múltiplos itens para avaliar as diferenças individuais das dimensões do apego. Isso porque existem estudos que sugerem que as diferenças individuais do apego podem ser descritas multidimensionalmente, observando múltiplas variáveis do comportamento (Fraley et al., 2000; Weinfield et al., 2008).

As diversas tentativas de se criar escalas com múltiplos itens revelam que existem duas dimensões importantes implicadas na avaliação dos estilos de apego que utilizam instrumentos de autorrelato. A primeira delas, a ansiedade, está relacionada à separação, abandono, ou amor insuficiente, enquanto que a segunda envolve intimidade, dependência e expressividade emocional (Mikulincer & Shaver, 2007).

A partir da perspectiva de Hazan e Shaver em relação ao instrumento de avaliação do estilo de apego em parceiros românticos, muitos pesquisadores se perguntaram se o autorrelato deveria ser caracterizado a partir de termos dimensionais, pois se acredita que muitos trabalhos que preferem tal instrumento estariam mais bem embasados se as medidas utilizadas fossem as dimensionais, uma vez que as perspectivas categóricas desprezam informações relevantes sobre as diferenças individuais dentro de cada categoria. Além disso, questiona-se se as diferenças individuais da organização do apego são realmente categóricas, pois alguns autores observam que um *continuum* de segurança seria a base de muitas classificações de apego. Esse debate sobre os tipos e as dimensões de apego é essencial, tendo em vista que a maneira como um conceito é avaliado tem importantes implicações para a sua precisão, validade e valor estatístico (Fraley & Spieker, 2003; Mikulincer & Shaver, 2007).

Alguns autores (Fraley & Phillips, 2009) questionam a abordagem categórica em instrumentos de autorrelato por perceberem limitações em seu uso, como, por exemplo, o fato de que se obriga o respondente a escolher uma opção quando mais de uma pode ser cabível. Assim, discute-se o uso de instrumentos com escalas contínuas, tendo sido testado em revisões do instrumento proposto por Hazan e Shaver (1987).

Na medida em que o instrumento com modelo de quatro categorias, proposto por Bartholomew (Bartholomew & Horowitz, 1991) se tornou mais popular, passou-se a se usar esse instrumento a partir de uma visão dimensional, uma vez que a própria Bartholomew recomendou o uso de escalas contínuas para avaliação dos padrões de apego, além da autoclassificação. Com isso, houve um desdobramento desses instrumentos, sempre levando em conta a visão dimensional de múltiplas escalas, ampliando, assim, sua confiabilidade (Fraley & Phillips, 2009).

“Se as pessoas realmente variam continuamente na organização do apego, mas os pesquisadores distribuem as pessoas por categorias, então informações potencialmente importantes sobre as diferenças individuais das pessoas são perdidas. Essa perda pode ter efeitos deletérios no estudo de continuidade e mudança; no mapeamento dos antecedentes do desenvolvimento e nas consequências das experiências de apego; e na formação de vínculos entre as



pesquisas de apego dos campos da psicologia social, da personalidade, clínica e do desenvolvimento”.

(Fraley & Phillips, 2009,  
p.159)

Fraley e Spieker (2003) ressaltam o fato de que o sistema classificatório manteria as origens no desenvolvimento como foco da discussão, em vez de se tornar mais uma estatística. Assim, a análise taxométrica de desses autores revelou que não existe evidência de um modelo categórico de diferenças individuais na organização do apego. Além disso, esses padrões podem ser vistos como combinações lineares de, pelo menos, duas variáveis fundamentais que parecem abranger a variação de busca de proximidade *versus* estratégias evitativas, assim como a raiva e as estratégias resistentes. Assim, uma visão mais consistente seria de um modelo dimensional em relação às diferenças individuais de apego. Essa visão abordaria uma dimensão referente à busca de proximidade *versus* estratégias evitativas, na qual os objetivos dos sistemas de apego estariam organizados em torno da manutenção da proximidade, ou seja, algumas crianças se sentiriam mais confortáveis em buscar conforto e segurança nos cuidadores em situações estressoras. Já a segunda dimensão seria referente à raiva e estratégias resistentes, representando quanto há de raiva e conflito aberto em direção ao cuidador quando há ativação do comportamento de apego na Situação Estranha, experimento desenvolvido por Ainsworth e cols (1978/2015) que consiste na classificação de padrões de apego a partir da observação dos momentos de rompimento (separação) e reunião da díade criança-figura de apego.

Para tanto, esse modelo – dimensional - teria que atender a três características. A primeira seria um sistema dimensional que mantivesse as virtudes do sistema fundamentado por Ainsworth, ao mesmo tempo em que permitisse que as diferenças individuais fossem avaliadas continuamente. Um exemplo seria o foco na organização do comportamento de apego, uma vez que a criança pode ter objetivos similares, porém atinge esses comportamentos de diferentes maneiras. Com isso, a criança classificada como segura teria essa classificação com o intuito de captar os objetivos e as estratégias que ela tem, e não a base no comportamento em si. Portanto, no sistema dimensional o foco

também seria nessa organização, e não nos comportamentos (Fraley & Spieker, 2003).

A segunda característica seria a capacidade de representar os padrões clássicos do experimento de Ainsworth, devendo ser possível classificar as principais categorias dos padrões de apego no espaço dimensional. Já a última característica seria um sistema dimensional que se baseasse nas características ou nos indicadores que os pesquisadores já observaram na Situação Estranha, fazendo com que fosse mais fácil incorporar a abordagem dimensional tanto na análise categórica quanto na dimensional (Fraley & Spieker, 2003).

Fraley e Spieker (2003) propõem um modelo em que a conceituação das diferenças individuais varia no que diz respeito às dinâmicas funcionais e comportamentais. Além disso, devido à relação direta entre os tipos categóricos e os dimensionais, torna-se mais fácil navegar conceitualmente entre os modelos dimensionais e os categóricos.

Esse sistema está baseado nas escalas de comportamento interativo que já são usadas em muitas pesquisas. Isso se torna importante porque essas escalas foram explicitamente delineadas para levar em conta a natureza contextual ou interativa do comportamento. Há também o fato de que as dimensões derivaram de escores de comportamento ativos, ou seja, qualquer pesquisador que tenha treinamento com o experimento da Situação Estranha. Finalmente, o uso de escalas de comportamento interativas como uma maneira de abordar as dimensões implícitas permite que possamos originar o sistema dimensional nas observações e ideias de base de Ainsworth (Fraley & Spieker, 2003).

A taxonomia auxilia na visão de um mundo mais próximo ao olhar do ser humano, que tem capacidades de memórias e raciocínio limitadas. Apesar dos animais terem a capacidade de discriminação e de associação, apenas o ser humano tem a habilidade de detectar padrões multidimensionais e com diversos objetivos. Para sobrevivermos, a nossa cognição tem a característica de perceber similaridades do que é familiar e do que é novo, construindo representações das experiências do passado para antecipar os riscos e benefícios da nova experiência (Waters & Beauchaine, 2003).

Waters e Beauchaine (2003) apontam que a ideia de se tentar realizar uma análise taxométrica nos padrões de apego é interessante, porém possui suas fragilidades. Em contraponto ao estudo de Fraley e Spieker (2003), Waters e Beauchain (2003) apontam que a falha na análise taxométrica das diferenças individuais do apego se deve ao fato de se ter muitos resultados concomitantes, o que pode gerar resultados “falso-negativos”. A busca de uma taxonomia do apego, segundo esses autores, não é relevante devido ao fato de que não existem métodos específicos válidos para se avaliar os grupos e subgrupos do apego, tendo em vista que o padrão de comportamento pode se modificar dependendo do cenário.

Cassidy (2003) questiona o uso do modelo dimensional ao se abordar a organização da criança em relação a um determinado cuidador. Para ela, a classificação dimensional ignora conceitos importantes como afeto, interação à distância, busca, interação com o estranho, exploração, cansaço e passividade. Assim, não se sabe o que seria encontrado em uma análise taxométrica que levasse esses pontos em consideração.

A mesma autora também acredita que há limitações na abordagem dimensional, tendo em vista que uma criança pode demonstrar diferentes maneiras de proximidade, contato e evitação ao longo do tempo, mas ainda assim ser classificada como apego seguro no experimento da Situação Estranha, por exemplo. Além disso, há uma dificuldade em se manter as dimensões comportamentais nos estudos longitudinais, tendo em vista que a forma como se busca a proximidade muda ao longo do desenvolvimento (com a introdução da linguagem, por exemplo). Outro ponto na discussão entre dimensão e categoria é o de que a abordagem tipológica ajudou os estudos em apego a avançarem ao longo dos anos de maneira que ainda não se obteve com os modelos dimensionais (Cassidy, 2003).

Mais um ponto a ser discutido consiste na identificação do grupo desorganizado de apego no modelo dimensional, uma vez que a categorização tipológica permitiu que esse tipo de apego fosse reconhecido a partir de determinados comportamentos. Crianças nesse grupo não são diferentes em termos de dimensão comportamental, como a usada no estudo de Fraley e Spieker

(2003). A diferença se faz a partir das respostas comportamentais organizadoras após a separação e a reunião na Situação Estranha (Cassidy, 2003).

Cassidy (2003) relata:

“(...) o foco nos padrões organizados que muitas crianças de diversas culturas demonstram evidência que crianças que não pertencem a esses padrões devem ser examinadas. Essa identificação tem sido central para pesquisas com população clínica e de alto risco, além de ser preditora de psicopatologia”.

(p. 410).

Sroufe (2003) ainda comentando o trabalho sobre a análise taxométrica do apego, observa o fato de que os codificadores da Situação Estranha muitas vezes encontram casos que não se adequam em qualquer categoria, mas parecem uma interseção de duas ou mais categorias. Para esse autor, a abordagem categórica persiste porque esse sistema tem dado certo e pode ser de difícil substituição.

O autor acredita que apenas duas dimensões ou quatro escalas não vão dar conta da multiplicidade dos padrões de apego vistos na Situação Estranha. Há, segundo ele, a necessidade de se levar em conta a distância de interação, a passividade, qualidade da exploração, tratamento preferencial do cuidador, compartilhamento do afeto, o comportamento de busca (durante a exploração), o cansaço e o comportamento de cumprimento.

A organização do comportamento envolve muito mais do que os padrões resumidos mostrados nas escalas. Envolve também a maneira pela qual o comportamento se transforma dependendo do momento, das circunstâncias e até mesmo ao longo dos anos. Assim, a análise proposta por Fraley e Spieker (2003) não seria sensível o suficiente para as características da organização do apego (Sroufe, 2003).

O mais importante ao se falar em organização do comportamento de apego é que a busca de contato quando a criança se sente de alguma maneira ameaçada não é uma situação rara. Quando uma pessoa estranha tenta se aproximar da criança, mesmo na presença do cuidador, ela se sente ameaçada, ou seja, é a maneira pela qual a criança vai organizar seu comportamento de acordo com as mudanças de circunstâncias. Isso corrobora a categorização tipológica, uma vez

que o modelo dimensional não conseguiu atingir esse patamar por causa da complexidade da tarefa (Sroufe, 2003).

Ao classificar os grupos de padrões de apego, Ainsworth queria reforçar que eles não poderiam ser considerados um *continuum*. Os padrões evitativos e resistentes foram vistos como apegos ansiosos, sem a graduação de mais ou menos ansiosos. A hipótese era de que eles tinham maneiras distintas de manifestar a insegurança e não se teria uma dimensão de segurança (Sroufe, 2003).

Apesar da discussão de que as categorias de apego seriam ficção, elas foram essenciais para embasar a teoria, tendo em vista que muitas questões de pesquisa foram respondidas a partir dessa divisão. Por exemplo, a distinção entre os grupos evitativos e resistentes promoveu avanços importantes tanto teórica como conceitualmente (Sroufe, 2003).

Há também o fato de que a categorização permitiu o trabalho de Main e Hesse (1990) com os estados mentais em relação ao apego de adultos, assim como a observação do apego desorganizado. Para esses autores, existem para as crianças estratégias limitadas na forma com que elas lidam com o cuidado inadequado. Ao ser rejeitada cronicamente pelo cuidador, a criança vai buscar respostas estratégicas para minimizar a expressão do comportamento de apego e, assim, se distanciar do cuidador ou da necessidade de apego. Assim, teríamos os grupos evitativos e resistentes como estratégias organizadas, sendo possível caracterizar o apego desorganizado como uma forma de resposta quando a criança sente que precisa do cuidador, ao mesmo tempo em que precisa fugir dele, pois ele é muito ameaçador. O apego desorganizado é um constructo muito importante, sendo também forte precursor de psicopatologia (Sroufe, 2003).

Não fosse a importância dada ao conceito de organização, o significado da estratégia de evitação, por exemplo, não poderia ser diferenciado. A falha na busca do contato, especialmente quando fatores estressores aumentam, só pode ser considerada a partir de uma conceituação teórica. As dimensões relevantes do comportamento não vêm pré-estabelecidas. Assim, para que tenha importância, a abordagem dimensional precisa levar em conta a seleção de dimensões adicionais a partir do trabalho conceitual de Ainsworth, além de outras características da

organização do comportamento de apego no paradigma de Ainsworth ou em novos experimentos (Sroufe, 2003).

São necessárias alternativas para a Situação Estranha, principalmente em outras faixas etárias. Não se sabe se o desenvolvimento de um sistema de correção multidimensional da Situação Estranha deva ter prioridade em relação a outros itens. Entretanto, o critério de avaliação do mérito da abordagem dimensional, tal como analisado por Fraley e Spieker (2003), não é tão fidedigno quanto a abordagem categórica (Sroufe, 2003).

Voltando à posição de Cummings (2003), o desenvolvimento do conceito de *continuum* de segurança poderia englobar os apegos que estariam dentro ou fora da classificação de Ainsworth em uma única escala. Esse *continuum* permitiria comparações entre todas as organizações do apego, evitando que padrões de apego diferentes fossem obrigatoriamente classificados dentro de um grupo.

Ao mesmo tempo, o apego desorganizado surgiu para classificar aqueles apegos que não cabiam na classificação inicial de Ainsworth para a Situação Estranha. Originalmente, esse grupo se enquadrava em uma recomendação de que a categoria fosse observada a partir das respostas da criança em relação ao experimento dentro de um *continuum* (Cummings, 2003).

Cummings (2003) afirma que avaliar o apego a partir da dimensão de segurança pode ser vantajoso para a comparação dos padrões de apego em uma forma de avaliação. Ele propõe um modelo que integre as múltiplas fontes de informação sobre o apego em um único *continuum* de segurança, propondo também a inclusão de muitos indicadores de apego nas escalas de avaliação, como conflito, dificuldade em confortar, afeto deprimido (*depressed affect*) e desconexão.

Por exemplo, os comportamentos simultâneos de evitação e resistência no período de reunião da criança com seu cuidador na Situação Estranha poderia ser considerado como um índice de apego, relacionado ao extremo superior da insegurança no *continuum* de segurança (Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski, & Chapman, 1985; Ramires & Godinho, 2011).

Para Cummings (2003), a fundamentação teórica é crucial para a criação de novas possibilidades de avaliações do apego, incluindo o *continuum* de segurança no apego e a adição de novos indicadores de apego. Sem uma firme base teórica, corre-se o risco de confundir indicadores de apego com correlatos do apego.

A avaliação do apego como um *continuum* dimensional amplia a especificidade da avaliação do apego, reduz o potencial de erros no instrumento e produz uma representação da relativa segurança da organização do apego naquele indivíduo. Além disso, os padrões normativos e desviantes poderiam ser englobados em uma mesma escala, o que facilitaria comparações quantitativas e estatísticas. Alguns padrões de apego potencialmente ligados a problemas mais tardios de desenvolvimento, como entre crianças que foram maltratadas ou com pais depressivos, por exemplo, podem incluir distúrbios do apego que não são abarcados pela análise categórica e, assim, não conseguem ser adequadamente avaliadas (Cummings, 2003).

A partir do conceito de modelo funcional interno de *self* e outro, Bartholomew e Horowitz (1991), interpretaram a concepção dimensional. Para ela, a dimensão da ansiedade estaria contida no modelo de *self* (positivo ou negativo), enquanto que a dimensão de evitação estaria contida no modelo de outros (positivo ou negativo). Com isso, ela aponta para a combinação desses espaços bidimensionais como definidores de quatro padrões de apego: Seguro (modelos positivos de *self* e outros - “é fácil para mim estar emocionalmente perto de outros. Estou confortável em depender deles e tê-los dependendo de mim. Não me preocupo em ficar sozinho ou dos outros não me aceitarem”); Preocupado (termo cunhado da AAI, com modelos positivos de outros e negativos de *self* - “eu quero me aproximar intimamente dos outros, mas eu geralmente descubro que eles estão relutantes em se aproximar de mim da maneira que eu gostaria. Eu fico desconfortável em não ter relações de proximidade, mas me preocupo às vezes de que os outros não me valorizam tanto quanto eu os valorizo”); Evitativo (modelos de *self* positivos e modelos de outros negativos - “eu me sinto confortável em não ter relações de intimidade. É muito importante que eu me sinta independente e autossuficiente, e prefiro não depender dos outros ou ter os outros dependendo de mim”); amedrontado ou evitativo amedrontado (*fearful* ou *fearful avoidant*) (modelos negativos de *self* e de outros - “eu me sinto desconfortável em me

aproximar de outros. Eu quero ter relações de intimidade emocional, mas acho difícil confiar totalmente nos outros ou depender deles. Preocupo-me que vá me machucar se me permitir estar muito próximo dos outros”) (Mikulincer & Shaver, 2007).

### 3.3. Considerações finais

O debate sobre a classificação categórica *versus* dimensional aponta que a ideia de que os indivíduos funcionam de maneira contínua em sua organização de apego, mas são categorizados nas pesquisas sobre o mesmo tema, acarreta perdas importantes no entendimento de como as pessoas funcionam. Isso pode gerar efeitos prejudiciais na observação das mudanças no sistema de apego, e na sua continuidade, assim como no rastreamento das experiências passadas e suas consequências e na compreensão de certas organizações do apego. Além disso, possibilita uma ligação entre as pesquisas provenientes dos campos da psicologia social, da personalidade, clínica e do desenvolvimento (Fraley & Phillips, 2009).

As avaliações com multi-métodos ou múltiplas respostas podem ser aplicadas para avaliar o construto segurança sentida, como meta para o funcionamento do indivíduo em diversos contextos familiares e extra-familiares. Com isso, os contextos e a faixa etária nos quais o apego é avaliado podem ser ampliados, mesmo incluindo as noções tradicionais de busca de proximidade e disponibilidade da figura de apego como elementos da avaliação. Além disso, pode-se incluir outros indicadores comportamentais do apego equivalentes à busca por proximidade, mas que também abarquem a provisão de segurança emocional do apego. Outra sugestão é a de que se desenvolvam estratégias efetivas para se avaliar o apego em um *continuum* em outros contextos além da Situação Estranha, tendo como base a análise da organização de indicadores comportamentais. A base desse *continuum* poderia ser a segurança emocional, ou segurança sentida.

Por muito tempo não houve diálogo entre essas tradições, uma vez que pesquisas mostravam que havia diferenças nas congruências de seus achados. Isso pelo fato de que seus objetivos eram muito diferentes (de um lado a relação



parental com seus filhos, enquanto do outro estariam as relações mais íntimas), assim como seus focos metodológicos (a coerência no discurso em contrapartida aos sentimentos e tendências comportamentais em relações de intimidade). Assim, sugere-se que se tenha em mente que as perspectivas podem ser diferentes, entretanto potencialmente complementares para se construir um constructo maleável do apego em adultos (Lopez, 2009).

O sucesso das categorias de apego na compreensão dos desenvolvimentos sócio-emocionais da primeira infância pode fazer com que essa abordagem (*continuum*) permaneça como direção principal das avaliações dos padrões de apego. Por sua vez, as avaliações como *continuum* ou por categorias dão origem a dois níveis diferentes de análises das organizações das diferenças individuais do apego, que ampliam sua abrangência. É importante pensar nesse aspecto em futuras pesquisas, não escolhendo de antemão entre as abordagens, e sim observando o que cada uma delas tem de melhor a oferecer.

### 3.4. Referências

- BARTHOLOMEW, K., & HOROWITZ, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. **Journal of Personality and Social Psychology**, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- BARTHOLOMEW, K., & SHAVER, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? **Attachment Theory and Close Relationships**, 25–45. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- CASSIDY, J. (2003). Continuity and Change in the Measurement of Infant Attachment: Comment on Fraley and Spieker (2003). **Developmental Psychology**, 39(3), 409–412. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.409>
- CUMMINGS, E. M. (2003). Toward Assessing Attachment on an Emotional Security Continuum: Comment on Fraley and Spieker (2003). **Developmental Psychology**, 39(3), 405–408. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.405>
- FRALEY, R. C. (2002). Introduction to the special issue : The psychodynamics of adult attachments – Bridging the gap between disparate research traditions. **Attachment & Human Development**, 4(2), 131–132. <https://doi.org/10.1080/1461673021015418>
- FRALEY, R. C., & PHILLIPS, R. (2009). Self-Report Measures of Adult Attachment in Clinical Practice. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), **Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults** (pp. 153–180). New York: The Guilford Press.
- FRALEY, R. C., & SPIEKER, S. J. (2003). What Are the Differences Between Dimensional and Categorical Models of Individual Differences in Attachment? Reply to Cassidy ( 2003 ), Cummings ( 2003 ), Sroufe ( 2003 ), and Waters and Beauchaine ( 2003 ), **Developmental Psychology**, 39(3), 423–429. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.423>
- FRALEY, R. C., WALLER, N. G., & BRENNAN, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. **Journal of Personality and Social Psychology**, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

HAZAN, C., & SHAVER, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. **American Psychologist**, 46(3), 333–341. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

LOPEZ, F. G. (2009). Clinical Correlates of Adult Attachment Organization. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), **Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults** (pp. 94–117). New York: The Guilford Press.

MAIN, M. (2000). The Organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible Vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 48(4), 1055–1096. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>

MAIN, M., & HESSE, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), **Attachment in the Preschool Years** (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.

MAIN, M., KAPLAN, N., & CASSIDY, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, 50(1/2), 66–104. <https://doi.org/10.2307/3333827>

MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2007). **Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change**. New York: The Guilford Press.

RADKE-YARROW, M., CUMMINGS, E. M., KUCZYNSKI, L., & CHAPMAN, M. (1985). Patterns of Attachment in Two- and Three-Year-Olds in Normal Families and Families with Parental Depression. **Child Development**, 56(4), 884–893.

RAMIRES, V. R. R., & GODINHO, L. R. (2011). Psicoterapia Baseada Na Mentalização De Crianças, *16*(1), 61–70.

RHOLES, W. S., & SIMPSON, J. A. (2004). Attachment Theory: Basic Concepts and Contemporary Questions. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), **Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications** (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.

SHAVER, P. R., & MIKULINER, M. (2004). What to Self-Report Attachment Measures Assess? In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), **Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications** (Kindle Ed.). New York: The Guilford Press.

SROUFE, L. A. (2003). Attachment Categories as Reflections of Multiple Dimensions: Comment on Fraley and Spieker (2003). **Developmental Psychology**, 39(3), 413–416. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.413>

WATERS, E., & BEAUCHAINE, T. P. (2003). Are There Really Patterns of Attachment? Comment on Fraley and Spieker (2003). **Developmental Psychology**, 39(3), 417–422. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.417>

WEINFELD, N. S., SROUFE, L. A., EGELAND, B., & CARLSON, E. (2008). Individual Differences in Infant-Caregiver Attachment: Conceptual and Empirical Aspects of Security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (2nd Editio, pp. 78–101). New York: The Guilford Press.

WILHELM, K., & TIETZE, T. (2016). Difficult doctor – patient interactions Applying principles of attachment based care. **Medicine Today**, 17(1–2), 36–47.

#### 4. O Sistema de Cuidado e a Relação Médico-Paciente: Respondendo às necessidades do outro<sup>5</sup>

Mariana Guerra Barstad-Castro-Neves

Psicóloga Clínica

Doutoranda em Psicologia Clínica/PUC-Rio

Flavia Sollero-de-Campos

Psicóloga Clínica

Doutora em Psicologia Clínica/ PUC-Rio

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio

**Resumo:** A teoria do apego afirma que os seres humanos têm um sistema de apego paralelo, sistema de cuidados e sistema exploratório. O sistema de cuidado é a contrapartida dos sistemas de apego e exploratório. O sistema de cuidado consiste em proporcionar base segura à qual o indivíduo pode retornar quando se sente ameaçado e uma base segura a partir da qual ele pode explorar o ambiente. O sistema de cuidado também pode ser experimentado na relação médico-paciente. Cuidar de seus pacientes em momentos de necessidade é equivalente a ativar o próprio sistema de cuidado do médico para proteger e garantir a saúde e o bem-estar do paciente.

**Palavras-chave:** Teoria do apego; Sistema de cuidado; Base segura; Relação médico-paciente.

---

<sup>5</sup> Versão em inglês desse artigo foi submetida à publicação para a revista Avances en Psicología Latinoamericana (Anexo VII)

## **The Caregiving System and Doctor-Patient Relationship: responding to one's needs**

**Abstract:** Attachment theory states that human beings have a paralleled attachment system, caregiving system and exploratory system. The caregiving system is the counterpart of both attachment and exploratory system. The caregiving system consists of providing safe haven to which the individual can go back when feeling threatened and a secure base from which he or she can explore the environment. The caregiving system can also be experienced in the doctor-patient relationship. Taking care of their patients in times of need is equivalent to activate doctor's own caregiving system to protect and secure the patient's health and wellbeing.

**Keywords:** Attachment theory; Caregiving system; Safe haven; Doctor-patient relationship.

#### 4.1. Introdução

A teoria do apego postula que os indivíduos têm necessidades de proteção e segurança biologicamente enraizadas. Dado que eles não nasceram maduros o suficiente para sobreviver por si mesmos e que são criaturas ainda mais sociais quando se sentem ameaçados, os seres humanos procuram a proximidade de uma figura de apego mais forte e mais sábia para alcançar proteção e segurança. Essa busca coletiva de comportamento é chamada de sistema de apego, denominada a partir de todas as funções biológicas e tendências adaptativas encontradas. No entanto, sendo relacional, um sistema de apego ativa a capacidade de cuidar, que pode ser desenvolvida no sistema de cuidados, que é a capacidade da figura de apego de responder e ser sensível às necessidades do indivíduo (Bowlby, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Ramires & Schneider, 2010).

O sistema de cuidados também está ligado ao sistema exploratório, que é a capacidade do indivíduo para explorar o ambiente ao seu redor, ficando encantado por ele, experimentando-o e estando nele. Um cuidador sintonizado aprende os momentos em que deve ir a auxílio do indivíduo e os em que vai aplaudir de longe toda a realização que este está conquistando (Cassidy, 2016).

A principal idéia é a de que as experiências do indivíduo e seus pares construirão vínculos emocionais. O cuidador pode ficar disponível e se colocar como um porto seguro que define o tipo de comportamento em que a criança, e mais tarde o adulto, poderão confiar. Este trabalho tem como objetivo rever alguns conceitos sobre o sistema comportamental de cuidados e sua relação com o sistema comportamental de vinculação, o sistema exploratório e o modelo de trabalho interno.

#### 4.2. Apegando-se: o sistema de apego e o sistema exploratório

O sistema comportamental de apego é um sistema biológico, com tendências adaptativas, composto de comportamentos de apego e ativado quando a pessoa se sente ameaçada ou em perigo, vinculado ao sistema comportamental do medo. Essa ameaça pode ser real ou fantasiada, sendo a experiência de insegurança o fator proeminente para esse sistema. Está presente do berço ao túmulo e está baseado nas relações, começando com os cuidadores primários, geralmente os pais. Uma vez ativado, o sistema de apego busca proximidade e

segurança de uma figura de apego mais forte e mais sábia, geralmente o cuidador (Bowlby, 1990, 1997; Cassidy, 2016).

Quando essa necessidade é atendida, o sistema de apego é desativado, sendo o indivíduo capaz de ativar seu sistema exploratório. Por sua vez, o sistema exploratório aumenta as vantagens da sobrevivência fornecendo informações sobre o ambiente e como ele funciona, como usar ferramentas, construir estruturas, obter comida, por exemplo. Pode-se explorar os arredores, usar a figura de apego como uma base segura, experimentando-a com curiosidade e intensidade. Assim, o indivíduo pode ter uma sensação de eficácia e competência, com alegria, satisfação, exuberância e orgulho que são marcadores afetivos do sistema exploratório (Cassidy, 2016; Fosha, 2000). Isso constitui um estilo de apego seguro.

Conforme mencionado acima, o sistema de apego é ativado pelo relacionamento com o cuidador. O bebê pode explorar com segurança o ambiente, e mais importante, começar a privilegiar algumas estratégias que são consideradas mais adaptativas. É o início da construção do seu modelo funcional interno.

Os modelos funcionais internos são representações mentais do relacionamento e dos ambientes que são internalizados no que Bowlby (1990) chamou de *scripts* ou roteiros que ajudam os indivíduos a prever e atuar no ambiente. Os modelos de funcionais podem representar o *self*, o que significa a experiência sobre si mesmo, ou outros, ou seja, a experiência relacional dos outros.

Se o modelo funcional interno de *self* e de outros é positivo, então, o indivíduo tende a ter um apego seguro, com baixa ansiedade e baixa evitação. No entanto, às vezes as necessidades da díade não são atendidas, obrigando o indivíduo a recorrer a estratégias secundárias, a mecanismos de defesa, especialmente à exclusão defensiva, para se adaptar ao ambiente relacional e manter a proximidade com o cuidador. Se o modelo de *self* é positivo e o modelo de outro é negativo, a tendência é ter um apego evitativo, com baixa ansiedade e alta evitação. Se o modelo de *self* é negativo e o modelo de outro é positivo, existe um apego preocupado, com alta ansiedade e baixa evitação. Finalmente, se ambos os modelos, de *self* e dos outros são negativos, é provável que tenha um estilo de apego amedrontado, com alta ansiedade e alta evitação (Mikulincer & Shaver, 2007; Pietromonaco & Barrett, 2000).



Os modelos funcionais internos consistem em como a criança, ou aquele que recebe o cuidado, forma padrões de relacionamentos para alcançar a atenção ou cuidado dos pais ou do parceiro, ativando o sistema de cuidado destes. Para cada díade, sempre que um sistema de apego é ativado, um sistema de cuidado também é ativado, sendo aquele um relacionamento seguro ou inseguro (Cassidy, 2016; Pietromonaco & Barrett, 2000).

#### **4.3. O Sistema de Cuidado: ser uma base segura e um porto seguro**

A teoria do apego postula que os indivíduos têm a capacidade de cuidar (temporariamente) de um outro dependente que necessite de suporte e proteção. Embora, inicialmente, denominado vínculo social de apego-cuidado, atualmente é denominado como comportamento de cuidado, usado para descrever os comportamentos que o cuidador percebe como ameaçadores ou estressores, fazendo com que o indivíduo tenha como principal objetivo resgatá-lo de um perigo. Sob uma perspectiva evolutiva, é organizado para aumentar as chances de sobrevivência da criança. Muitas vezes, a díade trabalha em conjunto para manter a proximidade ideal (Cassidy, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007).

O cuidador fornece apoio e complementa os comportamentos de apego e de exploração. Dito isto, o sistema de cuidados é essencial para a sobrevivência infantil, e é por isso que os bebês, de acordo com os etologistas, têm características tão cativantes (Cassidy, 2016; Feeney & Woodhouse, 2016).

"... é provável que a estreita ligação entre os sistemas de apego e os sistemas do medo da criança seja paralela a um vínculo estreito entre os sistemas de cuidado e de medo dos pais, de modo que, quando o sistema de medo de um pai é ativado, também é o seu sistema de cuidados".

(Cassidy, 2016, p. 11).

O comportamento de cuidado se encerra somente quando o sistema de apego está desativado. Além disso, a intensidade das emoções para a ativação é proporcional à sua desativação (George & Solomon, 2008).

O papel do sistema de cuidados não se restringe a manter a proximidade com o indivíduo, mas também a direcionar o suporte e proteção quando necessário. Fornece um porto seguro pelo qual o parceiro na díade de apego pode obter o apoio e o conforto necessários; e uma base segura a partir da qual se pode

explorar o relacionamento e o ambiente. Um porto seguro oferece apoio ao indivíduo, incluindo conforto, segurança e assistência, quando se sentem angustiados. A base segura incentiva o indivíduo a explorar o ambiente, reconhecendo e respeitando suas necessidades e moldando seu comportamento (Bowlby, 1997; Feeney & Woodhouse, 2016).

O papel do cuidador é ter uma compreensão empática e intuitiva do comportamento de apego da criança, além de ser sensível e responsivo para restaurar e manter a segurança sentida (*felt security*). As figuras de apego também devem reconhecer e organizar os afetos da criança, como a frustração e o desejo pelo amor, e respeitar a formação de outras relações de apego, com os amigos da criança, por exemplo. O cuidado suficientemente bom envolve estar sintonizado com o outro e regular o seu comportamento em conformidade a ele (Bowlby, 1997; Feeney & Woodhouse, 2016; Winnicott, 1958/2000).

Desde a experiência da Situação Estranha, desenvolvida por Mary Ainsworth, na qual são observados os comportamentos do bebê e do cuidador durante momentos de separação e reunião em uma sala de laboratório, a sensibilidade materna foi definida como a capacidade de perceber e interpretar os sinais da criança, ao mesmo tempo em que responde às ativações de ligação e exploração. Também inclui sintonização e interpretação precisa dos sinais do outro (angústia e necessidade, por exemplo), respondendo em conformidade. A sensibilidade dos pais é vital porque ajuda as crianças a se regularem quando ainda estão aprendendo a construir a capacidade de autorregulação (Ainsworth, 1979; Feeney & Woodhouse, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007).

Desta forma, o cuidador libera a criança de se monitorar para que ela possa voltar sua atenção para explorar. O monitoramento da criança é um papel crítico para a figura do apego, dado que muitas vezes pais e filhos não concordam com a distância do relacionamento e as ameaças do ambiente. Em muitas situações, o sistema de cuidados da figura de apego é ativado, mas o sistema de apego da criança não o é, porque o pai ou a mãe tem mais informações e maior percepção sobre o ambiente, o que às vezes pode levar a conflitos. Dito isto, é essencial que o cuidador esteja ciente das necessidades da criança e de como responder a isso. Nem sempre é possível atender a todas as exigências da criança, seja por trabalho

ou para dar atenção a outros membros da família (como irmãos ou parceiros românticos) (Cassidy, 2016; George & Solomon, 2008).

O papel do cuidador consiste em ser receptivo e disponível para a criança, apenas interferindo quando a criança procura a figura de apego ou quando há algum sinal de ameaça. É ativado por sinais internos e externos, juntamente com a percepção da figura de apego de situações assustadoras, perigosas ou estressantes. As pistas internas incluem hormônios, crenças culturais, estado geral dos pais (ou seja, se o pai está doente ou cansado) e outros sistemas comportamentais, enquanto os externos incluem estado do ambiente, estado do bebê e comportamento do bebê (Cassidy, 2016; George & Solomon, 2008).

O cuidado é ativado, geralmente, quando é preciso lidar com o estresse, o perigo ou o desconforto, procura ou precisa de ajuda; ou quando alguém precisa de alguém para ser validado, celebrado, motivado ou encorajado para quaisquer oportunidades ou realizações. Se um indivíduo não consegue ver os sinais, é invasivo, infere incorretamente ou negligencia alguns sinais, ele não está adotando um papel de cuidar (Mikulincer & Shaver, 2007). Dentro desse papel, o cuidador deve decidir quais as ações a serem realizadas, analisando continuamente o ambiente para avaliar todas as fontes de informação, como os sinais da criança e qualquer percepção de ameaça ou perigo, organizando e selecionando uma resposta (George & Solomon, 2008).

Os cuidadores que ignoram e negligenciam as experiências e as necessidades de alguém, que não percebem ou são insensíveis e não respondem às suas pistas, mostram uma falta de sincronia no seu papel de refúgio, como protetores e apoiadores (Feeney & Woodhouse, 2016).

Conforme mencionado acima, um bom cuidador deve ser capaz de fornecer uma base segura e apoiar a exploração. Isso significa prover uma base a partir da qual um indivíduo pode experimentar o ambiente (brincando, trabalhando, aprendendo, descobrindo, criando, fazendo novos amigos, por exemplo), conscientes de que sempre há conforto, segurança e assistência para retornar se houver alguma dificuldade (Feeney & Woodhouse, 2016).

Em resumo, a base segura apresenta três características principais: disponibilidade do cuidador quando necessário, suporte à exploração sem interferência desnecessária e encorajamento e aceitação nos comportamentos de

exploração. Enquanto a primeira característica diz respeito ao cuidador disponível como uma base segura quando necessário, o segundo envolve o suporte à exploração sem interferência desnecessária, uma vez que um comportamento invasivo inibe a exploração, demonstrando um cuidador insensível e não responsivo. A terceira característica é encorajar e aceitar a exploração porque aumenta o entusiasmo por ela, bem como a confiança do outro (Feeney & Woodhouse, 2016).

Os cuidadores incapazes de fornecer uma base segura adequada são insensíveis aos sentimentos do parceiro, invadem as explorações do outro, falham em encorajar os outros em autonomia e exploração ou respondem de forma desconectada e desajustada. Isso pode levar o outro a se sentir incompreendido, desrespeitado ou demandante, o que aumenta o sofrimento em oposição ao fornecimento de uma base segura (Feeney & Woodhouse, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007).

Uma ideia central gira em torno da relação entre as experiências de um indivíduo e seus cuidadores e sua capacidade para, mais tarde, formar vínculos afetivos. Os padrões de relacionamentos criam modelos de *self* e de outros, devido à disponibilidade dos cuidadores para as necessidades da criança, e é como a figura do apego vai responder à necessidade de proximidade e segurança que define apegos seguros (Bowlby, 1997).

#### **4.4. Sistema de Cuidados e a Relação Médico-Paciente**

Lidar com o sofrimento de outros como cuidador pode suscitar duas reações emocionais: compaixão empática e sofrimento pessoal. A compaixão empática se concentra na compaixão pelas necessidades e sofrimentos do outro, com a preocupação em aliviar a situação do sofredor; enquanto na angústia pessoal, o alívio do desconforto da pessoa frequentemente significa que o cuidador ignora ou foge da situação apenas para mitigar sua situação emocional desagradável. A compaixão apoia a prestação de cuidados sem qualquer benefício direto para o cuidador (cuidados incondicionais), mas quando vivencia

dificuldades pessoais, o objetivo passa a ser ajudar o outro a fim de aliviar o desconforto do próprio cuidador (Mikulincer & Shaver, 2007).

Mikulincer & Shaver (2007) apontaram que o cuidado requer regulação interpessoal (na relação) e intrapessoal (conexão do cuidador com ele mesmo), uma vez que envolve processos de regulação emocional, autorregulação e regulação interpessoal. A regulação da emoção impede o cuidador de se sentir sobrecarregado com a ansiedade ao lidar com a díade e não ser aquele que precisa do cuidado, em vez de ser o prestador de cuidados. A autorregulação é necessária, pois é claro que as necessidades do outro têm precedência sobre aquelas do indivíduo. Isso significa escutar de maneira sensível e responsiva as necessidades do outro, ajudando-o da melhor maneira possível. O papel da regulação interpessoal consiste em sincronizar e coordenar a díade, isto é, estar presente, ser responsivo e atento ao relacionamento, mas não muito próximo e a ponto de invadir, nem se distanciar a ponto de perder a conexão.

É importante enfatizar que somente quando há uma sensação de segurança que a figura do apego pode se sentir à vontade para ser sensível ao seu parceiro, senão este pode se sentir obrigado a proteger-se primeiro ao invés de cuidar do outro que está em necessidade. Sentir-se seguro protege o cuidador de se sentir sobrecarregado ou ameaçado pelas necessidades ou oportunidades (para exploração) do outro (Mikulincer & Shaver, 2007).

Como no sistema de apego, o sistema de cuidados pode ser ativado ao longo da vida. Durante a infância, os pais são os principais cuidadores, mas na idade adulta, outros podem desempenhar esse papel para proporcionar conforto, suporte e segurança em momentos de necessidade. Sua disponibilidade é um determinante crucial da qualidade e estabilidade do relacionamento (Mikulincer & Shaver, 2007).

Vale ressaltar que, embora o comportamento de cuidar seja pré-programado, também é relacional (Feeney & Woodhouse, 2016).

"Aqueles que nos são entregues como cuidadores ou figuras de apego são sempre imperfeitos. Alguns são melhores do que outros. Alguns são alegres e resistentes, e alguns estão deprimidos, cansados e preocupados. Todos são diferentes em seus estados de espírito e estados emocionais e nos estresses a que

são vulneráveis, melhor em algumas ocasiões e em alguns tipos de situações e pior em outros "

(Costello, 2013, p.3).

Muitos autores (Adshead & Bluglass, 2001; Collins & Ford, 2010; Feeney & Woodhouse, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007) destacam como as figuras de apego constroem suas capacidades de cuidar a partir de seus relacionamentos de apego. A partir dessa postura, os indivíduos desenvolvem representações mentais de si mesmos como cuidadores, bem como dos receptores de cuidados, formando modelos de trabalho de si e de outros. Esses modelos de trabalho orientam os comportamentos de cuidar, delineando suas expectativas, sentimentos e ações. Assim, as representações seguras facilitam o cuidado seguro, fornecendo uma base segura para explorar e um porto seguro para onde se pode retornar quando necessário, resultando em estilos de apego seguro.

Pesquisas (Biringen et al., 2000; Bosquet & Egeland, 2001) afirmam que os parceiros envolvidos em interações mutuamente disponíveis e gratificantes tendem a ser associados a representações maternas e estados mentais sensíveis, e quão prejudicial pode ser quando há indisponibilidade materna. Estudos (McCarthy & Maughan, 2010, Mohr, Cook-lyon e Kolchakian, 2010) também apontam relações entre modelos de trabalho internos positivos e negativos, que resultam em estilos de apego seguros e inseguros nas relações. Esses estudos corroboram a ideia de que um sistema de cuidados pouco responsivo leva a representações mentais negativas de si mesmo e de outros, prejudicando a capacidade do indivíduo de se manter em sintonia, e sensível à díade (Luke, Maio e Carnelley, 2004; Mikulincer & Shaver, 2007).

#### **4.5. A Relação Médico-Paciente e o Sistema de Cuidados: estando presente em momentos de necessidade**

A doença coloca o indivíduo frente ao "impensável": morte, finitude, imobilidade, impotência. Neste momento, o corpo já não pertence à pessoa, vivenciando-se uma escravidão da mente e ao corpo (Botega, 2006).

Vai-se do sujeito das intenções ao sujeito de atenção, enfrentando sensações como ameaças à sua integridade; ansiedade de separação; medo de estranhos; culpa e medo de retaliação ou de perda de controle; de perder o amor ou a aprovação das pessoas ao seu redor; medo da perda (ou dano) qualquer parte do corpo; medo de morrer (Botega, 2006).

A doença pode ter o papel de significar a necessidade de ser tocado, ouvido e recebido. É quando a comunicação é possível, e o motivo de que às vezes pode ser difícil receber tratamento precisamente porque a doença pode trazer um ganho secundário, no qual o indivíduo pode comunicar sua angústia e ser bem recebido. Além disso, pode existir uma dificuldade em confiar no cuidador, dado que a sua necessidade não foi atendida ou escutada (Campos, 2007).

Da mesma forma, os profissionais de saúde, incluindo os médicos, encontram-se diante das dores, expectativas e frustrações do paciente. Quanto ao papel do médico, é esperada a cura do paciente ou de seus entes queridos. É o médico quem frequentemente recebe os sentimentos ambivalentes do paciente e das famílias, tanto de gratidão pelo cuidado, como também de raiva e culpa pelo sofrimento e agravamento da doença do paciente (Kovács, 2010).

Ao lidarem com o sofrimento do paciente, os médicos também devem lidar com suas próprias experiências, sua própria história, ou as responsabilidades e expectativas que elas trazem. Algumas questões surgem da própria angústia do profissional e, se houver espaço suficiente, para lidar com seus processos de luto. Como lidam com tudo isso também dependerá da sua história pessoal, herança cultural e como a educação médica trata dos processos relacionais (Campos, 2007; Kovács, 2010).

O médico ainda tem a reputação daquele “que detém todo o conhecimento”, da rigidez hierárquica do conhecimento, que exige um distanciamento emocional para que possa realizar seu trabalho. A própria educação médica se dirige para o princípio de que as emoções turvam os pensamentos, e isso confirma aos médicos que “... uma certa medida de insensibilidade não é apenas uma vantagem, mas uma necessidade positiva no exercício de um julgamento calmo” (Ofri, 2013, p. 4).

Balint (2005) acreditava que o médico é o medicamento mais prescrito para o paciente. No entanto, deve ser feito com sabedoria devido aos seus efeitos colaterais. De acordo com CREMESP (2001), a qualidade na relação médico-paciente baseia-se em um atendimento humanizado (relação interpessoal suficientemente boa e dedicação de tempo e atenção ao paciente); na escuta do paciente (esclarecendo quaisquer questões e entendendo as expectativas); em explicação direta e detalhada de diagnóstico e tratamento (para a compreensão dos riscos e benefícios do paciente); na autonomia do paciente na escolha do seu tratamento; em atualizações em conferências e outros eventos; em estar disponível para o paciente; em compreender os limites da medicina; em referir o paciente a outros profissionais quando necessário; em fazer parte dos movimentos para melhorar as condições de trabalho.

A relação médico-paciente é considerada uma tecnologia leve; assim, precisa cuidadosamente considerada e atualizada tão rápida quanto as próprias máquinas. A tendência da medicina moderna, cada vez mais tecnológica e restrita pelos protocolos, diminui a espontaneidade do cuidado. A relação médico-paciente ocorre como um encontro ímpar, formado por indivíduos ímpares, de maneira que o pareamento de cada médico com cada um de seus pacientes seja singular (Grillo, 2016).

Conforme mencionado acima, ser um provedor de cuidados é estar disponível para o paciente quando ele mais precisa, o que é muito semelhante ao que a teoria do apego descreve sobre o sistema de cuidados. Pesquisas (Adshead & Guthrie, 2015; Wilhelm & Tietze, 2016) mostram que os padrões de apego influenciam nas relações dos pacientes com os profissionais de saúde (por exemplo, médicos), levando a uma maior ou menor adesão e gerenciamento do tratamento. Outros estudos (Micelli, 2009; Tan, Zimmermann e Rodin, 2005) postulam que uma postura empática na relação com os pacientes pode resultar em sucesso terapêutico, o que significa maior capacidade de resposta empática do médico às necessidades e vivências do paciente no seu processo de adoecimento. Neste sentido, a atenção aos padrões de apego do paciente e às características do cuidar por parte do médico pode melhorar a qualidade da relação médico-paciente, gerando resultados benéficos no próprio tratamento.



#### 4.6. Considerações finais

A teoria do apego afirma que os seres humanos têm um sistema de apego, juntamente com um sistema de cuidados e um sistema exploratório. Quando o sistema de apego ou o sistema exploratório são ativados, o sistema de cuidado também é ativado, enquanto que se o sistema de apego estiver ativado, o exploratório é desativado. O sistema de apego consiste na tendência que os indivíduos têm de, ao perceber quaisquer sinais de ameaça (real ou imaginada), buscam a proximidade de uma figura de apego mais forte e mais sábia. O sistema exploratório é a experiência baseada na curiosidade que se dá quando os indivíduos se sentem suficientemente seguros no ambiente. Já o sistema de cuidados é a contrapartida do sistema de apego e exploratório. É o comportamento protetor e de busca segura da figura do apego no relacionamento com o provedor de cuidados.

O sistema de cuidados apresenta duas características principais: proporciona um porto seguro para o qual o indivíduo pode voltar quando se sente ameaçado, e uma base segura a partir da qual ele pode explorar o ambiente. Ambas as características dependem da disponibilidade, da sensibilidade e da capacidade de resposta do cuidador ao indivíduo. Se a figura de apego demonstrar estar disponível, sensível e responder às necessidades do indivíduo, então este pode sentir-se seguro para desativar seu sistema de apego e explorar o ambiente. Alternativamente, se o cuidador é sensível e responsivo e não se intromete na exploração que o indivíduo está realizando, então este pode sentir-se empolgado, curioso e cheio de energia para continuar aprendendo novas habilidades e alcançando sua autonomia.

O sistema de cuidado também pode ser experimentado no relacionamento médico-paciente. Os médicos têm que lidar com o sofrimento, a angústia, e a morte diariamente, buscando proporcionar segurança e cuidados ao paciente. Cuidar de seus pacientes em momentos de necessidade é equivalente a ativar o próprio sistema de cuidados (isto é, dos médicos) para proteger e assegurar, na medida de suas possibilidades, a saúde e o bem-estar do paciente. A comunicação é uma característica crucial dessa díade, uma vez que o médico deve transmitir as informações necessárias, ao mesmo tempo se conectando e estando aberto ao que

o paciente traz. Um médico aberto e disponível tende a significar um paciente mais aberto, presente, seguro e confiante.

#### 4.7. Referências:

- ADSHEAD, G., & BLUGLASS, K. (2001). A vicious circle: transgenerational attachment representations in a case of Factitious Illness by Proxy. **Attachment & Human Development**, 3(1), 77–95. <https://doi.org/10.1080/14616730010024780>
- ADSHEAD, G., & GUTHRIE, E. (2015). The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. **BJPsych Advances**, 21(3), 167–174. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013045>
- AINSWORTH, M. D. S. (1979). Infant — Mother Attachment, 34(10), 932–937.
- BALINT, M. (2005). **O médico, seu paciente e a doença** (2a Edição). São Paulo: Ateneu.
- BIRINGEN, Z., BROWN, D., DONALDSON, L., GREEN, S., KRUMHOLTZ, S., & LOVAS, G. (2000). Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. **Attachment & Human Development**, 2(2), 188–202. <https://doi.org/10.1080/14616730050085554>
- BOSQUET, M., & EGELAND, B. (2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: Implications for attachment-based interventions. **Attachment & Human Development**, 3(2), 173–199. <https://doi.org/10.1080/14616730010058007>
- BOTEGA, N. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In N. Botega (Ed.), **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência** (2nd Editio, pp. 49–66). Porto Alegre: Artes Médicas.
- BOWLBY, J. (1990). **Apego: Volume1**. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. (1997). **Formação e Rompimento dos Laços Afetivos** (3a Edição). São Paulo: Martins Fontes.
- CAMPOS, E. P. (2007). **Quem Cuida do Cuidador**. Petrópolis: Editora Vozes.
- CASSIDY, J. (2016). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications**

(3rd Editon, pp. 3–24). New York: The Guilford Press.

COLLINS, N. L., & FORD, M. B. (2010). Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. **Journal of Social and Personal Relationships**, 27(2), 235–244.  
<https://doi.org/10.1177/0265407509360907>

COSTELLO, P. C. (2013). **Attachment-Based Psychotherapy: Helping Patients Develop Adaptive Capacities**. Whashington: American Psychological Association.

CREMESP. (2001). **Guia da Relação Médico-Paciente**. Retrieved from [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=10](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=10)

FEENEY, B. C., & WOODHOUSE, S. S. (2016). Caregiving. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Editio, pp. 827–851). New York: The Guilford Press.

FOSHA, D. (2000). **The Transforming Power of Affect**. New York: Basic Books.

GEORGE, C., & SOLOMON, J. (2008). The Caregiving System: A Behavioral System Approach to Parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applicationsbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (2nd Editio). New York: The Guilford Press.

GRILLO, R.O. (2016). **Quem vê cara nao vê coração: a influência da resiliência na adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca**. Orientadora: Flavia Sollero-de-Campos; Co-orientador: Ricardo Mourilhe Rocha. Rio de Janeiro: PUC-Rio.

KOVÁCS, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **Mundo Saúde (Impr.)**, 34(4), 420–429. Retrieved from [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf)

LUKE, M. A., MAIO, G. R., & CARNELLEY, K. B. (2004). Attachment models of the self and others: Relations with self-esteem, humanity-esteem, and parental treatment. **Personal Relationships**, 11(3), 281–303.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00083.x>

MCCARTHY, G., & MAUGHAN, B. (2010). Negative childhood experiences and adult love relationships: The role of internal working models of attachment. **Attachment & Human Development**, 12(5), 445–461. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.501968>

MICELLI, A. V. P. (2009). **Laços e nós : a comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica.** , 127

MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2007). **Attachment in Adulthood: Strucuture, Dynamics and Change.** New York: The Guilford Press.

MOHR, J., COOK-LYON, R., & KOLCHAKIAN, M. R. (2010). Love imagined: Working models of future romantic attachment in emerging adults. **Personal Relationships**, 17(3), 457–473. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01281.x>

OFRI, D. (2013). **What Doctors Feel: what emotions affect the practice of medicine.** Boston: Beacon Press.

RAMIRES, V. R. R., & SCHNEIDER, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, 26, 25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>

TAN, A., ZIMMERMANN, C., & RODIN, G. (2005). Interpersonal processes in palliative care: An attachment perspective on the patient-clinician relationship. **Palliative Medicine**, 19(2), 143–150. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm994oa>

WILHELM, K., & TIETZE, T. (2016). Difficult doctor – patient interactions Applying principles of attachment based care. **Medicine Today**, 17(1–2), 36–47.

## 5. A Relação Médico-Paciente sob a Ótica do Apego: pensando caminhos<sup>6</sup>

Mariana Guerra Barstad-Castro-Neves

Psicóloga Clínica

Doutoranda em Psicologia Clínica/PUC-Rio

Flavia Sollero-de-Campos

Psicóloga Clínica

Doutora em Psicologia Clínica/ PUC-Rio

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio

**Resumo:** A relação médico-paciente consiste numa díade que é hierarquicamente assimétrica. Uma parte cuida e a outra recebe cuidado, análogo ao que ocorre nas relações de apego. O médico teria o papel de figura de apego, possibilitando ativar o seu sistema de cuidado. O objetivo deste estudo é analisar como o sistema de cuidado está inserido na relação médico-paciente, analisando o estilo de apego do médico além relacioná-lo à capacidade de cuidado que o médico tem com seu paciente. Foram entrevistados onze hematologistas do Rio de Janeiro e São Paulo com experiência no SUS utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado e foi aplicado o instrumento de autorrelato EVA (Escala de Vinculação do Adulto). Os resultados mostram a importância da utilização da entrevista para uma melhor percepção do estilo de apego dos médicos entrevistados.

**Palavras-chave:** Teoria do apego; Relação médico-paciente; Sistema de cuidado; Figura de apego; Hematologia.

---

<sup>6</sup> Artigo submetido à publicação à revista Temas em Psicologia

## **The doctor-patient relationship from the attachment theory's perspective: thinking pathways**

**Abstract:** The doctor-patient relationship consists of a hierarchically asymmetrical dyad. One side cares and the other receives care, analogous to the attachment relationship. The doctor would have the attachment figure's role, being able to activate his or her caregiving system. The purpose of this study is to analyze how the care system is inserted in the doctor-patient relationship, analyzing the attachment style of the physician in addition to relating it to the care ability that the doctor has with his/her patient. Eleven hematologists from Rio de Janeiro and São Paulo with experience in SUS were interviewed using a semi-structured interview script and the self-report instrument AAS-R (Adult Attachment Scale-Revised) was applied. The results show the importance of using the interview for a better perception of the attachment style of the interviewed physicians.

**Keywords:** Attachment theory; Doctor-patient relationship; Caregiving system; Attachment figure; Hematology.

## 5.1. Introdução

O adoecimento obriga o indivíduo a se deparar com sua própria vulnerabilidade, e isso não é diferente com o profissional de medicina. A responsabilidade por curar, os laços afetivos criados, as longas horas de trabalho e as exigências inerentes à profissão são alguns dos fatores estressores que ocorrem no campo de atuação. Ao mesmo tempo, como diz Michael Balint (2005), a forma que o médico se porta com o seu paciente é o remédio mais poderoso.

John Bowlby, ao formular a teoria do apego, afirmou que o sistema comportamento de apego é ativado quando o indivíduo se sente ameaçado e busca proteção e segurança de uma figura mais forte e mais sábia. Por ser relacional, todo sistema de apego está diretamente ligado a um sistema de cuidado, ou seja, quando o primeiro é ativado, o segundo também ativa. O sistema de cuidado, por sua vez, é um sistema que busca justamente eliminar a ameaça ao indivíduo, protegendo-o e assegurando a sua sobrevivência (Bowlby, 1997).

À medida que o bebê vai crescendo e amadurecendo, física, neurológica e emocionalmente, sua capacidade para sustentar a ausência do cuidador é cada vez mais sofisticada, sendo construídos os modelos funcionais internos, que formam representações das relações das experiências do indivíduo com o ambiente, desde o primeiro momento, formando padrões, roteiros ou *scripts* que irão construir os estilos de apego no adulto, tendo em vista que o sistema de apego e o sistema de cuidado estão presentes “do berço ao túmulo” (Barstad, 2013).

Os modelos funcionais internos permitem que o indivíduo possa ter segurança e previsibilidade, tendo em vista que representa a relação que ele possui com seu ambiente. O que ele sente quando o ambiente interage com ele, como pode agir, o que pode sentir são exemplos do que está presente nesses modelos (Bretherton & Munholland, 2016).

Os mesmos modelos são importantes para a construção que o indivíduo possui de si mesmo (*self*) e do outro. São as interações e a comunicação que o fazem fortalecer e se apropriar de si mesmo, numa visão positiva de *self* e de outro, em que o outro pode ser confiável, e, assim, tendendo para relações mais seguras.



Caso a sensação de segurança não trabalhada, as relações de apego podem ser tornar mais inseguras (Bretherton & Munholland, 2016).

Entretanto, dependendo de como o cuidado da figura de apego é internalizada pelo indivíduo, os eventos relacionais se tornam insuportáveis, tendo que ser excluídos da consciência para que o sujeito possa ter uma resposta consistente de seu cuidador. É a chamada exclusão defensiva, que apesar de útil em curto prazo, pode se tornar mal adaptativa em longo prazo, ou se as circunstâncias relacionais mudarem, acarretando na construção de modelos relacionais inseguros ou desorganizados (Bretherton & Munholland, 2008).

Ao mesmo tempo, a relação médico-paciente é parte fundamental do cuidado ante ao adoecimento (Rodrigues & cols, 2015; Marques Filho & Honess, 2015). Alguns trabalhos (Cegala & cols, 2000; Step & cols, 2009) citam a importância da comunicação nessa relação, tendo sido criado um protocolo específico para a comunicação de más notícias, com o intuito de auxiliar o médico em tal tarefa (Baile & cols, 2000).

Nesse sentido, olhar a relação médico-paciente sob a ótica do apego se tornou fundamental. Entretanto, poucos (Ciechanowski et al., 2006; Frederiksen, Kragstrup, & Dehlholm-Lambertsen, 2010; Maunder & Hunter, 2016) são os trabalhos que observam tal relação na perspectiva do médico, geralmente privilegiando os estilos de apego do paciente ou a visão do paciente. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é apresentar a pesquisa realizada durante o doutoramento da primeira autora, no qual foram realizadas 11 entrevistas com médicos hematologistas do Rio de Janeiro e São Paulo para analisar como o sistema de cuidado, segundo a conceituação da teoria do apego, está inserido na relação médico-paciente. Além disso, também foi analisado o estilo de apego do médico, relacionando-o à disponibilidade de cuidado que ele tem com seu paciente.

## 5.2. Objetivo

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar como o sistema de cuidado está inserido na relação médico-paciente.

Os objetivos específicos do trabalho são analisar o estilo de apego do médico, além de relacionar o estilo de apego à capacidade de cuidado que o médico tem com seu paciente.

### **5.3. Metodologia**

Foi realizada uma pesquisa qualitativa utilizando dois recursos. Foi feita uma entrevista com roteiro semi-estruturado sobre como os médicos veem seus pacientes. Concomitantemente, foi aplicada a versão portuguesa do EVA-Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, 1995), originalmente concebida por Collins & Read (Abreu, 2005). Este instrumento busca identificar os padrões de apego existentes em adultos na sua relação com outros, a partir de seus padrões constituídos na infância. Esse instrumento ainda não foi adaptado no Brasil, tendo sido utilizado nesta pesquisa por ser um dos poucos recursos existentes para se avaliar apego adulto. Além disso, (Canavarro, Dias, & Lima, 2006) confirmaram a eficiência desse instrumento quanto às suas qualidades psicométricas em vários estudos científicos realizados.

Foram estabelecidas categorias de conteúdo e relacionadas com os resultados no EVA. Foram também realizadas avaliações intra-participantes e entre os participantes, visando estabelecer correlações entre respostas na entrevista e padrões de apego do EVA.

### **5.4. Participantes**

Foram entrevistados 11 médicos (8 mulheres e 3 homens), com idades entre 28 e 47 anos, especializados em hematologia, que trabalham com pacientes com doenças crônicas, demandando assim mais tempo de tratamento. Isto é, profissionais que não atendem pacientes da Rede de Urgência-Emergência (RUE). Além disso, eles deveriam estar inseridos em um hospital da rede pública de saúde.

### **5.5. Procedimentos**

A pesquisa foi realizada presencialmente ou por telefone com médicos que tenham inserção no serviço público de saúde da cidade do Rio de Janeiro e em São Paulo. Primeiramente, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado. Para os procedimentos realizados por telefone ou outra forma não-

presencial, antes do início, o termo foi enviado assinado pelo participante por e-mail para dar início a pesquisa e posteriormente por *courier* para arquivo da pesquisadora. Então, a ficha sócio-demográfica foi aplicada. Em seguida, o participante respondeu uma escala de autorrelato (Escala de Vinculação em Adultos – EVA). Por fim, foi realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando de forma fidedigna as palavras do entrevistado. Posteriormente, elas foram analisadas pela pesquisadora baseada pelo método da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016).

## 5.6. Instrumentos

Primeiramente, foi realizada uma ficha sócio-demográfica, com o intuito de se buscar informações do participante. Em seguida, foi aplicada uma escala de autorrelato. Escala de Vinculação em Adultos, com o objetivo de se avaliar o estilo de apego do médico. Utilizou-se a versão traduzida e validada para Portugal (Canavarro, Dias & Lima, 2006) da EVA. A escala EVA compõe-se de 18 afirmações sobre como o sujeito se sente frente as suas relações afetivas. As respostas são computadas na Escala Likert de cinco pontos de “nada” a “extremamente”.

Foram, então, realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, com perguntas direcionadas para os eixos temáticos de como a prática do profissional é orientada, como o diagnóstico é comunicado ao paciente, a relação do médico com a família do paciente e a relação do médico com o paciente.

Escolheu-se uma abordagem dimensional do apego, observando os eixos segurança-insegurança e ansiedade-evitação, porque o estudo foi delineado a partir dos estudos clínicos da teoria do apego.

## 5.7. Cuidados Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da PUC-Rio (2017-11), e aceito. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do início dos procedimentos. Para manutenção dos parâmetros éticos da pesquisa e preservação da identidade dos sujeitos, são usados nomes fictícios ao longo do trabalho.

## 5.8. Análise dos Resultados

Foram captados 11 participantes para a pesquisa: 8 do sexo feminino, 3 do sexo masculino, com média de idade de 37,45 anos. A média dos anos de formação foi de 12,91, os dados são mostrados em detalhes na Tabela I. Após a aplicação do Escala de Vínculos em Adultos (EVA), todos os onze participantes foram classificados como apego seguro (Tabela II). Não houve, na amostra coletada, resultados equivalentes a apegos inseguro-preocupado, evitativo e/ou amedrontado.

Participante	Sexo	Idade	Tempo de Graduação (Anos)	Tempo de Trabalho no SUS (Anos)	Especialidade
<b>Maria</b>	Feminino	31 anos	8 anos	8 anos	Hematologia/ Transplante de Medula Óssea/ Cuidados Paliativos
<b>Bárbara</b>	Feminino	35 anos	10 anos	8 anos	Hematologia/ Transplante de Medula Óssea
<b>Carolina</b>	Feminino	34 anos	8 anos	8 anos	Hematologia/ Transplante de Medula Óssea
<b>Isabela</b>	Feminino	34 anos	10 anos	5 anos	Hematologia/ Transplante de Medula Óssea/ Cuidados Paliativos
<b>Fabíola</b>	Feminino	47 anos	22 anos	17 anos	Hematologia-pediátrica/ Oncologia
<b>Alexandre</b>	Masculino	52 anos	26 anos	5 anos	Hematologia
<b>Julia</b>	Feminino	40 anos	16 anos	15 anos	Hematologia/ Cuidados Paliativos
<b>Paula</b>	Feminino	35 anos	10 anos	10 anos	Hematologia/ Cuidados Paliativos
<b>Antônio</b>	Masculino	38 anos	13 anos	9 anos	Hematologia/ Transplante de Medula Óssea
<b>Claudio</b>	Masculino	28 anos	5 anos	4 anos	Hematologia
<b>Laura</b>	Feminino	38 anos	14 anos	14 anos	Hematologia/ Hematologia-pediátrica

*Tabela I Dados Sócio-Demográficos*

Participante	Ansiedade (média 3,0)	Conforto com proximidade (média 3,0)	Confiança nos outros (média 3,0)	Conforto/ Confiança (média 3,0)	Estilo de apego (média 3,0)
<b>Maria</b>	1,5	4,5	3,33	3,92	Seguro
<b>Bárbara</b>	1,17	4,5	4,3	4,42	Seguro
<b>Carolina</b>	2,50	4,00	3,83	3,92	Seguro
<b>Isabela</b>	2,50	3,67	3,5	3,58	Seguro
<b>Fabíola</b>	1,83	4,17	4,17	4,70	Seguro
<b>Alexandre</b>	2,00	4,5	3,67	4,08	Seguro
<b>Julia</b>	2,30	3,80	3,20	3,50	Seguro
<b>Paula</b>	2,33	3,33	3,00	3,17	Seguro
<b>Antônio</b>	2,33	3,33	3,00	3,17	Seguro
<b>Claudio</b>	2,17	4,83	3,33	4,08	Seguro
<b>Laura</b>	2,00	3,67	2,67	3,16	Seguro

*Tabela II Resultados EVA*

Na entrevista com os participantes, foram identificadas quatro categorias a partir da análise de discurso de Bardin: experiências pessoais com medicina e/ou hematologia; especificidade da hematologia; como lidar com as questões sobre perdas; e cuidado com o outro.

- Experiência pessoal com medicina e/ou hematologia: A experiência pessoal dos entrevistados com aspectos da medicina e/ou da hematologia em sua formação foi frequentemente citada na pesquisa, seja pela inspiração por um membro da família, seja por sua própria história.

“Eu tive um exemplo, o meu irmão mais velho, sete anos mais velho do que eu, foi médico, é médico, meu pai não era médico, mas, de uma certa forma, isso me influenciou.”

(Alexandre, 52 anos).

“Mas eu tenho uma doença de coagulação, né, hemofilia. Não sei se você conhece, é uma doença que você... é um distúrbio hemorrágico, né? É uma falta de uma proteína no sangue, que não... eu tendo a ter hemorragias, né? (...) enfim, e aí eu estou inserido desde bem pequenininho, que é congênita, eu nasci assim, é hereditário, neste ambiente hospitalar pelo qual eu me apaixonei desde então, a atmosfera eu sempre, desde pequeno eu falava que queria ser médico...”

(Claudio, 28 anos)

- Especificidade da Hematologia: outro ponto mencionado com frequência é a especificidade da especialidade, seja por suas características técnicas (as tecnologias utilizadas para um diagnóstico, por exemplo), seja pelas

características do paciente hematológico, devido à complexidade do diagnóstico, os desafios propostos ante a um tratamento e a possibilidade de se acompanhar esse paciente do início ao fim do tratamento. Existem, portanto, duas vertentes um pouco diferenciadas. Existe um interesse pela sofisticação das pesquisas em hematologia, as tecnologias de ponta utilizadas, o desafio do diagnóstico, a tipagem de células, etc. E alguns médicos enfatizam as características dos pacientes dessa especialidade.

“(...) porque a hemato tem muito disso, de você fazer o diagnóstico, de você estar ali com o paciente... de você estar junto dele pra tratar... até o fim de vida é a gente que vai estar lá, né? Então, eu acho que eu me encontrei ali na especialidade. Acho que pra mim foi bom.”

(Bárbara, 35 anos)

“(...) aí eu me identifiquei mesmo. Aí eu já decidi que eu ia fazer pediatria. E depois, como eu gostava já de histologia, de parte celular, de ver lâmina e tudo, aí eu acabei tendendo *pra* hematologia mesmo”.

(Fabíola, 47 anos)

- Como lidar com as questões sobre perdas: as perdas no tratamento, sejam por falhas de tratamento (como na quimioterapia), sejam por falecimento de pacientes queridos, foi outro ponto coincidente nos discursos. As frustrações decorrentes pela impotência em alguns tratamentos, distanciamentos da relação para poder lidar com as frustrações e com o luto pela perda, responsabilização de si e/ou do paciente foram pontos relacionados a essa categoria.

“[*Quando um paciente morre*] Eu fico triste, entendeu? Eu fico triste. Ali, quando o paciente morre eu fico muito mais triste do que frustrada. Porque aí, assim, geralmente, ainda mais quando é um paciente muito querido, você sabe a história dele de cabo a rabo. Você sabe que não teve erro, que não faltou nada. Você fica muito em cima e tal. Então, eu não fico frustrada, porque aí eu acho que é o que a gente tem disponível. Mas eu fico muito triste. E aquele olhar de quando você fala “mais uma quimio que...” (*faz um gesto com as mãos*). Tipo esse paciente que eu fui falar essa semana que ele ia ter que irradiar. Não é nada demais. É para consolidar. Mesmo se não tivesse doença. Aquele olhar de “mais uma coisa”. É um troço matador. Parece que rasga a gente por dentro. É horrível. Essa foi braba... essa é horrível (*se emociona e faz um gesto para passar para a próxima pergunta*)”.

(Maria, 35 anos)

“Ai, decepcionante. Assim, eu falo que assim, você perdeu uma criança, que tem, ao diagnóstico, já uma doença que a gente sabe que é muito ruim, você meio que já se prepara assim sabe tipo, quando vem a morrer, você lamenta tudo e tal, mas assim, você já sabia. Agora, quando a gente perde uma criança, que tipo, tinha

80% de chance de cura, é uma droga (...). Aí fica aquela coisa assim, “cara, por quê?”. Fica realmente assim uma interrogação, “o quê que aconteceu?”. Que tem os 20% que não curam, 80% ... você não sabe se o teu tá no 80 ou no 20. Mas ninguém quer tá no 20. Então assim, é meio uma sensação de decepção”

(Fabiola, 47 anos, ao falar sobre a frustração na falha de tratamento).

“Acho aquele, assim, paciente que chega prolixo e começa a falar de várias outras coisas assim, começa a falar de outras doenças e começa a falar de coisas que não tem nada a ver com o que você tá falando ali. E aí você explica e a pessoa não absorve. Então, eu tenho um pouco de dificuldade com isso, assim... você tem que ficar explicando várias e várias vezes até a pessoa entender o que ela diz... e às vezes, assim... ainda mais quando você está num serviço público que às vezes você tem uma questão de tempo, que você está ali sobrecarregada. Eu tenho um pouco de dificuldade com isso, assim. Às vezes... nem sempre eu tenho paciência pra lidar com isso... Às vezes, eu fico: “Ah, esse paciente é chato!” (*Gesticulando com as mãos*). Aí, você meio que rotula e aí pra você já cria um estigmazinho”

(Bárbara, 35 anos)

“Paciente difícil é aquele paciente que não luta pela vida dele. Aquele paciente que se entrega a nós, que você fala, que você diz *pra* ele fazer as coisas, e ele, sabe, ah, não vai adiantar... não sei o quê. Esse é o paciente difícil”

(Alexandre, 52 anos).

- Cuidado com o outro: em todos os relatos a preocupação e o cuidado com o paciente estão presentes. Muitas vezes, esses aspectos vêm em forma de doação para o outro, como dito por Paula, de 35 anos, que tenta fazer de tudo para que seus pacientes possam ser amparados: “tenho sempre uma carta na manga”.

“... eu já tento ir com uma outra estratégia, primeiro eu vou buscar na medicina o que mais tem que eu possa fazer, pra poder não jogar o lençol, não falar nada mais, e quando eu vou dar essa notícia, que é o pior momento, de falar pro paciente que o tratamento padrão não deu certo, já ir com uma carta na manga”.

(Paula, 35 anos)

Contudo, existe o risco do médico se “misturar” com o paciente, isto é, confundir-se identificatoriamente, com este por algum motivo, o que extrapola a

empatia e pode se transformar eventualmente em empecilho para o próprio tratamento.

“A gente fica muito misturado, né, porque é um convívio muito intenso, eu trato leucemia, então, são internações super prolongadas, você frustra muito com a história deles e até acaba virando meio que amigo, até difícil de separar, né, dele, do que é profissional e o que que não é, porque eles mesmos misturam e a gente, às vezes, mistura também. Enfim, eu não consigo fazer de outra forma”

(Laura, 38 anos).

Outro aspecto da preocupação e do cuidado com o paciente está relacionado com o acolhimento. A forma como o profissional acolhe todos os aspectos da saúde e do adoecimento do paciente, construindo uma relação de confiança. Esse acolhimento aparece nos relatos em diversos aspectos, desde a visão do paciente para além da doença, até a conduta utilizada pelo médico para lidar com o paciente, como pode-se observar nos relatos abaixo:

“E o que eu acho que o que orienta, assim, a minha conduta é sempre o acolhimento. Porque... são diagnósticos muito ruins em pessoas muito saudáveis. (...) então, o que eu acho que guia muito tudo o que eu vou fazer é o acolhimento(...) Graças a Deus, a gente tem um monte de protocolo, a gente tem linhas de tratamento muito bem definidas, condutas bem definidas, mas assim... Isso para mim está no livro. Sabe, eu acho que a gente tem que acolher a realidade daquela pessoa, daquele indivíduo assim.”

(Maria, 35 anos)

“Então, eu tô sempre procurando observar o que aquele paciente traz, não do que ele tá expondo, mas às vezes do que tá por trás disso. E esse olhar pelo todo, com muito respeito, eu acho que é a principal coisa que me norteia. Então eu não sou de, por exemplo, você tem um doente com... sei lá, uma leucemia, e ele tem que tomar... fazer tal remédio. Às vezes existe uma adequação àquela pessoa, né, daquilo. Então eu olho muito *pra* pessoa, assim, pro paciente, e não para a doença”

(Alexandre, 52 anos).

“Ah, eu acho que a gente tem que agir com o paciente, da melhor forma possível, como se você tivesse no lugar do paciente, entendeu? Então, eu sempre tento fazer o melhor pra ele, como se fosse pra mim, ou pra minha família, entendeu? Então você tem que se colocar no lugar do paciente, você tem que ver que ele tá passando, às vezes, por uma situação muito dolorosa. Então você se coloca um pouco no lugar, no lugar dele, e da família, e tenta fazer o melhor possível, entendeu?”

(Antônio, 38 anos)



“Bom, eu tenho um raciocínio... a gente aprende a ter um raciocínio mais ou menos lógico. Então você chega em um paciente, você já vai... assim, eu gosto de gente, então eu tenho um relacionamento bom com os pacientes, eu gosto de conversar, gosto de saber da vida dele, então eu pergunto, porque acho que conforme a gente vai conversando, a história clínica vai saindo mais fácil. Se eu tenho uma conversa mais tranquila, e pergunto da vida, e isso e aquilo, as coisas vão saindo mais, mas lógico que a gente tem um raciocínio lógico, e durante a conversa, eu já vou fazendo minhas hipóteses diagnósticas, a gente já tem um raciocínio lógico, e talvez não tem muito tempo que eu *tô* começando a aprender a ter um raciocínio lógico, não só da doença, mas do todo do paciente.”

(Julia, 40 anos)

Por fim, ainda dentro dessa categoria, o cuidado com o outro foi observado a partir do distanciamento na relação, seja quando o médico relata como parte de sua conduta mostrar o papel do paciente no seu tratamento, seja ao “colocar o familiar no seu lugar” (SIC) ou até mesmo quando coloca a doença como um “aprendizado” (SIC) na vida do paciente. O médico muitas vezes lida com muita irritação ante à dificuldade do paciente e do familiar de lidarem com as questões do adoecimento, distanciando-se, racionalizando ou sendo muito incisivo na forma de se relacionar com esse binômio paciente-familiar.

“Os mais fáceis são aqueles que entendem melhor o objetivo, né, assim, a doença e as fases do tratamento. Então, aqueles que aderem mais, né, aqueles que não somem no meio do tratamento, por exemplo. E aqueles que entendem, que não se revoltam muito, assim, que entendem que a doença aconteceu porque tem algum aprendizado nisso. Eu tenho muitos pacientes que encaram dessa forma e isso torna bem mais fácil *pra* gente”

(Laura, 38 anos, ao falar sobre os pacientes que são mais fáceis de lidar).

“[Quando o paciente está resistente] Eu procuro dar umas sacudidelas, às vezes eu até brigo com o doente. Eu sempre falo que quando um paciente vem aqui a gente tá estabelecendo um contrato 50-50. Em que eu entro com a minha sabedoria, com o meu conhecimento e com a minha arte de tratar e curar, e ele entra com a vontade dele de ser curado. A vontade dele de ser tratado. Se ele não tiver vontade, às vezes eu sou claro demais pra falar ‘não sei o que você tá fazendo aqui. Se você não tem vontade de ser tratado, então você tá perdendo o seu tempo’. Não é? Eu chego a falar isso, em raras situações eu chego a falar isso”

(Alexandre, 52 anos).

“A gente tem que ter essa ligação, essa relação com o paciente, até *pra* você ter uma boa adesão ao tratamento, ter o paciente na mão. Agora, claro que, se você sofrer junto com o paciente, você vai sofrer a vida toda como hemato, entendeu? É

claro que tem alguns pacientes que você se apega mais, você sente mais, entendeu? Mas meio que você tem que criar uma certa proteção *pra* você, entendeu? *Pra* você não cair numa tristeza, porque são pacientes que muitas vezes acabam falecendo”

(Antonio, 38 anos, ao falar sobre como se ligar ao paciente e ao mesmo tempo se proteger afetivamente).

## 5.9. Discussão de Resultados

Primeiramente, é importante ressaltar que, apesar de ter sido elaborada uma ficha sócio-demográfica, o número de participantes no estudo foi pequeno para usá-la como auxílio na análise de dados. Um dos principais fatores para tanto se deveu à dificuldade no processo de captação de sujeitos, tendo em vista que muitos desistiram de realizar a pesquisa ou não responderam ao convite. Assim, é preciso refletir sobre os motivos de tamanha resistência por parte dos profissionais na adesão à pesquisa. Abordar a questão da relação com o paciente sob a perspectiva do sistema de cuidado, conceituado pela teoria do apego, ainda é pouco explorado, inclusive avaliando o estilo de apego do profissional (Cherry, Fletcher, & O’Sullivan, 2014). Os trabalhos apresentados geralmente envolvem os estilos de apego dos pacientes e o papel dos pacientes na relação ( Ciechanowski et al., 2006; Frederiksen, Kragstrup, & Dehlholm-Lambertsen, 2010; Maunder & Hunter, 2016).

Além disso, falar do seu cuidado com o paciente, de como lidar com as frustrações do cotidiano, dos lutos é colocar o profissional em uma posição vulnerável à qual, talvez, ele não esteja acostumado. O próprio ofício tem o estigma, ainda muito presente, da cura e do saber onipotente, como muitos dos relatos mostraram: “eu tenho que ter uma estratégia”, “às vezes até pra gente é um pouco confuso achar palavras para explicar para o paciente”, etc. Assim, pode-se inferir que os que aceitaram fazer parte da pesquisa já tinham um modelo funcional interno construído que lhes permitia ter acesso a essa vulnerabilidade, apresentando uma segurança e uma confiança que não seriam desorganizadoras.

Adshead (2010) se destaca ao relatar sua surpresa pela falta de estudos em apego nas profissões envolvendo cuidado, como a medicina, tendo em vista que uma das manifestações de apego inseguro é a ativação do cuidado com o outro em detrimento da exploração (ativação do sistema de apego). Isso pode ser visto nos

relatos de alguns médicos que, ao falarem do cuidado com o outro, abordam a sua doação de um cuidado incessante, que às vezes se mistura com o paciente, o que é relacionado a aspectos da solicitude compulsiva, descrita por Bowlby (1997) no comportamento de sempre prover cuidados, e nunca receber, sendo solícito com os outros e só podendo receber atenção de si mesmo.

O papel da pesquisadora é outro ponto importante a ser discutido quando se fala em apego. Ter uma postura sensível, disponível e aberta é essencial para que o entrevistado se sinta confiante e seguro para responder perguntas que, como já foi dito anteriormente, o coloquem em situação de vulnerabilidade. Assim, a formação clínica da pesquisadora foi fundamental. Ao mesmo tempo, também foi importante que o recorte do trabalho fosse respeitado, e as perguntas não tivessem um viés de psicoterapia, e sim de uma entrevista. Dessa forma, muitos aprofundamentos não puderam, por mais que desejados, ser realizados para se manter o eixo principal do trabalho, além do cuidado em evitar intimidar os profissionais de alguma forma.

A construção das categorias é outro ponto a ser levantado. A experiência pessoal dos profissionais com a medicina e/ou a hematologia e como isso afetou a escolha deles pela profissão demonstra o fator afetivo do cuidado. A teoria do apego postula que a partir das experiências vivenciadas com as figuras de apego criamos padrões que são internalizados, formando os modelos funcionais internos, que dão ao indivíduo previsibilidade e segurança para exploração e construção de sua história (Bowlby, 1990; Bretherton & Munholland, 2016; Wallin, 2007). De uma forma ou de outra, seja por como Claudio foi influenciado por sua história ao passar seus anos nos hospitais e saber como é ser tratado por uma doença hematológica, seja pela história de Alexandre, que tem no irmão uma figura de apego que o inspirou a fazer sua escolha, os modelos funcionais internos de cada um estavam entrelaçados na relação com a hematologia.

Ciechanowski, Russo, Katon, & Walker (2004) citaram como os estilos de apego dos estudantes de segundo ano de medicina podiam influenciar na escolha da especialidade médica. Os estudantes com apego seguro escolhiam áreas envolvendo a atenção primária e a medicina de família (com vínculos mais frequentes e relações longitudinais), enquanto indivíduos vistos com estilos de

apego evitativos, preocupados ou amedrontados tendiam a escolher especialidades com menos contato cotidiano. Esses autores, no entanto, ressaltam que é preciso mais estudos na área.

A especificidade da hematologia é uma categoria que demonstra um pouco o que esses autores estão discutindo. Muitos dos relatos ressaltam como a hematologia foi um atrativo por suas características diferentes das outras especialidades, seja pelo cotidiano com o paciente (“eu posso estar com o paciente do começo ao fim”), seja pela complexidade do diagnóstico e as possibilidades de tratamento (“eu conseguia ter um pouco mais de leque de oportunidades”), sejam pelas características técnicas (“eu já gostava de ver lâmina, de ver célula”; “eu já gostava de laboratório”). As doenças hematológicas, principalmente oncológicas, em geral requerem um acompanhamento regular, o que implica em uma relação mais contínua com o médico. Isso poderia explicar os relatos diferenciados dos médicos sobre a especialidade, principalmente o estar presente no cotidiano do paciente e o envolvimento no diagnóstico e tratamento.

Além disso, também pode se relacionar a algo que é comum a todos os relatos: a especificidade na relação com o paciente hematológico. Por mais que o atrativo sejam as lâminas e a célula, a possibilidade de estar presente desde o diagnóstico, até a realização de todos os protocolos de tratamento era um atributo ao se abordar a escolha da profissão na maior parte dos discursos, justamente pela especialidade “ser desafiadora”, como disse Alexandre.

Maria, inclusive, relata seu conflito ao ter escolhido a Hematologia por não ter dimensão à época do que era a especialidade realmente. Ao se deparar com seu primeiro paciente na residência de clínica médica, na qual teve que passar um período na hematologia, viu um paciente grave entrando em remissão de um mieloma múltiplo (doença onco-hematológica) e “se encantou” pela especialidade. Entretanto, segundo conta, ficou apenas dois meses no setor nessa época, e não teve como ajustar suas expectativas à realidade dos tratamentos da especialidade, que são mais complexos, e por isso sofreu muito ao entrar na residência, indo buscar respostas para essa angústia na terapia e em uma nova especialidade, os cuidados paliativos.

O relato de Maria é semelhante ao de Paula, que relata a escolha da Hematologia pela possibilidade estar com o paciente e de como “sempre tem alguma coisa para fazer” pelo paciente, mesmo que não fosse para curar. Ao

mesmo tempo em que fala de como “as quimioterapias de doenças hematológicas são as piores”.

Isso também está relacionado com o que será abordado a seguir, mostrando que quando se fala de sistema de cuidado, as categorias podem se encadear, pois estamos falando sobre relações. Dessa forma, esses relatos de Maria e Paula sobre as expectativas ao falarem da especificidade da hematologia, também eram demonstrados quando eram mencionadas as frustrações e as perdas em relação aos pacientes.

Grande parte dos médicos menciona tristeza ao se perder um paciente, principalmente quando se trata de um paciente jovem ou um paciente que tinha bom prognóstico e teve alguma intercorrência. Muitos relatam que quando sabem que fizeram tudo que puderam, conseguem lidar melhor com a perda:

“Olha, eu fico muito triste, mas é o que eu te falei, já aprendi a lidar com a... alguns... os que eu sei que realmente... é aquilo que eu te falei, eu penso se tava tudo certo, se eu fiz tudo certo, o que eu tenho só é tristeza. Mas eu acho que é um luto meu, também como pessoa, como médica, porque a gente se afeiçoa também a um paciente querido, não tem como não ter vínculo com o paciente, não tem como”  
(Julia, 40 anos).

Entretanto, muitos também colocam o distanciamento, seja no discurso, seja no tom de voz, ao falarem dessas frustrações, às vezes se culpabilizando pelo que deu errado, ou ao paciente. A teoria do apego postula que muitas vezes, para lidar com aquilo que é insuportável, nosso modelo funcional interno se utiliza da exclusão defensiva como mecanismo de defesa que nos faça sobreviver àquele ambiente, adaptando-nos a ele (Bretherton & Munholland, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007; Wallin, 2007). Ao mesmo tempo, muitos autores (Campos, 2007; Gawande, 2014; Groopman, 2007; Ofri, 2013) abordam a questão da formação médica e como muitas vezes ela acaba por fazer com que o profissional evite o paciente para que ele possa lidar com a situação-limite que está se apresentando na frente dele.

A característica mais presente nos discursos dos médicos foi o cuidado com o outro. O desejo de cuidar, de estar com e de fazer diferença na vida do paciente foi relatado de uma forma ou de outra por todos os entrevistados. Mais uma vez, aqui esteve presente a concatenação de traços, como o distanciamento e a frustração aparecendo em alguns relatos. Ou quando Laura relata, com algum

distanciamento, que os pacientes mais fáceis de lidar são aqueles que entendem o objetivo. Por outro lado, o acolhimento foi um tema presente nos relatos, com os médicos tentando ver o paciente como um todo, e não só como a doença. Esse acolhimento, muitas vezes, pode ser confundido com doação, em que o profissional acaba indo além do seu limite para que o paciente possa se sentir confortado. Entretanto, o custo emocional para o profissional é alto, podendo chegar a apresentar comportamentos extremos, cuidando sempre do outro e deixando de cuidar de si mesmo.

O sistema de cuidado, para a teoria do apego, está presente na relação com o outro. Ele é ativado sempre que há a necessidade, ou seja, quando é percebida uma ameaça, seja pelo indivíduo, seja pelo outro que está sendo cuidado, e o sistema de apego é ativado por esse outro, que necessita de um mais forte e mais sábio (Barstad, 2013; Feeney & Woodhouse, 2016). No caso do médico, esse sistema de cuidado é ativado na relação com o paciente. Isso é mostrado nos relatos, principalmente ao falarem desse cuidado com o outro. Do acolhimento ao distanciamento, passando pela doação, são características que demonstram os padrões de cuidado dos participantes.

Além da análise por categorias também foram observados alguns apontamentos a partir da comparação dos resultados da Escala de Vinculação em Adultos (EVA) e a análise intradiscurso dos participantes. Apesar de todos terem apresentado como resultado apego seguro, quando feita uma análise por *clusters*, alguns escores chamam a atenção.

A análise por *clusters* consiste na avaliação dos escores a partir de cada categoria (ansiedade, conforto com proximidade e confiança no outro). A média de corte de cada *cluster* foi três, podendo se observar as características de evitação e ansiedade a partir dessas áreas (Canvarro,Dias & Lima, 2006).

No *cluster* ansiedade, todos os participantes apresentaram escore abaixo da média. Já no *cluster* conforto com a proximidade, Antônio e Paula tiveram um escore discretamente acima da média (ambos 3,33), o que sinaliza uma dificuldade com a proximidade da relação e a intimidade. No *cluster* confiança no outro, Laura teve o menor escore (2,67), porém, Antônio e Paula, ambos com resultado 3,0 no quesito, também demonstraram um baixo escore. Pondera-se que essas respostas tenham relação a uma dificuldade em estar se relacionando com o outro a partir de um lugar de confiança, no qual se possa contar com esse outro.

Antônio, por exemplo, relata a importância da relação com seu paciente, em vê-lo como um todo e apreciando o trabalho multidisciplinar. Contudo, também possui um discurso muito vago e distanciado. Além disso, relata também a dificuldade em lidar com pacientes que exigem mais nos mecanismos de enfrentamento da doença, taxados como “pessimistas” (SIC), tendo mais facilidade com aqueles que são “mais pra frente”, “mais otimistas”, que não “jogaram a toalha”.

O mesmo ocorre com o relato de Laura, que também aborda a relação com seus pacientes falando de como se sente um guia para eles e como é importante a relação com eles, ao mesmo tempo em que apresenta evitação da afetividade na relação. Essas características poderiam tender para uma classificação de estilo de apego evitativo, com uma alta evitação, tendo em vista que tanto Laura quanto Antônio, muitas vezes, demonstram distanciamento da relação com o paciente, com dificuldade, por exemplo, em lidarem com as questões que o paciente tem com seu processo de adoecimento, por exemplo, o que resulta em uma baixa ansiedade (Mikulincer & Shaver, 2007).

Paula, por sua vez, tem seu discurso permeado por falas longas, prolixas, pouco objetivas, vagas, contraditórias. Também pôde-se perceber uma ansiedade em cuidar do outro, muitas vezes não cuidando de si mesma. Relata também seu medo de magoar as pessoas. Ao mesmo tempo, fala de sua dificuldade em se sentir dependente de alguém e que quando isso acontece, ela afasta as pessoas. As características desse discurso são compatíveis a dimensão de apego amedrontado, uma vez demonstra uma alta ansiedade, fazendo com que o indivíduo não consiga explorar o ambiente e permaneça no relacional, e uma alta evitação, na medida em que Paula evita a intimidade relacional e se afasta, focando em seu trabalho (Bartholomew & Shaver, 1998; Mikulincer & Shaver, 2007).

É também digno de nota que Paula e Antônio tiveram os mesmos escores em todos os *clusters*. Contudo, os discursos de cada um deles são diferentes, e a forma como se colocam com seus pacientes nesses discursos são diferentes, demonstrando diferentes modelos de *self* e de outros. Isso pode ser compatível com as diferenciações de apego amedrontado (*fearful*) e evitativo (*dismissing*) realizadas por alguns autores (Collins, 1996; Mikulincer & Shaver, 2007), mesmo que na perspectiva dimensional essas classificações sejam vistas como desdobramento da evitação (*avoidance*). Enquanto indivíduos com apego

amedrontado não se aproximam das pessoas por medo de serem machucados ou de se sentirem rejeitados, aqueles com apego evitativo evitam relações porque desejam ser independentes e autossuficientes.

Outro resultado do EVA que chama a atenção, comparado ao discurso, é o de Isabela. Observando o *cluster* da ansiedade (2,5), conforto com proximidade (3,67) e confiança no outro (3,5), dá-se a impressão de um resultado de um apego seguro. Mesmo porque Isabela apresenta, na maior parte de seu relato, coesão e clareza. É muito objetiva e direta em suas respostas, porém demonstra algum distanciamento. É difícil, entretanto, diferenciar se o distanciamento seria em suas respostas em relação ao paciente ou se seria fruto da resposta para a entrevistadora, tendo em vista que todas as respostas tinham essa característica distanciada, não importando a questão. Ao mesmo tempo, em seu discurso, Isabela demonstra alguma evitação afetiva de certos aspectos na relação, mesmo não interferindo na sua conduta ou no seu olhar com o paciente. Ao mesmo tempo em que manifesta uma capacidade empática com o paciente, reconhecendo os percalços do adoecimento, também relata dificuldade com pacientes que demandam mais atenção do médico, ou que procuram o médico para outras demandas que não sejam hematológicas. O resultado do EVA de apego seguro pode ser questionado pelas características relatadas acima, tendo em vista que apontam para uma tendência à evitação.

Portanto, questionamentos podem ser feitos pela diferença ao se avaliar o discurso, e ao se observar o resultado do instrumento. Um deles exatamente se refere sobre a predominância do apego ser dependente da relação. O estilo de apego é ativado a partir do que é suscitado pela relação, o que, em contrapartida, também vale para a ativação do sistema de cuidado. O sistema de cuidado é influenciado pelo estilo de apego, afinal, cuidamos da forma como fomos cuidados (Costello, 2013).

Além disso, os padrões de apego são influenciados pelo que ocorre no ambiente, principalmente em situações de vulnerabilidade, traumas, rompimentos e perdas. Dependendo de como essas situações são experimentadas pela díade, da disponibilidade de cada um, do que está acontecendo ao redor, os padrões vão se construindo (Basso & Marin, 2010).

Além disso, como também já foi abordado, é exigida do profissional uma postura muitas vezes distanciada para que o cuidado possa ser realizado, ou é o



que se acredita. Gawande (2014) cita que o objetivo do ensino médico era aprender a como salvar vidas, o que torna a humanização da relação um tanto avassaladora para o profissional. Assim, o distanciamento pode estar relacionado justamente a uma característica de segurança para se adaptar a esse meio. Parkes (2009) afirma que nenhuma criança é totalmente segura, e que, dessa forma, é necessário aprender a caminhar nos limiares dessa segurança, ou seja, que se tenha flexibilidade e adaptabilidade.

Maria tem um relato que é permeado pela característica do acolhimento, principalmente, segundo ela, depois que se especializou em cuidados paliativos. Ressalta a importância da relação com o paciente, muito mais do que a técnica. Contudo, fala da frustração quando começou sua residência em hematologia e percebeu que a especialidade tinha um percurso diferente do que a sua expectativa; da frustração de quando seu esforço não é recebido pelo paciente, achando que está fazendo “muito pouco” (SIC) ou o “que qualquer um poderia fazer” (SIC) e da dificuldade em lidar com a perda de um paciente querido, muitas vezes colocando como “desesperador” (SIC), demonstrando um pouco de ansiedade com essas questões. Com resultado de apego seguro, também pode-se inferir que essa ansiedade venha do que é ativado a partir do campo que Maria trabalha, criando ansiedade que pode levar a algumas características de apego preocupado.

Claudio utiliza sua história de portador de um distúrbio hematológico como um recurso em sua profissão. Fala também de como ainda é difícil lidar com a perda de um paciente querido, muitas vezes sendo tomado pelo luto, ao mesmo tempo em que tenta aprender com cada caso - o que nos aponta para as dificuldades no uso dessas identificações a partir da sua história pessoal. Seu discurso é claro, objetivo, coeso, aberto, compatível com o resultado de apego seguro do EVA.

Fabíola conta com um diferencial em sua especialidade uma vez que seus pacientes são uma unidade, família e a criança, tendo em vista que é hemato-pediatra. Seu discurso é aberto, coeso, objetivo, falando com afetividade, tanto das facilidades quanto das dificuldades, frustrações e perdas relacionadas à profissão. Julia, assim como Fabíola, apresenta características em seu discurso de apego seguro, com relatos claros, afetivos, falando de suas dificuldades e da sua relação com seus pacientes e com suas perdas na profissão, principalmente após a

mudança recente que teve em sua vida, quando começou a fazer um curso em cuidados paliativos. Os elementos do discurso de Fabíola e Julia são compatíveis com o resultado de apego seguro do instrumento utilizado.

Carolina e Bárbara também apresentam discursos com características muito semelhantes, ressaltando a relação com o paciente, ao mesmo tempo que falam da dificuldade com alguns pacientes mais jovens, devido à idade. Conseguem demonstrar afetividade ao falar sobre essas dificuldades. Carolina é mais sucinta em suas respostas, talvez por ter sido por contato telefônico, enquanto Bárbara elabora mais seu pensamento, talvez facilitado por ser uma entrevista presencial. Entretanto, em nenhum momento o fato das respostas serem mais curtas demonstra uma falta de objetividade ou cooperação da parte de Carolina, tendo emocionalidade e motivação nas respostas. O discurso de ambas é claro, objetivo, compatível com o apego seguro demonstrado no resultado do EVA.

Finalmente, algumas observações devem ser feitas sobre o questionário e como em alguns participantes houve uma discrepância entre a entrevista e a escala escolhida. Como já foi dito anteriormente, a Escala de Vinculação em Adultos é um instrumento em que se avalia os vínculos das relações interpessoais que o indivíduo possui, principalmente os mais significativos, enquanto que a entrevista tinha o seu roteiro semiestruturado construído para que se abordasse as questões relacionadas ao cuidado com os pacientes, voltando-se para o trabalho.

Outro ponto é o fato desse ser o instrumento traduzido e validado em português disponível no momento em que a pesquisa foi realizada. Recentemente, Rocha, Peixoto, Nakano, Motta, & Wiethaeuper, (2017) publicaram uma versão traduzida e validada brasileira do instrumento *Experiences in Close Relationships – Relationships Structure Questionnaire*.

É preciso ressaltar que existem limitações para esse estudo, como o pequeno número de entrevistados, as poucas referências bibliográficas, principalmente em português, para auxiliar no embasamento e a dificuldade em se fazer um recorte metodológico com os instrumentos que se tinha baseando-se nas pesquisas em apego com adultos no Brasil. Portanto, são necessários maiores estudos para verificar como o sistema de cuidado afeta a relação médico-paciente.

## 5.10. Considerações Finais

Discorrer sobre o cuidado com o outro, principalmente quando na

perspectiva da teoria do apego, é uma tarefa relacional, levando-se sempre em conta a díade. Uma díade que é hierarquicamente assimétrica: uma parte cuida e a outra recebe cuidado. Quem recebe o cuidado é quem tem o seu sistema de apego ativado quando percebe uma ameaça e, em busca de segurança e proteção, aproxima-se de um mais forte e mais sábio, a figura de apego. Este, por sua vez, aciona seu sistema de cuidado, protege e provê segurança àquele mais vulnerável. E quando a figura de apego responde às necessidades de cuidado do receptor, o sistema de apego é desativado, e ele pode voltar a explorar o ambiente, podendo, inclusive, adquirir sua autonomia. E essa é uma característica que ocorre ao longo do ciclo de vida, sempre que há um sinal de ameaça, inclusive em momentos de adoecimento.

Assim, a relação médico-paciente não é diferente: existe uma parte necessitando de cuidado, que se liga a um outro, o médico, que justamente atende às necessidades do seu paciente, cuidando do processo de adoecimento. Assim como muitos trabalhos (Adshead & Guthrie, 2015; Ciechanowski et al., 2004; Ciechanowski & Katon, 2006; Ciechanowski, Walker, Katon, & Russo, 2002; Maunder et al., 2006) mostram como os estilos de apego do paciente influenciam seu tratamento, pode-se refletir sobre como os estilos de apego do médico influenciam seu sistema de cuidado, e, por sua vez, a forma como cuidam de seus pacientes.

Durante a pesquisa, pode-se observar algumas incongruências nos discursos dos médicos entrevistados, principalmente ao lidar com as questões inerentes ao adoecimento, principalmente em doenças graves, e à hematologia, especialidade com muitas complexidades diagnósticas. Muitos relatam suas experiências pessoais com a especialidade ou com o campo da medicina, demonstrando sua ligação afetiva. Ou falam sobre as dificuldades em lidar com as frustrações ou com a tristeza da perda, assim como o desespero nesse tema. Também abordam a questão da doação e da dificuldade em estabelecer limites, assim como a relação de ligação e acolhimento que possuem com seus pacientes. As formas de lidar também chamam a atenção, indo de alguma irritabilidade, até humor e impaciência. Entretanto, ao se comparar isso com os resultados dos testes da Escala de Vinculação em Adultos, alguns resultados, principalmente os de Paula, Alexandre e Maria, se mostram incongruentes, uma vez que eles têm indícios de outras estratégias de apego.

Portanto, são necessárias mais pesquisas no tema para que possamos refletir sobre intervenções na equipe que possam transformar o trabalho da equipe de saúde em uma base segura e um porto seguro em que o médico possa se sentir protegido nesse momento de tamanha vulnerabilidade, e, por consequência, o paciente e seus familiares.

### 5.11. Referências

ABREU, CRISTIANO NABUCO DE. (2005). A teoria da vinculação e a prática da psicoterapia cognitiva. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 1(2), 43-58. Recuperado em 04 de fevereiro de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200005&lng=pt&tlng=pt).

ADSHEAD, G. (2010). Becoming a caregiver: Attachment theory and poorly performing doctors. **Medical Education**, 44(2), 125–131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03556.x>

ADSHEAD, G., & BLUGLASS, K. (2001). A vicious circle: transgenerational attachment representations in a case of Factitious Illness by Proxy. **Attachment & Human Development**, 3(1), 77–95. <https://doi.org/10.1080/14616730010024780>

ADSHEAD, G., & GUTHRIE, E. (2015). The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. **BJPsych Advances**, 21(3), 167–174. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013045>

BAILE, W.F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, E.A.; KUDELKA, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**, 5, pp. 302-311.

BALINT, M. (2005). **O médico, seu paciente e a doença** (2a Edição). São Paulo: Ateneu.

BARDIN, L. (2016). **Análise de Conteúdo** (3a Edição). Edições 70.

BARSTAD, M. G. (2013). **Do Berço ao Túmulo: A Teoria do Apego de John Bowlby e os estudos de apego em adultos**. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica Do Rio de Janeiro, 1–110.

BARTHOLOMEW, K., & SHAVER, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? **Attachment Theory and Close Relationships**, 25–45. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

BASSO, L. A., & MARIN, A. H. (2010). Comportamento de apego em adultos e a experiência da perda de um ente querido. *Aletheia*, 32, 92–103.

BOWLBY, J. (1990). **Apego: Volume1**. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_ (1997). **Formação e Rompimento dos Laços Afetivos** (3a

Edição). São Paulo: Martins Fontes.

BRETHERTON, I., & MUNHOLLAND, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (2nd ed., pp. 102–127). New York: The Guilford Press.

\_\_\_\_\_. (2016). The Internal Working Model Construct in Light of Contemporary Neuroimaging Research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Edition, pp. 63–88). New York: The Guilford Press.

CAMPOS, E. P. (2007). **Quem Cuida do Cuidador**. Petrópolis: Editora Vozes.

CANAVARRO, M. C. (1995). **Escala de Vinculação do Adulto**, 1995.

CANAVARRO, M. C., DIAS, P., & LIMA, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. **Psicologia**, 20(1), 155–186. <https://doi.org/edssci.S0874.20492006000100008>

CHERRY, M. G., FLETCHER, I., & O’SULLIVAN, H. (2013). Exploring the relationships among attachment, emotional intelligence and communication. **Medical Education**, 47(3), 317–325. <https://doi.org/10.1111/medu.12115>

\_\_\_\_\_. (2014). Validating relationships among attachment, emotional intelligence and clinical communication. **Medical Education**, 48(10), 988–997. <https://doi.org/10.1111/medu.12526>

CIECHANOWSKI, P., & KATON, W. J. (2006). The interpersonal experience of health care through the eyes of patients with diabetes. **Social Science and Medicine**, 63(12), 3067–3079. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.002>

CIECHANOWSKI, P., RUSSO, J., KATON, W., SIMON, G., LUDMAN, E., VON KORFF, M., ... LIN, E. (2006). Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. **General Hospital Psychiatry**, 28(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.07.004>

CIECHANOWSKI, P., RUSSO, J., KATON, W., VON KORFF, M., LUDMAN, E., LIN,

- E., ... BUSH, T. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. **Psychosomatic Medicine**, 66(5), 720–728. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138125.59122.23>
- CIECHANOWSKI, P. S., RUSSO, J. E., KATON, W. J., & WALKER, E. A. (2004). Attachment theory in health care: The influence of relationship style on medical students' specialty choice. **Medical Education**, 38(3), 262–270. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2004.01767.x>
- CIECHANOWSKI, P. S., WALKER, E. A., KATON, W. J., & RUSSO, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. **Psychosomatic Medicine**, 64(4), 660–667. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76>
- COLLINS, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**, 71(4), 810–832. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.4.810>
- COSTELLO, P. C. (2013). **Attachment-Based Psychotherapy: Helping Patients Develop Adaptive Capacities**. Whashington: American Psychological Association.
- CREMESP. (2001). **Guia da Relação Médico-Paciente**. Retrieved from [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=10](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=10)
- FEENEY, B. C., & WOODHOUSE, S. S. (2016). Caregiving. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (3rd Editio, pp. 827–851). New York: The Guilford Press.
- FREDERIKSEN, H. B., KRAGSTRUP, J., & DEHLHOLM-LAMBERTSEN, B. (2010). Attachment in the doctorpatient relationship in general practice: A qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, 28(3), 185–190. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.505447>
- GAWANDE, A. (2014). **Being Mortal** (Kindle Edi). New York: Metropolitan Books.
- GRILLO, R.O. (2016). **Quem vê cara nao vê coração: a influência da resiliência na adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca**. Orientadora: Flavia Sollero-de-Campos; Co-orientador: Ricardo Mourilhe Rocha. Rio de Janeiro: PUC-Rio.

GROOPMAN, J. (2007). **How Doctors Think**. New York: Harcourt Publishing Company.

MARQUES FILHO, J., HOSSNE, WILLIAM. S (2015), A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia.. **Revista Bioética [en linea]**, 23 [Fecha de consulta: 15 de abril de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361540658010>> ISSN 1983-8042

MAUNDER, R. G., & HUNTER, J. J. (2016). Can patients be “attached” to healthcare providers? An observational study to measure attachment phenomena in patient-provider relationships. **BMJ Open**, 6(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011068>

MAUNDER, R. G., PANZER, A., VILJOEN, M., OWEN, J., HUMAN, S., & HUNTER, J. J. (2006). Physicians’ difficulty with emergency department patients is related to patients’ attachment style. **Social Science and Medicine**, 63(2), 552–562. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.001>

MIKULINER, M., & SHAVER, P. R. (2007). **Attachment in Adulthood: Strucuture, Dynamics and Change**. New York: The Guilford Press.

OFRI, D. (2013). **What Doctors Feel: what emotions affect the practice of medicine**. Boston: Beacon Press.

ROCHA, G. M. A. DA, PEIXOTO, E. M., NAKANO, T. DE C., MOTTA, I. F. DA, & WIETHAEUPER, D. (2017). The Experiences in Close Relationships - Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS): validity evidence and reliability. **Psico-USF**, 22(1), 121–132. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220111>

RODRIGUES, L.A.; MORAES, E.L. BETOSCHI, J.R.; AMARAL, C.P. (2015). Como a dor e o sofrimento do paciente oncológico afetam o médico no processo de tratamento. **Cuidarte Enfermagem**, 9(1); pp.58-70.

WALLIN, D. (2007). **Attachment in Psychotherapy**. New York: The Guilford Press.



## 6. Considerações Finais

Abordar a relação médico-paciente da perspectiva da teoria do apego é se aproximar do tema a partir da díade. Não há como se referir à relação sem falar como as partes são afetadas entre elas, ainda mais em um momento de encontro de tamanha vulnerabilidade. O paciente está ali no seu momento mais sensível, no adoecimento, buscando sua cura, seu conforto. O médico tem o papel de responder a essa demanda, quem cura, quem provê o conforto. Dentro da equipe de saúde, com tantos profissionais, ele ainda é a referência para a resposta à sobrevivência.

Dessa forma, para a teoria do apego, o paciente está ali, sentindo-se ameaçado, com seu sistema de apego ativado, buscando proteção e segurança de um mais forte e mais sábio para que possa sobreviver a esse momento tão vulnerável. Dentre tantas figuras de apego que poderia buscar (pais, parceiros românticos, professores, amigos...), o médico é quem melhor atende às suas demandas. Pode-se dizer, então, que ao buscar auxílio para seu processo de adoecimento, o paciente corrige seu comportamento para a meta.

O médico, por sua vez, encontra-se no papel de cuidador, sendo capaz de assumir o papel de figura de apego. A figura de apego tem em si a propensão de captar os sinais de ameaça, de estar sintonizado com quem é cuidado, disponível e responsivo. Tem em si o sistema de cuidado, que em momentos de ameaça é ativado. Ali com o paciente, o médico tem a capacidade de ativar seu sistema de cuidado, podendo ser um porto seguro no processo do adoecimento. Se o sistema de cuidado do médico é responsivo e disponível, promovendo um porto seguro e base segura, então a relação médico-paciente terá o potencial de ser um espaço de confiança e segurança em que se possa lidar com a vulnerabilidade e as questões das perdas no adoecimento. Do contrário, com um sistema de cuidado mais inseguro, essa relação também tenderia para uma maior insegurança e menor confiança relacional.

Com isso em mente, essa pesquisa foi formulada, com o intuito de avaliar como o sistema de cuidado poderia influenciar a forma como o médico cuida de seus pacientes. Isso implicou em verificar os estilos de apego dos médicos, além

de analisar como se dão as questões de cuidado com o paciente a partir de uma entrevista.

Foram entrevistados onze médicos, e assim surgiram quatro categorias com temas frequentemente mencionados. É importante ressaltar como muitos dos temas se entrelaçaram: a forma de cuidar dos médicos está intrínseca com as experiências que eles viveram na medicina ou na hematologia, assim como o lidar com a morte e as perdas inerentes à profissão. A especificidade da especialidade também se encontra nesse emaranhado. E o cuidado com o outro perpassa a todos os entrevistados, independente da forma como demonstram esse cuidado.

Muitos profissionais mencionaram ter alguma experiência pessoal com a medicina e/ou com a hematologia, por terem algum parente médico ou por terem passado por experiências que envolvessem doenças hematológicas. Isso acaba por informar a escolha pela medicina e pela especialidade, o que, de certa forma, abrange também a forma como os médicos vão cuidar dos seus pacientes, inspirados pelas suas experiências.

Do ponto de vista da teoria do apego, isso significa dizer que o sistema de cuidado desses profissionais será construído a partir de como eles foram afetados quando cuidados por outros, ou seja, de seus modelos funcionais internos. Assim, quando Claudio conta sua história como portador de uma doença hematológica, ou Maria e Alexandre, a história da influência de seus familiares em suas escolhas profissionais, estão também falando de como seus modelos funcionais internos foram construídos, o que permitiu que eles pudessem se relacionar com o outro.

Além disso, existe uma especificidade nas doenças hematológicas, principalmente as onco-hematológicas. As características técnicas da especialidade – as formas de se fazer um diagnóstico, ou os protocolos de tratamento, por exemplo – trazem uma unicidade à especialidade. Muitos médicos, como Bárbara, mencionaram a possibilidade de estarem com o paciente do diagnóstico ao final do tratamento, mantendo uma relação contínua com ele.

Acompanhar o paciente do início ao fim do tratamento, fazer parte de todas as etapas do seu processo de adoecimento, pode significar um sistema de cuidado responsivo às necessidades desse indivíduo que está sofrendo momentaneamente. O médico quer estar ali, presente, para que possa ser suficientemente bom, o que muitas

vezes dificulta saber qual o seu papel, ou quais palavras usar para estar com o paciente (Winnicott, 1958/2000).

A comunicação está presente em muitas das dificuldades nas relações estudadas nesse trabalho (Bensing, 1991; Cherry, Fletcher, & O'Sullivan, 2013; de Haes & Bensing, 2009). Como comunicar o diagnóstico? O que falar para o paciente quando há falha no tratamento? E quando o paciente não entende o que é falado? Muitos profissionais entrevistados prezam a comunicação com o paciente, tentando explicar da melhor forma o diagnóstico ao paciente, mesmo que este não entenda e tentando subterfúgios quando o paciente não entende o que é falado, o que demonstra o cuidado com o outro que esses profissionais dispensam.

Esse cuidado, por sua vez, pode vir de uma maneira em que surge uma dificuldade em determinar os limites da relação, na forma de doação, como mencionada na pesquisa. Ou uma identificação com o paciente, quando Claudio conta que sua experiência como paciente influencia em como aborda seu trabalho, ou no relato de Laura, ecoando o de outros, quando fala como alguns pacientes podem ficar misturados e “acabam virando meio que amigos”.

É a ambiguidade das relações do apego adulto na qual há um papel duplo: poderia ser um amigo que estaria ali conversando ao mesmo tempo em que se tem uma relação hierarquicamente assimétrica em que o médico é o mais forte e mais sábio (Feeney, 2016). Essa ambiguidade, junto a processos identificatórios do médico com um paciente, extrapola a empatia e pode ser um obstáculo ao tratamento do paciente. Por exemplo, pode se tornar uma forma de obstinação terapêutica.

Ao mesmo tempo, o cuidado pode vir na forma de acolhimento, em como o profissional tem uma escuta e postura disponíveis para o paciente, sendo responsivo às suas demandas. Isso implica em poder ter o seu sistema de cuidado ativado, em seu potencial de ser um porto seguro para que o paciente possa recorrer nesse momento de vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que possa explorar essa vulnerabilidade sem medo (ser base segura). Quando Alexandre conta seu olhar pelo todo, ou quando Julia demonstra interesse pela vida do paciente, ou até mesmo Maria falando da qualidade do acolhimento, estão todos colocando em prática seus sistemas de cuidado. Eles observam quem está à sua

frente, buscam os sinais, mostram curiosidade, acolhem o que é assustador ou desconhecido.

Mesmo com todo acolhimento, muitas vezes o cuidado também pode suscitar distanciamento. Afinal, a vulnerabilidade do outro muitas vezes pode ir ao encontro da nossa própria. Cunha (2012) relata os obstáculos que os hematologistas vivenciam durante o tratamento das doenças hematológicas, principalmente oncológicas, ressaltando a importância do cuidado para com a equipe. São perdas, recaídas, progressão de doenças, falhas de tratamento. O convívio com os pacientes é frequente, e por isso, o cuidado também pode vir tanto pelo acolhimento quanto pelo distanciamento. Esse distanciamento foi demonstrado nas entrevistas quando os médicos falavam em “colocar a família no lugar dela” ou nas “broncas” que davam nos pacientes.

Além disso, essa questão também se expressava a partir da ambiguidade demonstrada nos discursos. Ao mesmo tempo em que havia muito acolhimento, todos os discursos demonstravam um tom de distanciamento. Julia, por exemplo, cita seu interesse na vida do paciente, em acolhê-lo, ao mesmo tempo em que só ressalta o raciocínio clínico do seu discurso. Assim também o faz Antônio, que constrói uma proteção entre ele e o paciente.

Outro ponto a ser ressaltado nos discursos envolve o enfrentamento das perdas, em que muitos demonstram frustração e/ou distanciamento da relação com os pacientes. Maria, por exemplo, demonstra frustração ao falar da dificuldade quando um paciente não recebe o seu acolhimento:

Para você ser um bom hematologista (...) você tem que entrar no contexto daquela pessoa que está fazendo quimioterapia. No contexto social, no contexto familiar, no contexto financeiro, sabe... tudo isso. Tem que entrar nesse contexto para ver o que é viável, assim. E tem uns pacientes que não deixam nem você entrar. São poucos, assim. Mas quando isso acontece eu fico desesperada (...). Porque aí... a sensação que eu tenho é que mesmo que ele cure da doença, o que você fez é muito pouco. Sabe aquela coisa assim, tipo, “qualquer um poderia ter feito”?

(Maria, 31 anos)

Encontra-se aí a dificuldade da figura de apego em observar que o outro está sinalizando que essa não é a necessidade que está podendo receber nesse

momento. O modelo funcional interno do médico fica a serviço do paciente, isto é, vai ao encontro do modelo funcional interno do paciente (Farber & Metzger, 2009).

Isso também é observado na forma de culpabilização, seja do paciente, seja do médico, quando há uma falha de tratamento ou algum tipo de perda (por exemplo, quando não há boa adesão). Para a teoria do apego, a exclusão defensiva é um dos mecanismos defensivos utilizados para se lidar com o que é insuportável ou com o que o ambiente não irá responder. Muitas vezes, na prática médica, lidar com as frustrações, a falha e a vulnerabilidade é muito insuportável para o profissional, e não é considerado uma prioridade na formação médica (Gawande, 2014; Ofri, 2013; Schrijver, 2016).

Ao mesmo tempo, os entrevistados falaram da tristeza ao perderem pacientes queridos e de como isso os afeta. Falam da frustração, dos questionamentos e do sentir o luto pelo paciente. E de como precisam se proteger para poder lidar com o ambiente de trabalho, tendo em vista que é essa a realidade deles.

Ressalta-se também o papel da associação da especialidade Cuidados Paliativos à formação de alguns participantes. Falar sobre adoecimento e cuidado com eles tinha o diferencial de sempre ser referenciado ao cuidado a partir da perspectiva paliativista. Um olhar de transformação para Julia, por exemplo, que, ao iniciar os seus estudos nessa área observou uma “mudança significativa” (SIC) em sua vida. Para Maria foi o que deu sentido à sua profissão, auxiliando nos momentos desesperadores da perda e da frustração. Para Paula, foi a resposta que precisava para continuar cuidando e não “jogar a toalha” (SIC). De uma forma ou de outra, foram recursos encontrados para se lidar com o adoecimento a partir do cuidado com o paciente.

Outro aspecto da pesquisa está relacionado aos resultados da Escala de Vinculação em Adultos (EVA). Dos onze sujeitos entrevistados, todos apresentaram estilo de apego seguro. Entretanto, ao realizarmos uma análise por *clusters*, observando cada item (ansiedade, conforto com proximidade e confiança no outro) alguns pontos chamaram a atenção, principalmente aliado à análise intradiscursivo.

Isso traz à tona uma discussão importante na escolha do instrumento para a avaliação dos estilos de apego. O EVA foi escolhido por ser um instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa que melhor atendia às necessidades do recorte do campo da pesquisa (Canavarro, 1995; Shaver & Mikulincer, 2002). Poucos são os instrumentos disponíveis validados para o Brasil que avaliem os estilos de apego dos médicos.

Por sua vez, sabe-se que atualmente há discussões quanto ao uso de instrumentos de autorrelato e de narrativas em pesquisas e até em avaliações diagnósticas clínicas. Existe nos sujeitos uma tendência, consciente ou não, já identificada, em dar respostas socialmente desejáveis, ou falseadas e favoráveis à própria avaliação daquele indivíduo. Se alguns pesquisadores consideram estas limitações como empecilhos à sua utilização (Uziel, 2010), outros as consideram exageradas, e propõem sua manutenção para fins de pesquisa (Backstrom & Bjorklund, 2014).

Um extenso editorial do *European Journal of Psychological Assessment* (Ziegler, 2015) resenha estas limitações e propõe uma agenda para modificar tal panorama. Discute-se como os questionários são parte de um processo de pensamento em vários estágios, e como os vieses das respostas poderiam afetar cada estágio. Assim, explicar esses vieses e preveni-los implicaria em atribuí-los ao processo de resposta.

Podemos ponderar que se muitas vezes as escalas e os inventários fornecem informações mais precisas do que as entrevistas e narrativas, por sua vez estas podem matizar nuances sutis do objeto da pesquisa. Assim, a integração dessas perspectivas e desses instrumentos pode enriquecer a discussão das pesquisas em apego (Fraley, 2002).

Uma das dificuldades encontradas foi a captação dos sujeitos. Muitas tentativas foram realizadas, com apenas onze médicos aceitando realizar a entrevista, sendo uma das limitações desse estudo. Falar sobre cuidar, estar com o outro, lidar com perdas pode significar grande exposição, deixando o profissional em lugar de vulnerabilidade diante de um outro (o pesquisador) desconhecido. Isso pode representar algo muito ameaçador, e nem todos podem emocionalmente suportar isso. Assim, pode-se inferir que todos que aceitaram fazer parte da

pesquisa ou que aceitaram fazer parte da pesquisa já tinham uma segurança e uma confiança internas que não seriam desorganizadoras.

Além disso, mesmo a pesquisadora, por sua experiência clínica, procurar trazer segurança e conforto para a entrevista, pode ser intimidador falar sobre sua forma de cuidar, e estar se sentindo avaliado sobre sua maneira de se relacionar com o mundo e com seus pacientes, o que pode ter aberto espaço para o uso de mecanismos de defesa do ego.

Os resultados demonstram que, para além da existência de estilos de apego seguro detectada pelo EVA em nossa pesquisa, a análise de conteúdo das entrevistas descortina uma paisagem psicológica de grande complexidade, tendo em vista que existem camadas na relação médico-paciente que necessitam aprofundamento. Os médicos apresentam em geral um acolhimento generoso, mas, frequentemente, distanciamento afetivo mesclado com impaciência, característicos do estilo evitativo de apego e até de uma possibilidade de apego amedrontado.

Cabe observar, no entanto, que a formação médica costuma enfatizar aspectos de distanciamento afetivo para que, seguindo um modelo cartesiano de separação entre razão e emoção, o futuro médico não se deixe confundir em seu raciocínio clínico nem em suas determinações de tratamento. Assim, frente a situações muitas vezes dramáticas de perdas, lutos mal resolvidos, sentimentos de poder, impotência e de fracasso, o médico pode seguir o caminho da evitação ou do distanciamento afetivo como forma extrema de se proteger do sofrimento. E se por um lado existe grande satisfação pelos tratamentos bem-sucedidos, inclusive do ponto de vista da relação, está sempre presente a possibilidade de processos identificatórios do médico com certos pacientes, processos estes (com uma percepção positiva ou negativa do paciente) que “contaminam” a relação e a tornam fonte de confusão emocional e de grandes dificuldades em lidar com situações apresentadas por esses pacientes. Como é o caso da “solicitude compulsiva”, tão bem descrita por John Bowlby (Bowlby, 1997).

Além disso, ressalta-se que os estilos de apego, assim como a ativação ou não dos sistemas de apego e cuidado, são dependentes das características da relação, ou seja, daquilo que é suscitado pela díade. Bowlby (1990; 1997) afirma

que as relações de apego são construídas tanto com os cuidadores principais, quanto com mentores, professores, e até mesmo com instituições. Isso demonstra como o ambiente influencia as matizes das relações de apego, auxiliando na construção dos modelos funcionais internos.

Ainda existem poucos estudos sobre o tema, especialmente no Brasil, sendo necessário um maior aprofundamento para que se possa compreender melhor a relação médico-paciente na ótica da teoria do apego, e principalmente, sob a perspectiva do médico. É importante enfatizar que, com o progressivo aumento da incidência de pacientes com doenças crônico-degenerativas, de longa duração, a qualidade da relação médico-paciente torna-se cada vez mais relevante. O presente trabalho prioriza o lado do médico nesta relação, e a importância do atendimento às suas necessidades psicológicas e relacionais. Com isso, intervenções podem ser propostas à equipe de saúde, de forma a cuidar de maneira consistente destes profissionais e aprimorar sua relação com o paciente e seus familiares.



## 7. Referências Bibliográficas

- ABREU, CRISTIANO NABUCO DE. (2005). A teoria da vinculação e a prática da psicoterapia cognitiva. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 43-58. Recuperado em 04 de fevereiro de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200005&lng=pt&tlng=pt).
- ADSHEAD, G. (2010). Becoming a caregiver: Attachment theory and poorly performing doctors. *Medical Education*, 44(2), 125–131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03556.x>
- ADSHEAD, G., & BLUGLASS, K. (2001). A vicious circle: transgenerational attachment representations in a case of Factitious Illness by Proxy. *Attachment & Human Development*, 3(1), 77–95. <https://doi.org/10.1080/14616730010024780>
- ADSHEAD, G., & GUTHRIE, E. (2015). The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. *BJPscyh Advances*, 21(3), 167–174. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013045>
- AINSWORTH, M. D. S. (1979). Infant — Mother Attachment, 34(10), 932–937.
- BAILE, W.F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, E.A.; KUDELKA, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, pp. 302-311.
- BALINT, M. (2005). *O médico, seu paciente e a doença* (2a Edição). São Paulo: Ateneu.
- BARDIN, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3a Edição). Edições 70.
- BARSTAD, M. G. (2013). Do Berço ao Túmulo: A Teoria do Apego de John Bowlby e os estudos de apego em adultos. Orientador: SOLLERO-DE-CAMPOS, F. *Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica Do Rio de Janeiro*, 1–110.
- BARTHOLOMEW, K., & HOROWITZ, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- BARTHOLOMEW, K., & SHAVER, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? *Attachment Theory and Close Relationships*, 25–45. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- BASSO, L. A., & MARIN, A. H. (2010). Comportamento de apego em adultos e a experiência da perda de um ente querido. *Aletheia*, 32, 92–103.
- BENSING, J. (1991). Doctor-Patient Communication and the Quality of Care. *Soc Scr Med*, 32(11), 1301–1310. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90047-G](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90047-G)
- BERTHELOT, N., ENSINK, K., BERNAZZANI, O., NORMANDIN, L., & FONAGY, P.

(2015). Intergenerational Transmission of Attachment in Abused and Neglected Mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200–212. <https://doi.org/DOI: 10.1002/imhj.21499>

BIRINGEN, Z., BROWN, D., DONALDSON, L., GREEN, S., KRCMARIK, S., & LOVAS, G. (2000). Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. *Attachment & Human Development*, 2(2), 188–202. <https://doi.org/10.1080/14616730050085554>

BOSQUET, M., & EGELAND, B. (2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: Implications for attachment-based interventions. *Attachment & Human Development*, 3(2), 173–199. <https://doi.org/10.1080/14616730010058007>

BOTEGA, N. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In N. Botega (Ed.), *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência* (2nd Editio, pp. 49–66). Porto Alegre: Artes Médicas.

BOWLBY, J. (1990). *Apego: Volume I*. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_ (1997). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos* (3a Edição). São Paulo: Martins Fontes.

BRETHERTON, I., & MUNHOLLAND, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd ed., pp. 102–127). New York: The Guilford Press.

\_\_\_\_\_ (2016). The Internal Working Model Construct in Light of Contemporary Neuroimaging Research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 63–88). New York: The Guilford Press.

CAMPOS, E. P. (2007). *Quem Cuida do Cuidador*. Petrópolis: Editora Vozes.

CANAVARRO, M. C. (1995). Escala de Vinculação do Adulto, 1995.

CANAVARRO, M. C., DIAS, P., & LIMA, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155–186. <https://doi.org/edssci.S0874.20492006000100008>

CASSIDY, J. (2003). Continuity and Change in the Measurement of Infant Attachment: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39(3), 409–412. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.409>

CASSIDY, J. (2016). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 3–24). New York: The Guilford Press.

CHERRY, M. G., FLETCHER, I., & O'SULLIVAN, H. (2013). Exploring the relationships among attachment, emotional intelligence and communication. *Medical Education*, 47(3), 317–325. <https://doi.org/10.1111/medu.12115>

\_\_\_\_\_ (2014). Validating relationships among attachment, emotional intelligence and clinical communication. *Medical Education*, 48(10), 988–997. <https://doi.org/10.1111/medu.12526>

CIANNI-GOULART, V. (2012). *A abordagem clínica da perda Trabalho de Conclusão de Curso*. Rio de Janeiro.

CIECHANOWSKI, P., & KATON, W. J. (2006). The interpersonal experience of health care through the eyes of patients with diabetes. *Social Science and Medicine*, 63(12), 3067–3079. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.002>

CIECHANOWSKI, P., RUSSO, J., KATON, W., SIMON, G., LUDMAN, E., VON KORFF, M., ... LIN, E. (2006). Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.07.004>

CIECHANOWSKI, P., RUSSO, J., KATON, W., VON KORFF, M., LUDMAN, E., LIN, E., ... BUSH, T. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 720–728. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138125.59122.23>

CIECHANOWSKI, P. S., RUSSO, J. E., KATON, W. J., & WALKER, E. A. (2004). Attachment theory in health care: The influence of relationship style on medical students' specialty choice. *Medical Education*, 38(3), 262–270. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2004.01767.x>

CIECHANOWSKI, P. S., WALKER, E. A., KATON, W. J., & RUSSO, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 660–667. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76>

COLLINS, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810–832. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.4.810>

COLLINS, N. L., & FORD, M. B. (2010). Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 235–244. <https://doi.org/10.1177/0265407509360907>

COLLINS, N. L., & READ, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>

COSTELLO, P. C. (2013). *Attachment-Based Psychotherapy: Helping Patients Develop Adaptive Capacities*. Washington: American Psychological Association.

CREMESP. (2001). *Guia da Relação Médico-Paciente*. Retrieved from [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=10](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=10)

CROWELL, J., FRALEY, R. C., & ROISMAN, G. I. (2016). Measurement of Individual Differences in Adult Attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of*

*Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Edition, pp. 539–637). New York: The Guilford Press.

CUMMINGS, E. M. (2003). Toward Assessing Attachment on an Emotional Security Continuum: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39(3), 405–408. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.405>

CUNHA, C. R. DA S. (2012). *Perdendo todos os dias: sobre a possibilidade de elaboração do luto em uma equipe de saúde*. Trabalho apresentado ao 4ª Estações Instituto de Psicologia como requisito parcial para conclusão do curso de Aprimoramento em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto. Rio de Janeiro: 1-34.

DE HAES, H., & BENSING, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.006>

EIZIRIK, M., & FONAGY, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Terapia de mentalização para pacientes com transtorno de personalidade borderline: uma atualização*. Mentalization-based treatment for BPD 73. *Rev Bras Psiquiatr. Rev Bras Psiquiatr*, 31(11), 72–572. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000100016>

ENSINK, K., NORMANDIN, L., PLAMONDON, A., & FONAGY, P. (2016). Intergenerational Pathways From Reflective Functioning to Infant Attachment Through Parenting. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4(1), pp. 9-18. <https://doi.org/10.1037/cbs0000030>

FARBER, B. A., & METZGER, J. A. (2009). The Therapist as a Secure Base. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 46–70). New York: The Guilford Press.

FEENEY, B. C., & WOODHOUSE, S. S. (2016). Caregiving. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Edition, pp. 827–851). New York: The Guilford Press.

FEENEY, J. A. (2016). Adult Romantic Attachment: Developments in the Study of Couple Relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Edition, pp. 435–464). New York: The Guilford Press.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E., & TARGET, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press LLC.

FONAGY, P., GERGELY, G., & TARGET, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(3–4), 288–328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>

FOSHA, D. (2000). *The Transforming Power of Affect*. New York: Basic Books.

FRALEY, R. C. (2002). Introduction to the special issue: The psychodynamics of adult attachments – Bridging the gap between disparate research traditions. *Attachment & Human Development*, 4(2), 131–132. <https://doi.org/10.1080/1461673021015418>

FRALEY, R. C., & PHILLIPS, R. (2009). Self-Report Measures of Adult Attachment in Clinical Practice. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 153–180). New York: The Guilford Press.

FRALEY, R. C., & SPIEKER, S. J. (2003). What Are the Differences Between Dimensional and Categorical Models of Individual Differences in Attachment? Reply to Cassidy ( 2003 ), Cummings ( 2003 ), Sroufe ( 2003 ), and Waters and Beauchaine ( 2003 ), 39(3), 423–429. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.423>

FRALEY, R. C., WALLER, N. G., & BRENNAN, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

FREDERIKSEN, H. B., KRAGSTRUP, J., & DEHLHOLM-LAMBERTSEN, B. (2010). Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(3), 185–190. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.505447>

GAWANDE, A. (2014). Being Mortal. In *Being Mortal* (Kindle Edi). New York: Metropolitan Books.

GEORGE, C., & SOLOMON, J. (2008). The Caregiving System: A Behavioral System Approach to Parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd Editio). New York: The Guilford Press.

GROOPMAN, J. (2007). *How Doctors Think*. New York: Harcourt Publishing Company.

HAZAN, C., GUR-YAISH, N., & CAMPA, M. (2004). What Does It Mean to Be Attached? In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications* (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.

HAZAN, C., & SHAVER, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *American Psychologist*, 46(3), 333–341. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Hepper, E. G., & Carnelley, K. B. (2012). Attachment and romantic relationships: The roles of working models of self and other. *The Psychology of Love (Vols 1–4)*, 1(March), 133–154. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-08260-011&lang=ja&site=ehost-live>

HESSE, E. (2016). Adult Attachment Interview: Protocol, Method, Analysis, and Empirical Studies 1985-2015. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 553–598). New York: The Guilford Press.

JONES-MASON, K., ELAINE ALLEN, I., HAMILTON, S., & WEISS, S. J. (2015). Comparative validity of the Adult Attachment Interview and the Adult

Attachment Projective. *Attachment and Human Development*, 17(5), 429–447. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1075562>

KINTANAR, N. S. M., & BERNARDO, A. B. I. (2013). Hope and internal working models of the self and others: A correlational study on Filipino adolescents. *Psychological Studies*, 58(1), 48–53. <https://doi.org/10.1007/s12646-012-0174-6>

KOVÁCS, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde (Impr.)*, 34(4), 420–429. Retrieved from [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf)

LOPEZ, F. G. (2009). Clinical Correlates of Adult Attachment Organization. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 94–117). New York: The Guilford Press.

LUKE, M. A., MAIO, G. R., & CARNELLEY, K. B. (2004). Attachment models of the self and others: Relations with self-esteem, humanity-esteem, and parental treatment. *Personal Relationships*, 11(3), 281–303. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00083.x>

MAIN, M. (2000). The Organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible Vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055–1096. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>

MAIN, M., & HESSE, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.

MAIN, M., KAPLAN, N., & CASSIDY, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66–104. <https://doi.org/10.2307/3333827>

MARQUES FILHO, J., HOSSNE, WILLIAM. S (2015), A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia.. **Revista Bioética [en linea]**, 23 [Fecha de consulta: 15 de abril de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361540658010>> ISSN 1983-8042

MAUNDER, R. G., & HUNTER, J. J. (2016). Can patients be “attached” to healthcare providers? An observational study to measure attachment phenomena in patient-provider relationships. *BMJ Open*, 6(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011068>

MAUNDER, R. G., PANZER, A., VILJOEN, M., OWEN, J., HUMAN, S., & HUNTER, J. J. (2006). Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style. *Social Science and Medicine*, 63(2), 552–562. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.001>

MCCARTHY, G., & MAUGHAN, B. (2010). Negative childhood experiences and adult love relationships: The role of internal working models of attachment. *Attachment & Human Development*, 12(5), 445–461.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2010.501968>

MICELLI, A. V. P. (2009). Laços e nós: a comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica, 127.

MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*.

MOHR, J., COOK-LYON, R., & KOLCHAKIAN, M. R. (2010). Love imagined: Working models of future romantic attachment in emerging adults. *Personal Relationships*, 17(3), 457–473. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01281.x>

OFRI, D. (2013). *What Doctors Feel: what emotions affect the practice of medicine*. Boston: Beacon Press.

PARKES, C. M. (2009). *Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus.

PIETROMONACO, P. R., & BARRETT, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4(2), 155–175. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.155>

PIETROMONACO, P. R., & SCHETTER, C. D. (2014). Attachment Theory for Health and Disease, 32(5), 499–513. <https://doi.org/10.1037/a0029349>.Close

RADKE-YARROW, M., CUMMINGS, E. M., KUCZYNSKI, L., & CHAPMAN, M. (1985). Patterns of Attachment in Two- and Three-Year-Olds in Normal Families and Families with Parental Depression. *Child Development*, 56(4), 884–893.

RAMIRES, V. R. R., & GODINHO, L. R. (2011). Psicoterapia Baseada Na Mentalização De Crianças the Mentalization-Based Treatment of Children Who Were Maltreated, 16(1), 61–70.

RAMIRES, V. R. R., & SCHNEIDER, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 26, 25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>

RHOLES, W. S., & SIMPSON, J. A. (2004). Attachment Theory: Basic Concepts and Contemporary Questions. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications* (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.

ROCHA, G. M. A. DA, PEIXOTO, E. M., NAKANO, T. DE C., MOTTA, I. F. DA, & WIETHAEUPER, D. (2017). The Experiences in Close Relationships - Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS): validity evidence and reliability. *Psico-USF*, 22(1), 121–132. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220111>

RODRIGUES, L.A.; MORAES, E.L. BETOSCHI, J.R.; AMARAL, C.P. (2015). Como a dor e o sofrimento do paciente oncológico afetam o médico no processo de tratamento. **Cuidarte Enfermagem**, 9(1); pp.58-70.

SCHOENMAKER, C., JUFFER, F., VAN IJZENDOORN, M. H., LINTING, M., VAN DER VOORT, A., & BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. (2015). From maternal sensitivity

in infancy to adult attachment representations: a longitudinal adoption study with secure base scripts, *Attachment & Human Development* 17(3), 241–256. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1037315>

SCHRIJVER, I. (2016). Pathology in the Medical Profession? *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 140(9), 976–982. <https://doi.org/10.5858/arpa.2015-0524-RA>

SHAVER, P. R., & MIKULINCER, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4(2), 133–161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>

SHAVER, P. R., & MIKULINCER, M. (2004). What to Self-Report Attachment Measures Assess? In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications* (Kindle Edition). New York: The Guilford Press.

SIEGEL, D. (1999). *The Developing Mind*. New York: The Guilford Press.

SROUFE, L. A. (2003). Attachment Categories as Reflections of Multiple Dimensions: Comment on Fraley and Spieker (2003), 39(3), 413–416. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.413>

STERN, D. (2000). *The Interpersonal World of The Infant* (Kindle Edi). New York: Basic Books.

TAN, A., ZIMMERMANN, C., & RODIN, G. (2005). Interpersonal processes in palliative care: An attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliative Medicine*, 19(2), 143–150. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm994oa>

WALLIN, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

WATERS, E., & BEAUCHAINE, T. P. (2003). Are There Really Patterns of Attachment? Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39(3), 417–422. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.417>

WEINFELD, N. S., SROUFE, L. A., EGELAND, B., & CARLSON, E. (2008). Individual Differences in Infant-Caregiver Attachment: Conceptual and Empirical Aspects of Security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd Editio, pp. 78–101). New York: The Guilford Press.

WILHELM, K., & TIETZE, T. (2016). Difficult doctor – patient interactions Applying principles of attachment based care. *Medicine Today*, 17(1–2), 36–47.

ZEIFMAN, D. M., & HAZAN, C. (2008). Pair Bonds as Attachments: Reevaluating the Evidence. In J. Cassidy (Ed.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd Editio, pp. 436–455). New York: The Guilford Press.

ZEIFMAN, D. M., & HAZAN, C. (2016). Pair Bond as Attachments: Mountaing Evidence in Support of Bowlby’s Hypothesis. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 416–434). New York: The Guilford Press.



WINNICOTT, D. (1958/2000). **Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago.

# ANEXOS

## Anexo I



### Ficha Sócio-Demográfica

Identificação:

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as suas características pessoais, como sexo e idade, características socioeconômicas, como grau de escolaridade e situação de trabalho, e relações com família e amigos.

**1. Sexo**

- a) Feminino
- b) Masculino

**2. Qual a sua idade?** \_\_\_\_\_ anos

**3. Qual o seu estado conjugal?**

- a) Nunca foi casado(a)
- b) Casado(a) ou vive com companheiro(a)
- c) Separado(a) ou divorciado(a)
- d) Viúvo(a)

**4. Tem religião?**

- a) Sim                      Qual? \_\_\_\_\_
- b) Não

**5. Qual o seu grau de instrução?**

- a) Analfabeto/Menos de um ano de instrução

- b) Elementar Incompleto
- c) Elementar Completo e Fundamental Incompleto
- d) Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto
- e) Ensino Médio Completo e Superior Incompleto
- f) Superior Completo ou mais

6. **Qual sua especialidade?** \_\_\_\_\_
7. **Há quanto tempo se formou?** \_\_\_\_\_
8. **Quanto tempo trabalha/ trabalhou no sistema público de saúde?**  
\_\_\_\_\_
9. **Em que setor do hospital?** \_\_\_\_\_
10. **Por quanto tempo trabalhou lá?** \_\_\_\_\_

## Anexo II

### *Escala de Vinculação do Adulto*

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

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

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Caracterís- tico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.Acho difícil confiar completamente nos outros.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **Anexo III**

### **Roteiro de Entrevista**

#### Avaliação do Cuidado

1. Quais os motivos que o(a) levaram à escolha da medicina como profissão?
2. E da sua especialidade?
3. Quais os pacientes mais fáceis de lidar?
4. Como você lida com eles?
5. Quais as situações que são mais difíceis de lidar com seu paciente? Como você faz para lidar com elas?
6. Quais os pacientes mais difíceis? Como você faz para lidar com eles?
7. Como é para você quando um caso não tem a resolução que você espera?
8. Como é para você quando um paciente querido morre?
9. Como é para você quando o paciente não entende o que está sendo explicado?
10. Como é para você o contato com as famílias dos pacientes?
11. Qual a maior dificuldade com as famílias? O que você faz para lidar com elas?
12. Quais famílias são mais fáceis? O que você faz para lidar com elas?

## Anexo IV

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



Câmara de Ética em Pesquisa da PUC - Rio

### PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-RIO (2017-11)

A Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio foi constituída como uma Câmara específica do Conselho de Ensino e Pesquisa conforme decisão deste órgão colegiado com atribuição de avaliar projetos de pesquisa do ponto de vista de suas implicações éticas.

#### Identificação:

**Título:** A relação médico-paciente sob a ótica do apego: pensando caminhos (Departamento de Psicologia da PUC-Rio)


**Autora:** Mariana Guerra Barstad Castro Neves (Doutoranda do Departamento de Psicologia da PUC-Rio)

**Orientadora:** Flávia Sollero - de - Campos (Professora do Departamento de Psicologia da PUC-Rio)

**Apresentação:** A pesquisa tem por objetivo analisar como o sistema de cuidado está presente na relação médico-paciente, circunscrevendo seu objeto de estudo no estilo de apego do médico, relacionando-o à capacidade de cuidado que o médico estabelece com o paciente. Sustentando-se teoricamente na Teoria do Apego de John Bowlby, será realizada uma pesquisa qualiquanti com médicos que tenham inserção no serviço público de saúde da cidade do Rio de Janeiro especializados em Hematologia e que trabalham com pacientes com doenças crônico-degenerativas. Serão entrevistados 10 médicos e será utilizada uma ficha sócio-demográfica e aplicada uma escala de autorrelato - Escala de Vinculação em Adultos (EVA) para a avaliação do estilo de apego do médico.

**Aspectos éticos:** O projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentados estão de acordo com os princípios e valores do Marco Referencial, Estatuto e Regimento da Universidade no que se referem às responsabilidades do seu corpo docente e discente. O Termo apresenta a justificativa, os objetivos, a garantia de esclarecimentos durante todo o processo da pesquisa, o compromisso do sigilo e da confidencialidade quanto aos dados que

**Parecer:** Considerando os elementos expostos acima somos de parecer **Favorável** à aprovação do projeto quanto aos princípios e critérios estabelecidos pela Comissão de Ética em Pesquisa da PUC-Rio.

  
Prof. José Ricardo Bergmann  
Presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa da PUC-Rio

Rio de Janeiro, 26 de abril de 2017.

Vice-Reitoria para Assuntos Acadêmicos  
Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea - 22453-900.  
Rio de Janeiro - RJ - Tel. (021) 3527 1619 FAX (021) 3527 1132.  
E-mail: vrac@puc-rio.br



## Anexo V



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Instituição de origem:** Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

**Título da pesquisa:** A relação médico-paciente sob a ótica do apego: pensando caminhos

**Pesquisadora:** Mariana Guerra Barstad Castro Neves

**E-mail:** m\_barstad@hotmail.com

**Telefone:** (21) 99109-8528

**Orientadora:** Flavia Sollero-de-Campos

**E-mail:** fsollero@puc-rio.br

**Telefone:** (21) 99346-3932

Você está convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo geral estudar como o profissional médico lida com as várias situações que surgem na relação com seus pacientes, e as possíveis influências de sua vivência pessoal e história de vida sobre seu trabalho.

Sua participação é voluntária, estando livre para interromper a aplicação da escala e a entrevista quando assim desejar; fazer as perguntas que julgar necessárias; recusar-se a responder perguntas ou falar de assuntos que possam lhe causar qualquer tipo de constrangimento. O preenchimento da escala e a realização da entrevista não causarão nenhum dano à sua saúde física e emocional, talvez com exceção de certa timidez que algumas pessoas sentem no decorrer do processo. Em caso de constrangimento ou desconforto, você poderá interromper ambos procedimentos a qualquer momento. Sua recusa em participar desta

pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo ou dano em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

A pesquisa será realizada a partir da aplicação de uma Escala de Vinculação em Adultos e de uma entrevista gravada e, posteriormente, transcrita, permanecendo sob a responsabilidade da pesquisadora todo e qualquer dado de identificação. Todas as informações têm caráter confidencial, portanto sua identidade será mantida em sigilo. Seu nome e de todos os indivíduos mencionados serão substituídos por outros, fictícios.

Com sua adesão, você estará contribuindo para a ampliação do conhecimento das formas pelas quais os médicos se relacionam com seus pacientes, e assim poderemos contribuir para a formação integral do médico e para o aprimoramento da relação médico-paciente.

Assinando este formulário de consentimento, você autoriza a pesquisadora a utilizar, em ensino, pesquisa e publicação, as informações prestadas na entrevista, sendo preservada sua identidade e a das pessoas citadas em sua entrevista. Você poderá ter acesso aos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Também poderá sempre que quiser pedir mais informações sobre a pesquisa e entrar em contato com a pesquisadora.

Este formulário está sendo assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o (a) participante.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) sobre o estudo acima referido e compreendi seus objetivos. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, o que indica meu consentimento para participar desta pesquisa

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Entrevistado(a)

---

Pesquisadora

## Anexo VI

### The unfolding of attachment studies in adulthood

#### Abstract

Attachment theory states that we are all biologically rooted to be attached, to seek proximity and comfort from someone considered stronger and wiser when feeling threatened. Although attachment behavior is more frequent and intense in infancy, it is present from the cradle to the grave. In adulthood, the attachment system is still triggered by threats and dangers, with the primary objective to attain proximity and protection from an attachment figure. However, the attachment figure can be internalized forming representations, denominated internal working models. Researchers have developed several instruments to assess adult attachment styles, being divided into two traditions: one, narrative measures, classifies attachment styles in autonomous/secure, dismissing, preoccupied and disorganized; the other, self-report instruments, assign them according to anxiety and avoidance, designating secure, dismissing/avoidant, preoccupied and fearful/avoidant.

**Keywords:** attachment theory, attachment behavior in adulthood; attachment styles; internal working models; attachment measures.

#### O desdobramento dos estudos em apego em adultos

**Resumo:** A teoria do apego afirma que todos nós estamos biologicamente programados para ser apegados, buscando proximidade e conforto de alguém considerado mais forte e mais sábio ao nos sentirmos ameaçados. Embora o comportamento do apego seja mais frequente e intenso na infância, ele está

presente do berço ao túmulo. Na fase adulta, o sistema de apego ainda é desencadeado por ameaças e perigos, com o objetivo principal de alcançar proximidade e proteção de uma figura de apego. No entanto, a figura de apego pode ser internalizada formando representações, denominadas modelos funcionais internos. Pesquisadores desenvolveram diversos instrumentos para avaliar apego em adultos, mantendo-se em duas linhas de pesquisa: uma, dos instrumentos de narrativa, classificaram em autônomo/seguro, evitativo, preocupado e desorganizado; já a outra, dos instrumentos de autorrelato, dividem os estilos de apego de acordo com ansiedade e evitação, designados seguro, evitativo, preocupado e amedrontado.

Palavras-chave: Teoria do apego; Comportamento de apego em adultos; Estilos de Apego; Modelos funcionais internos; Instrumentos de apego.

## Introduction

Attachment theory states that we are all biologically rooted to be attached, i.e., to seek proximity and comfort from someone (or something) considered stronger and wiser (the attachment figure) when feeling threatened (which can be real or perceived). This behavior would be part of an attachment behavioral system, which the primary goal is to attain protection and security for the survival of the species (Mikulincer & Shaver, 2007; Pietromonaco & Schetter, 2014). The attachment system is goal-corrected and relational-based, meaning that, to attain its goal, one seeks the care of a responsive and available attachment figure. In turn, the attachment figure has to activate its caregiving system to detect any

threats (again, real or perceived ones) to the individual's emotional or physical survival.

Although attachment behavior is more frequent and intense in infancy, it is present from the cradle to the grave, manifested through thoughts and behaviors related to proximity seeking when feeling threatened, in pain and helpless, for example. In adulthood, the search for an attachment figure becomes the internalization of mental representations of working models, which evoke a felt sense of security and create confidence within oneself (Bowlby, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007).

### **Attachment in Adulthood**

Human beings continually search for connection with each other, either looking for a soul mate for life, either for the fact that individuals are sexually desirable even when they are not in their reproductive cycle, demonstrating the importance of the attachment system for survival and reproductive success. Moreover, experiences with primary caregivers reflect on posterior relationships, once more showing how vital the attachment system is in adulthood (J. A. Feeney, 2016; Hepper & Carnelley, 2012; Zeifman & Hazan, 2016) .

In adulthood, the attachment system is still triggered by threats and dangers, with the primary objective to attain proximity and protection from an attachment figure. However, that attachment figure can be real or internalized, a symbolic figure constructed from a relating pattern with the caregiver and with the world. The availability of that attachment figure, either real or internalized, is going to sustain that felt security that evokes feeling worthiness, lovability, confidence and being able to depend on another person (Mikulincer & Shaver, 2007).

For Zeifman & Hazan (2008), the attachment relationship between two adults consists of double roles for both of them.,—Besides in adults, other biological systems, such as sex system, are involved.

Another difference consists in the fact the child seeks physical contact as a goal to attachment, whereas the adult can seek physical contact for physical attraction besides comfort. On the other hand, some similarities can be found between attachment behavior in child and adulthood, such as prolonged gaze exchange, hugs, clinging, and voice tone on the dialogues between the couple (Zeifman & Hazan, 2008).

Another trace present in the adult attachment relationship is the receiving of comfort and security from a partner (the attachment figure), the desire to be with the other and the protest behavior when there is the threat that the partner/attachment figure may not be available (Feeney, 2008).

### **The internal working models**

In adulthood, mental representations create a felt sense of security replacing the real search for proximity encountered in infancy. The mental representation becomes a symbolic source for the approximation to the attachment figure. These representations are introjected, resulting in self-regulation. In other words, one is regulated by the attachment figure, and through that process can learn how to self-regulate (Hepper & Carnelley, 2012; Mikulincer & Shaver, 2007).

By being a goal-corrected system, the attachment behavioral system gathers essential information to achieve its goals (seek proximity and safety) through

mental representations. The repeated attachment-related experiences are organized in scripts that form other representations. For Bowlby, those representations, named representational models or internal working models, allow individuals to plan their future. These models should frequently be revised and updated, reflecting in the best way the individual's reality (Cassidy, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007).

The working models are divided into models of self and models of other (or of attachment figures), which allow individuals to praise, interpret and predict attachment figures (and environment) behaviors and, by those means, plan their immediate and long-term responses. The self and other models reflect different aspects of the relationship, built upon the interpersonal relationship (Bowlby, 1990; Kintanar & Bernardo, 2013).

The internal working models of self and attachment figures have the adaptive function of building a proper representation of self, attachment figure, and environment. Thereby, the development of healthy attachment relationships would be based on the continuous update and synchronicity of the internal working models. When the defensive information processing overlaps the adaptive process, pathology will occur (Bowlby, 1990; Jones-Mason et al., 2015).

Believing in the human being's capacity for creating mental models, Parkes (2006) created the expression "assumptive world" as a reference to the inner world felt as real. For example, the capacity to recognize objects, or to plan behavior accordingly with one's needs and capacities (our parents, ourselves, our capacity to cope with the threat, the protection we expect from each other, among others). All these beliefs modify themselves as the experiences are being lived and



are what makes it possible for the individual to approach the world with confidence and felt-sense of security (Cianni-Goulart, 2012).

The interaction of the individuals with close ones designs the internal working models. The experiences with first attachment figures construe the models of self. For example, children with available, responsive and trusting attachment figures will probably develop a sense of self feeling valued and welcomed. On the other hand, children with an inconsistent and unavailable attachment figure tend to develop models of self in which they are not accepted nor valued (Pietromonaco & Barrett, 2000; Pietromonaco & Schetter, 2014)

The internal working models of self and attachment figure(s) are necessarily mutually corroborative; which, in turn, influence the sense of self and other, core to the internal working model (Bretherton & Munholland, 2016).

Parkes (2009) highlights the complexity of the internal working models. According to him, although it is expected from people with an insecure attachment to have more predisposition to psychiatric disorders and more difficulty in coping with traumatic events, some studies assert that individuals with mainly positive interactions tend to have more difficulty in coping with adverse events. This mechanism happens because they lack experience with frustration and for lack of update in their assumptive worlds (considered idyllic).

At the same time that traumatic situations of loss can generate insecure or disorganized attachment relationships, resulting in emotional disorders, they can also be a source of resilience and cure, enhancing individual's basic trust. Psychotherapy would help update the assumptive world with more realistic and mature perspectives (Parkes, 2006).

The internal working models function from the perspectives that the individuals have about themselves, about the attachment figures and the dyad. The attachment relationship is content-specific, and person-specific (Pietromonaco & Barrett, 2000; Pietromonaco & Schetter, 2014).

When the internal working model represents safety, the infant will activate his or her exploratory system, and explore the environment, being able to deactivate the attachment system and separate from his or her attachment figures and grow healthily and resiliently. However, if the attachment figure is not good enough, the infant will not have a secure base, which will harm his or her development depriving of typical behavior like playing, exploring and social interactions. If the circumstances change, the insecure attachment can become secure (Bowlby, 1990; Siegel, 1999).

Moreover, updating these models depends on trusting the security of care from attachment figures, i.e., others. If there is a secure attachment, if the relationship's patterns change momentarily, the child can trust his or hers inner world of the self and the caregivers (Vera Regina Röhnelt Ramires & Schneider, 2010).

During child development, the internal working model will gain structure and organization, and become more stable. Relying on the information processing built on the relationship with the primary caregiver, the individual tends to apply to the environment his or her vision of self and others. With that in mind, if something is considered a threat, the individual will cope defensively, resulting in more rejection (J. A. Feeney, 2016)

Defenses are a core part, especially defensive exclusion, in the design of the internal working models; hence, they influence the representational process. Many adults come to therapy with emotional problems rooted in working models of defensive exclusion constructed in the first years of infancy (Bretherton & Munholland, 2016).

When it comes to defensive exclusion, the self is protecting itself from the conscious conflict when there are two incompatible working models of self and other. This defense mechanism can serve as an explanation for narcissism, false self and even splitting personality. Thus one part of the self is segregated while the other becomes dominant. The segregated self (or hijacked self) comes from different sources (or parental experiences) and is stored in different types of memories: when the representations are conscious, they keep stored in the semantic memory, while the episodic memory concentrates the defensively excluded traumatic experiences. That is one of the reasons individuals tell different and contradictories stories about their parents when in therapy (Bretherton & Munholland, 2016).

The consequences of the defensive exclusion mechanism can be organized into two categories: deactivation of behavioral systems and cognitive disconnection. In the first category, the behavioral systems, when deprived of the needed stimuli, become partially or entirely deactivated. If the deactivated systems control the attachment behavioral system and everything related to it, it can be experienced as emotional detachment (Bretherton & Munholland, 2008).

In the second category, three types of cognitive disconnection may occur, resulting in situations and behaviors that provoke anxiety. These disconnected

behaviors and feelings can receive, not so threatening, but the maladaptive explanation from inappropriate identification of situations responsible for negative affects and displacement of the negative feelings away from the person who caused them. It can also reflect on withdrawing from the painful situation, making the individual more preoccupied with the physical aspects of suffering than psychological (Bretherton & Munholland, 2008).

The internal working models organize themselves from the memory of the interaction of the child with the other, in the attempt to reach the sense of felt security, i.e., attain success in seeking proximity (the primary attachment strategy). When there is a failure in that attempt, the child must find alternative ways to achieve its goal, reaching for mechanisms such as hyperactivation or deactivation of the attachment system (Mikulincer & Shaver, 2007).

The internal working models also design our cognitive, emotional and behavioral responses to the others. On the cognitive responses, the working models influence the attention focus on certain aspects of the stimulus from the environment, create characteristics from memory coding and recovering, and affect the clarifying processes. The emotional patterns are affected by the working models in the primary assessment (immediate emotional reactions to an event) and secondary assessment (one's interpretation that may keep, amplify or diminish one's initial emotional response) of the relational situation. Finally, the working models affect the behavioral responses by activating existing strategies in one's memory, as also building new strategies. People with psychological distress are more sensitive to an emotional response. Hence their affective memory keeps all the emotional experiences as traumatic ones. Thus, one's initial response to a

painful experience may be amplified because of one's internal working models (Mikulincer & Shaver, 2007).

According to Fosha (2000), the parental figure representational processing is vital to determine which parental characteristics promote secure bond, highlighting the internal working models and the reflective function of the self as core concepts for the development of affective competence. Positive experiences internalized by the child make him or her safely explore his or her environment and relationships. That is only possible if there is a good enough caregiver to facilitate a secure affective bond, with affective competence and adaptive defenses.

Stern (2000), complementing the concept of internal working models, proposed models of self that develop in overlapping layers, in opposition to other theorists that address development continuously since birth. For the author, the overlapping layers model presume a progressive accumulation of visions of self, of social-affective competences and what the author determines as "manner-of-being-with-others." This concept means that a phase does not disappear when other initiates, instead remain present during the lifespan, interacting and facilitating within one another.

It is important to highlight two aspects of self when it comes to how the mental representation develops: the self-object (mental representation) and self-subject (self as an agent). Self-subject organizes and interprets the experience, giving continuity and differentiation of the self as an individual (Fonagy et al., 2004).

Stern (2000) foregrounds the development of the child's verbal self, her ability to create her narrative about her experiences, usually around three years old. The narratives about self and others tell an individual's official life story. They are co-constructed since infancy, in which the parental figure and the child put together the pieces of their story, giving coherence and becoming the family history. The narrative co-construction between the attachment figures and the child is a way of regulating the relationship. It is also a way of entering the inner world.

Although some definitions of internal working models are presented as schemes, the concept itself necessarily implicates affective processes. From the perspective of the object relations theory, the cognitive aspects are intrinsically linked to the affective aspects when it comes to interpersonal relationships. In that manner, emotions – i.e., the affective dimension - are not merely outcome of the working models; instead, they are fundamentals to the ways individuals guide and organize interpersonal relationships (Pietromonaco & Barrett, 2000).

Pietromonaco e Feldman Barrett (2000) characterize working models through their affective processes. There is emotional reactivity, which means the frequency of the sense of felt security activation. On the other hand, there are the emotional regulation strategies, which are the patterns of behavior that individuals use to maintain or restore the sense of felt security; i.e., the frequency that the other is used serving affective regulation. The affective processes are essential because they serve to connect the information to the mental representation.

**Reflective function, mentalization and the unfolding of generational transmission**

Representation can be also be approached through the concept of reflective function or mentalization, the capacity to observe the state of mind of self and others. It is developed since infancy so the child can be able to respond to the other individual behavior. Also, it serves the child as a way to understand the beliefs, feelings, attitudes, desires, and pretensions of the other, making it possible for one to differentiate the inner world from the external environment, reality from fantasy, emotional intrapsychic processes from interpersonal ones (Berthelot et al., 2015).

Thereby, exploring the meaning of one's action is what initiates the child's ability to name and to give meaning to its own psychological experiences. Besides, it has a role in the affective regulation, impulse control, self-monitoring and the experience of self-agency, essentials to the organization of the self (Fonagy et al., 2004).

Eizirik and Fonagy (2009) affirm that mentalization is mainly a pre-conscious and imaginative mental activity, the capacity of making sense implicit and explicitly of one's self and others subjective and mental processes, as well as its desires, feelings, and beliefs.

Knowing that one's behavior is driven by one's state of mind gives the individual a sense of continuity and control, crucial to the subjective experience of the self as an agent. It is necessary to know that the self is an emotionally engaged agent (Eizirik & Fonagy, 2009).

Mentalization has three functions: the interpretation of the human action as caused by intentional states of mind (mentalism); the representation of other's mind (which allow individuals to infer, allot and represent other's states of mind);

and the capacity to reconsider, explain and justify other's actions (occurs when one infers which state of mind caused those actions) (Fonagy et al., 2007).

Mentalization is built upon the representational mapping. From 6 months old, the baby tries to regulate his or her state of mind upon the caregiver's state of mind, recognizing intentions, feelings, perceptions and the difference between the child self and other. The representation the mother has of her child is portrayed by the child and mapped in his or her state of mind's self-representations. The difference between those visions results in the organization of the state of the self, functioning as a mirror of the caregiver that allows the child to build a representation from that experience, constructing a unique source of information about the child's inner state. Mentalization facilitates secure attachment relationships, aiding the child in building representation about their inner states and, consequently, use it to affect regulation and to understand other's state of mind. If the child internalizes the caregiver's representations, one builds an alienated self, entailing in developmental failures of the social-cognitive capacities, such as affect regulation and attention-focused functioning (Eizirik & Fonagy, 2009; Ensink, Normandin, Plamondon, & Fonagy, 2016). It is the representational mapping that aids the child to develop the ability to understand their emotions are analogs to the other, but not identical, initiating the symbolization process.

Fonagy *et al.* (2004) assert that the mapping of emotions, expressions, representations and the experience of self are part of the caregiver responsiveness, leading the child to organize her experience of self accordingly with the response patterns labeled as specific emotions at some point. The meaning of those affective experiences in infancy is constructed by the reality of the relationship



with the caregiver, leading to underlying beliefs about the causes and consequences of the emotional states. Thereby, one's emotional reactions are regulated moment-to-moment upon the understanding that the caregiver has about the signs given by the child. She learns her excitement will not lead to disorganization because the caregiver will reestablish balance.

The caregiver's responsiveness and the development of the mentalization facilitate the internal working model structure, given the internalization of the child's emotional experience and its reproduction during the lifespan. From that, it is usual to encounter in research correspondence between child's attachment pattern classification in the Strange Situation experiment and the caregiver attachment style in the Adult Attachment Interview, pointing to intergenerational transmission of attachment. However, not necessarily, attachment patterns remain the same during lifetime, and research shows they can transform, depending on the environment, one's life or the relationships one builds (Ensink et al., 2016; Fonagy et al., 2004; Schoenmaker et al., 2015).

The attachment system connects intrinsically to the processing of representational mapping and the development of the self's reflexive function. It is from the history of the relationship with the caregiver that the child can develop independent models of self. Through the symbolization process (including the linguistic process), the child becomes able to express her beliefs, desires, and feelings (Fonagy *et al.*, 2004; Fonagy, Gergely & Target, 2007).

Fonagy's mentalization model involves the development of self that can reflect upon one's state of mind, and of others. The perception that their state of

mind guides individuals may lead to a feeling of continuity and autonomy that is fundamental to one's subjective experience as a self-agent (Stern, 2000).

### **Unfolding of attachment in adulthood studies**

Despite Bowlby's groundbreaking work on attachment theory and his statement that the attachment system persists from "the cradle to the grave," it was Ainsworth's research that leverage attachment studies in adulthood (Crowell et al., 2016; Cindy Hazan et al., 2004).

According to some authors (Crowell et al., 2016; Cindy Hazan et al., 2004), the majority of studies on adult attachment relationships focus on the individual differences, still lacking interest in normative attachment models.

In the 1980's, several researchers from different psychological backgrounds constructed new attachment measurements. Two important traditions unfolded from that: interview-based instruments, including the Adult Attachment Interview (AAI) that assesses adult attachment in general, developed by Mary Main and colleagues; and the self-report measures, having Phillip Shaver and Cindy Hazan as one of the first pioneers on the field, assessing romantic attachment relationships. Each measure has its specificity and historical perspective, but both unfolded from Ainsworth's Strange Situation Experiment (Cindy Hazan et al., 2004; Mikulincer & Shaver, 2007; Rholes & Simpson, 2004).

Mary Main was Mary Ainsworth's student and was interested in the "move to the representational level" of the state of mind, which happened when the child began to develop the abstraction capacity. She was the head of a longitudinal study

similar to the Strange Situation with six-year-old children and their parents. It inspired her to develop the Adult Attachment Interview (AAI), a twenty question interview designed to surprise the unconscious, in which interviewees are told to focus on the memories related to attachment (Hesse, 2016).

Analyzing the patterns of discourse, and how the individual will tell his/her relational history, the AAI classifies the attachment styles in five classifications and twelve subclassifications. The main categories are secure-autonomous, insecure-dismissing; insecure-preoccupied; disorganized-unresolved. An individual with secure-autonomous attachment style (F) has a coherent and cohesive pattern of discourse. One tells his/hers attachment memories, even the sad or difficult ones, being able to maintain contact with the feeling of the storytelling. One acknowledges missing, needing and depending on other, and also seems to be affected by all attachment-related experiences. One demonstrates compassion and flexibility for themselves and others (Hesse, 2016; Main, Hesse, & Kaplan, 2005; Biringen, Brown, Donaldson, Green, & Lovas, 2000).

Dismissing attachment style (Ds) features low coherence, high idealization or depreciation of one or both caregivers, and a recurring lack of memory for childhood. There is no coherence in the pattern of discourse, with a lot of contradictions and vagueness. There is much overvaluing the self as being strong, independent, with denial or dismissal of hurt, distress, and feelings such as needing or depending on others. Negative experiences are minimized or downplayed (Hesse, 2016).

The preoccupied state of mind with respect to attachment (E) demonstrates low scores on the coherence of discourse but shows passive or angry preoccupation

experiences of being parented. Patterns of discourse indicate long entangled vague sentences. It also appears one with that state of mind with respect to attachment bring many responses referring to the caregivers, even if the question is not on the topic. Demonstrates ambivalence towards the caregivers, praising them at some point, and also fearing or resenting them in other moments. There is inflexibility in the responses given, indicating probably unconsciously a guided story, “as if the attachment history is ‘an old story’” (Hesse, 2016, p. 566).

The unresolved/disorganized (U) category usually is characterized by a loss or abuse, with the individual demonstrating a “...lapse in the monitoring of reasoning or discourse” (p.569). It may have a prolonged silence or excessive praise in the discourse (Hesse, 2016).

Finally, the unorganized/” cannot classify” (CC) classification refers to a contradiction or the presence of indetermination in the pattern of discourse. One can also be part of this group if there’s an indication of one having patterns of secure and insecure attachment styles. According to Hesse (2016), in a newer version of the AAI, this category applies if there is frightening content in the discourse or if the speaker refuses to speak.

Main’s work with the AAI was groundbreaking for the narrative assessment, based on the concept of attachment security (the effectiveness of an individual to use an attachment figure as a secure base). The use of narrative implicates the importance of mental representation and the internal working model have to the attachment relationships, specifically in Main’s work (Mikulincer & Shaver, 2007).

It has to be highlighted that, as opposed to the Strange Situation, the Adult Attachment Interview's classification is independent of any attachment relationship, so it assesses the respondent's "state of mind in respect to attachment"(Wallin, 2007).

In the late 1970s, researchers started to become interested in the etiology and the origin of the romantic experience. Having noticed the link between attachment history and enmeshed distant or lonely love experiences, social psychologists and anthropologists started to develop individual-differences taxonomies to encompass all the variables that attachment experiences, being from the cradle to the grave, can attain (Crowell et al., 2016).

Cindy Hazan and Phillip Shaver were the first researchers to focus on the studies on romantic adult attachment relationships, believing that romantic love is the integration of the behavioral attachment system of attachment, caregiving, and sex. Their goal was to construe a coherent framework that comprehends love, loneliness, and grief. Attachment theory met their expectation towards that direction since it comprises both negative and positive experiences one has throughout the lifespan (J. A. Feeney, 2016; C Hazan & Shaver, 1987).

With that in mind, they developed a self-report based research in which one had to choose, out of three sentences, which one best suited their closest relationship. Their outcomes were associated with research in attachment studies with children – precisely Ainsworth's Strange Situation; in which half of the adults were describing themselves as having secure attachment and, from the remaining of the subjects, the majority described themselves as having avoidant attachment style and being preoccupied the third one. Hazan and Shaver's study was essential to

understand the functioning of adult attachment system, as well to connect the attachment theory from infancy until adulthood (J. A. Feeney, 2016; C Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007).

From that point, many self-report instruments, such as Adult Attachment Scale and Relationship Questionnaire, like Hazan and Shaver's prototype, were based on the Strange Situation's classification, relying on their dimension coding system, with an axis for attachment anxiety and another one for attachment avoidance (Mikulincer & Shaver, 2007).

The Adult Attachment Scale is an 18-item scale that structures three factors: discomfort with closeness, discomfort with depending on others and anxious concerns about being abandoned and unloved. From this factors, one of the three attachment styles can be the outcome: secure, insecure-dismissing or insecure-preoccupied. The instrument aims to outline a more sensitive scale to assess attachment, obtaining a better perspective o the nature of adult attachment style. A portuguese version of this scale is available (M C Canavarro, 1995; Collins & Read, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007).

Kim Bartholomew and Leonard Horowitz, inspired by the concept of Bowlby's internal working models of self and others, built a new model of attachment style assessment relying on the two-dimensional settings: anxiety (i.e., separation, abandonment, insufficient love) and avoidance (i.e., intimacy, dependency, emotional expressiveness). The anxiety dimension is equivalent to an internal working model of other (positive or negative); and the avoidance dimension, an internal working model of self (positive or negative). The combination of both dimensions would result in one of the four categories: secure (low avoidance/ low

anxiety), preoccupied (low avoidance/ high anxiety), dismissing-avoidant (high avoidance/ low anxiety), and fearful-avoidant (high avoidance/ high anxiety). It led to the Relationship Questionnaire (RQ), a short self-report measurement multi-sentence prototype that described the four attachment types (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2007).

Bartholomew and Horowitz's instrument was essential to the beginning of other self-report attachment studies, including the design of new instruments, such as Experiences in Close Relationships (ECR) (Fraley et al., 2000; Mikulincer & Shaver, 2007).

Both interview and self-report-based traditions raised acknowledgments and concerns regarding attachment studies, especially involving dimensions *versus* categories discussions. Some authors (Cassidy, 2003; Cummings, 2003; Fraley & Spieker, 2003; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2004; Sroufe, 2003) compare benefits and disadvantages of using dimensions or categories scorings, questioning, for example, their validity and stability through taxonomic analysis.

## **Conclusion**

Relating in adulthood is particularly complex, given that the multiple relationships built across lifespan constitute differentiated internal working models. Research shows that attachment patterns modify from lived experience (both positive and negative), as well as a situational contingency that may trigger different attachment patterns.

Attachment patterns also reproduce the roles of the attachment figure's support and care in infancy, such as a caring partner or someone who helps to regulate

negative affects when the individual faces a (real or perceived) threatening situation. As a result of the already developed mentalization functions, adults can imagine or remember responses of another adult – for example, a romantic partner or a friend – who offered help and support and is momentarily absent for some reason. In turn, the caregiving system in the other individual present in the dyad provides he or she perceives the signs of distress or anxiety and goes to the individual's aid, helping, protecting, and even comforting that distress (Mikulincer & Shaver, 2007).

Although many developments are made about how to assess attachment patterns in adulthood, there are still some conflicts about which methods of attachment's evaluations and classifications would better encompass the individual differences in attachment theory. Therefore, more studies are needed in that field.



## References:

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational Transmission of Attachment in Abused and Neglected Mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200–212. <https://doi.org/DOI: 10.1002/imhj.21499>
- Biringen, Z., Brown, D., Donaldson, L., Green, S., Krcmarik, S., & Lovas, G. (2000). Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. *Attachment & Human Development*, 2(2), 188–202. <https://doi.org/10.1080/14616730050085554>
- Bowlby, J. (1990). *Apego: Volume I*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd ed., pp. 102–127). New York: The Guilford Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2016). The Internal Working Model Construct in Light of Contemporary Neuroimaging Research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 63–88). New York: The Guilford Press.

- Canavarro, M. C. (1995). Escala de Vinculação do Adulto, 1995.
- Cassidy, J. (2003). Continuity and Change in the Measurement of Infant Attachment: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39(3), 409–412. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.409>
- Cassidy, J. (2016). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Edition, pp. 3–24). New York: The Guilford Press.
- Cianni-Goulart, V. (2012). *A abordagem clínica da perda Trabalho de Conclusão de Curso*. Rio de Janeiro.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2016). Measurement of Individual Differences in Adult Attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Edition, pp. 539–637). New York: The Guilford Press.
- Cummings, E. M. (2003). Toward Assessing Attachment on an Emotional Security Continuum: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39(3), 405–408. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.405>
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview Terapia de mentalização para pacientes com transtorno de personalidade borderline: uma atualização

Mentalization-based treatment for BPD 73. *Rev Bras Psiquiatr. Rev Bras Psiquiatr*, 3131(11), 72–572. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000100016>

Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., & Fonagy, P. (n.d.). Intergenerational Pathways From Reflective Functioning to Infant Attachment Through Parenting. <https://doi.org/10.1037/cbs0000030>

Feeney, J. A. (2016). Adult Romantic Attachment: Developments in the Study of Couple Relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 435–464). New York: The Guilford Press.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press LLC.

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(3–4), 288–328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>

Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect*. New York: Basic Books.

Fraley, R. C., & Spieker, S. J. (2003). What Are the Differences Between Dimensional and Categorical Models of Individual Differences in Attachment ? Reply to Cassidy ( 2003 ), Cummings ( 2003 ), Sroufe ( 2003 ), and Waters and Beauchaine ( 2003 ), 39(3), 423–429. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.423>

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory

analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *American Psychologist*, 46(3), 333–341. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Hepper, E. G., & Carnelley, K. B. (2012). Attachment and romantic relationships: The roles of working models of self and other. *The Psychology of Love (Vols 1–4)*, 1(March), 133–154. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2012-08260-011&lang=ja&site=ehost-live>

Hesse, E. (2016). Adult Attachment Interview: Protocol, Method, Analysis, and Empirical Studies 1985-2015. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 553–598). New York: The Guilford Press.

Jones-Mason, K., Elaine Allen, I., Hamilton, S., & Weiss, S. J. (2015). Comparative validity of the Adult Attachment Interview and the Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development*, 17(5), 429–447. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1075562>

Kintanar, N. S. M., & Bernardo, A. B. I. (2013). Hope and internal working models of the self and others: A correlational study on Filipino adolescents. *Psychological Studies*, 58(1), 48–53. <https://doi.org/10.1007/s12646-012-0174-6>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*.
- Mohr, J., Cook-lyon, R., & Kolchakian, M. R. (2010). Love imagined: Working models of future romantic attachment in emerging adults. *Personal Relationships*, 17(3), 457–473. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01281.x>
- Parkes, C. M. (2009). *Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4(2), 155–175. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.155>
- Pietromonaco, P. R., & Schetter, C. D. (2014). Attachment Theory for Health and Disease, 32(5), 499–513. <https://doi.org/10.1037/a0029349>.Close
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 26, 25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>
- Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2004). Attachment Theory: Basic Concepts and Contemporary Questions. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications* (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.
- Schoenmaker, C., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M. H., Linting, M., Van Der Voort, A., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2015). Attachment & Human

Development From maternal sensitivity in infancy to adult attachment representations: a longitudinal adoption study with secure base scripts From maternal sensitivity in infancy to adult attachment representations: a longitudinal ad, *17*(3), 241–256.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1037315>

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2004). What to Self-Report Attachment Measures Assess? In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications* (Kindle Edi). New York: The Guilford Press.

Siegel, D. (1999). *The Developing Mind*. New York: The Guilford Press.

Sroufe, L. A. (2003). Attachment Categories as Reflections of Multiple Dimensions : Comment on Fraley and Spieker ( 2003 ), *39*(3), 413–416.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.413>

Stern, D. (2000). *The Interpersonal World of The Infant* (Kindle Edi). New York: Basic Books.

Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

WINNICOTT, D. (1958/2000). **Da Pediatria à Psicanálise**: Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago.

Zeifman, D. M., & Hazan, C. (2008). Pair Bonds as Attachments: Reevaluating the Evidence. In J. Cassidy (Ed.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd Editio, pp. 436–455). New York: The Guilford Press.

Zeifman, D. M., & Hazan, C. (2016). Pair Bond as Attachments: Mountaing

Evidence in Support of Bowlby's Hypothesis. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Editio, pp. 416–434). New York: The Guilford Press.

**Anexo VII**

2018

**The Caregiving System and Doctor-Patient Relationship: responding to  
one's needs**

**O sistema de cuidado e a relação médico-paciente: respondendo às  
necessidades do outro**

**El sistema de cuidado y la relación medico-paciente: respondiendo a las  
necesidades del otro**

Autor 1:

Autor 2:

Autor 3

Este artigo deriva da tese de doutorado da primeira autora, realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro sob orientação da terceira autora, com financiamento pela CAPES.



## **The Caregiving System and Doctor-Patient Relationship: responding to one's needs**

**Abstract:** Attachment theory states that human beings have a paralleled attachment system, caregiving system and exploratory system. The caregiving system is the counterpart of both attachment and exploratory system. The caregiving system consists of providing safe haven to which the individual can go back when feeling threatened and a secure base from which he or she can explore the environment. The caregiving system can also be experienced in the doctor-patient relationship. To be a care provider is to be available when one is most needed. attachment patterns influence the relationships doctor, affecting adherence and illness management. Taking care of their patients in times of need is equivalent to activate doctor's own caregiving system to protect and secure the patient's health and wellbeing. An open and available doctor means a more open, present, secure and confident patient.

**Keywords:** Attachment theory; Caregiving system; Safe haven; Doctor-patient relationship.

## **O sistema de cuidado e a relação médico-paciente: respondendo às necessidades do outro**

**Resumo:** A teoria do apego afirma que os seres humanos têm um sistema de apego paralelo, sistema de cuidados e sistema exploratório. O sistema de cuidado é a contrapartida dos sistemas de apego e exploratório. O sistema de cuidado consiste em proporcionar base segura à qual o indivíduo pode retornar quando se sente ameaçado e uma base segura a partir da qual ele pode explorar o ambiente. O sistema de cuidado também pode ser experimentado na relação médico-paciente.

Ser um profissional de saúde é estar disponível quando é mais necessário. Os padrões de apego influenciam a relação do médico com o paciente, afetando a adesão ao tratamento e o gerenciamento da doença. Cuidar de seus pacientes em momentos de necessidade é equivalente a ativar o próprio sistema de cuidado do médico para proteger e garantir a saúde e o bem-estar do paciente. Um médico aberto e disponível representa um paciente mais aberto, presente, seguro e confiante.

**Palavras-chave:** Teoria do apego; Sistema de cuidado; Base segura; Relação médico-paciente.

### **El sistema de cuidado y la relación medico-paciente: respondiendo a las necesidades del otro**

**Resumen:** La teoría del apego afirma que los seres humanos tienen un sistema de apego paralelo, sistema de cuidados y sistema exploratorio. El sistema de cuidado es la contrapartida de los sistemas de apego y exploratorio. El sistema de cuidado consiste en proporcionar una base segura a la que el individuo puede regresar cuando se siente amenazado y una base segura a partir de la cual puede explorar el ambiente. El sistema de cuidado también puede ser experimentado en la relación médico-paciente. Ser un profesional de la salud es estar disponible cuando es más necesario. Los patrones de apego influyen la relación del médico con el paciente, afectando la adhesión al tratamiento y el manejo de la enfermedad. Cuidar de sus pacientes en momentos de necesidad es equivalente a activar el propio sistema de cuidado del médico para proteger y garantizar la salud y el bienestar del paciente. Un médico abierto y disponible representa un paciente más abierto, presente, seguro y confiado.

**Palabras clave:** Teoría del apego; Sistema de cuidado; Base segura; Relación médico-paciente.

## Introduction

Attachment theory postulates that individuals have biological-rooted needs for protection and security. Given that they are not born mature enough to survive by themselves and that they are even more social creatures when feeling threatened, human beings seek proximity of a stronger and wiser attachment figure to attain protection and security. This collective behavior-seeking is called attachment system, denominated after all the biological functions and adaptive tendencies it encounters. However, being relational, an attachment system activates a capacity for caring, which can be developed in the caregiving system, which is the attachment figure ability to respond and be sensitive to the individual's needs (Bowlby, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Vera Regina Röhnelt Ramires & Schneider, 2010).

The caregiving system also is linked to the exploratory system, which is the individual's capacity to explore the environment around him or her, being delighted by it, experimenting it and being in it. An attuned caregiver can pace oneself as to learn when coming to the rescue to the individual and when to applaud from the far all the accomplishment him or she is conquering (Cassidy, 2016).

The main idea is that the experiences of the individual and their peers will construe emotional bonds. The caregiver can become available and respond to a safe haven that defines what kind of behavior the child, and later the adult, will be able to rely on. This work aims to review some concepts about the caregiving behavioral system and its relationship with the attachment behavioral system, the exploratory system, and the internal working model.

## Becoming attached: attachment system and exploratory system

The attachment behavioral system is a biological-rooted, with adaptive tendencies, composed of attachment behaviors, and activated when one is feeling threatened or in danger, linked with the fear behavioral system. That menace can be real or fantasized, being the experience of unsafety the prominent factor for that system. It is present from the cradle to the grave and relational-based, starting with the primary caregivers, usually the parents. Once activated, the attachment system seeks proximity and safety of an older and wiser attachment figure, usually the caregiver (Bowlby, 1990, 1997; Cassidy, 2016).

When that need is met, the attachment system deactivates, with the individual being able to activate its exploratory system. In its turn, the exploratory system increases survival's advantages feeding information about the environment and how it functions, like how to use tools, build structures, obtain food, for example. One can explore the environment, be able to use the attachment figure as a secure base, experiencing it with curiosity and fierceness. Thereby the individual can have a sense of effectiveness and competence, with joy, exhilaration, exuberance and pride which are affective markers of the exploratory system (Cassidy, 2016; Fosha, 2000). That constitutes a secure style of attachment.

As aforementioned, the attachment system is activated by the relationship with the caregiver. The infant can safely explore the environment, and more importantly, he/she starts to privilege some strategies that are considered as more adaptive. It is the beginning of the construction of his/her internal working model.

The internal working models are mental representations of the relationship and the surroundings that are internalized in what Bowlby (1990) called scripts or blueprints that help the individuals to predict and to act in the environment.

The working models can represent the self, meaning the experience about oneself, or others, the relational experience of others. If the internal working model of self and others are positive, then one tends to have a secure attachment, with low anxiety and low avoidance. However, sometimes the dyad's needs are not met, obliging the individual to recur to secondary strategies, where one resorts to defense mechanisms, specially defensive exclusion, to adapt to the relational environment and maintain the proximity to the caregiver. If the model of self is positive, and the model of other is negative, the tendency is to have an avoidant-dismissive attachment, with low anxiety and high avoidance. If the model of self is negative and the model of other is positive, there is a preoccupied attachment, with high anxiety and low avoidance. Finally, if both models of self and others are negative, then it is likely to have an avoidant-fearful attachment style, with high anxiety and high avoidance (Mikulincer & Shaver, 2007; Pietromonaco & Barrett, 2000).

The internal working models are how the child, or the recipient of care, forms patterns of relationships to attain the parent or partner attention, or care, activating their caregiving system. For every dyad, whenever an attachment system is activated, a caregiving system is also activated, being that a secure or an insecure relationship (Cassidy, 2016; Pietromonaco & Barrett, 2000).

### **The Caregiving System: being a secure base and a safe haven**

Attachment theory postulates that individuals have a capacity for caring for an (at times, temporarily) dependent other that needs support and protection. Although at first denominated attachment-caregiving social bond, nowadays it is termed as caregiving behavior, used to describe the behaviors that the caregiver perceives as threatening or distressing, approaching the individual with the primary

objective to retrieve him/her from danger. From an evolutionary perspective, it is organized to increase the chances of the child's survival. Many times, the dyad works together to keep the optimal proximity (Cassidy, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007).

Caregiving provides support and complement to attachment and exploration behaviors. That said, the caregiving system is essential for the infant survival, and that is why babies, according to ethologists, have such endearing features (Cassidy, 2016; B. C. Feeney & Woodhouse, 2016):

... it is likely that the close link between the child's attachment and fear systems is paralleled by a close link between the parent's caregiving and fear systems, such that when a parent's fear's system is activated, so too is his or her caregiving system.

(Cassidy, 2016, p. 11).

The caregiving behavior is terminated only when the attachment system is deactivated. Moreover, the intensity of emotions for the activation is proportional to its deactivation (George & Solomon, 2008).

The caregiving system's role is not restricted to keep proximity to the individual, but also to steer support and protection when needed. It provides a safe haven by which the attached partner can get the necessary support and comfort; and a secure base from which one can explore the relationship and the environment. A safe haven offers support to the individual, including comfort, reassurance, and assistance, when feeling distressed. The secure base encourages

the individual to explore the environment, acknowledging and respecting his or her needs and shaping his or her behavior (Bowlby, 1997; B. C. Feeney & Woodhouse, 2016).

The caregiver's role is to have an empathic and intuitive comprehension of the child's attachment behavior, as well as being sensitive and responsive to restore and maintain felt security. The attachment figures also have to acknowledge and organize the child's affects, like frustration and desire for love, and to respect the formation of other attachment relationships, with the child's peers, for example. Good enough caregiving involves being attuned to their attached partner and regulating his or her behavior accordingly (Bowlby, 1997; B. C. Feeney & Woodhouse, 2016).

Since the Strange Situation Experiment, developed by Mary Ainsworth, maternal sensitivity has been defined as the ability to perceive and interpret the child's signals, at the same time responding to attachment and exploration activations. It also includes attunement and accurate interpretation of the other's signals (distress and need, for example), responding accordingly. Parental sensitivity is vital because it helps children to regulate themselves when they are still learning how to build the capacity of self-regulation (Ainsworth, 1979; B. C. Feeney & Woodhouse, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007).

In that manner, the caregiver frees the child from monitoring itself so he or she can turn his or her attention to exploring. Monitoring the child is a critical role for the attachment figure, given that often parent and child do not agree upon the distance of the relationship and the environment menaces. In many situations, the attachment figure's caregiving system is activated, but the child's attachment system is not, because the parent has more information and perception about the



environment, and sometimes it can lead to conflict. That said, it is essential for the caregiver to be aware of the child's needs and how to respond to that. It is not always possible to attend to all the infant's demands, whether for work or to give attention to other family members (such as siblings or romantic partners) (Cassidy, 2016; George & Solomon, 2008).

The caregiver's role means being responsive and available to the child, only interfering when the child seeks the attachment figure or when there is any sign of threat. It is activated by internal and external cues along with the attachment figure's perception of frightening, dangerous or stressful situations. Internal cues include hormones, cultural beliefs, parental general state (i.e., if the parent is sick or tired) and other behavioral systems, while external ones include state of the environment, state of the infant and behavior of the infant (Cassidy, 2016; George & Solomon, 2008).

Caregiving is activated, usually, when one has to cope with stress, danger or discomfort, seeking or needing help; or when one needs someone to be validated, celebrated, motivated or encouraged for any opportunities or accomplishments. If an individual fails to see the signs, is intrusive, infers incorrectly or neglects some signs, he or she is not adopting a caregiving role (Mikulincer & Shaver, 2007).

Within that role, the caregiver must decide what actions to take, continually scanning the environment to evaluate all sources of information, such as the child's signals, any perception of threat or danger, organizing and selecting a response (George & Solomon, 2008).

The caregivers that ignore and neglect one's experiences and needs, that do not notice or are insensitive and unresponsive to their cues show a lack of

synchronicity in their role as safe havens, as protectors and supporters (B. C. Feeney & Woodhouse, 2016).

As aforementioned, a good caregiver has to be able to provide a secure base, and support exploration. That means to provide a base from which an individual can experience the environment (by playing, working, learning, discovering, creating, making new friends, for example) aware that there is always comfort, reassurance and assistance to return to if there are any difficulties (B. C. Feeney & Woodhouse, 2016).

In summary, the secure base presents three primary features: caregiver's availability when necessary, support to exploration without unnecessary interference and encouragement and acceptance to exploration. While the first feature concerns the caregiver being available as a secure base when needed, the second one involves support to exploration without unnecessary interference, since an invasive behavior is an inhibitor of exploration, demonstrating an insensitive and unresponsive caregiver. The third characteristic is encouraging and accepting exploration because it enhances enthusiasm for it, as well as the other's confidence (B. C. Feeney & Woodhouse, 2016).

Caregivers unable to provide adequate secure base are insensitive to the partner's feelings, invade other's explorations, fail in encouraging others in autonomy and exploration or respond in a disconnected and unattuned manner. That can lead to the other feeling misunderstood, disrespected or burdensome, increasingly distressed as opposed to providing a secure base (B. C. Feeney & Woodhouse, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007). A central idea revolves around the relationship between one's experiences and their caregivers and one's abilities to, later, make affectional bonds. The patterns of relationships build models of self

and others, because of the availability of the caregivers to the child's needs, and it is how the attachment figure is going to respond to one's necessity of proximity and safety that defines secure attachments (Bowlby, 1997).

### **Caregiving and doctor-patient relationship**

Dealing with other's suffering as a caregiver can elicit two emotional reactions: empathic compassion and personal distress. Empathic compassion focuses on the compassion for the other's needs and suffering, with the preoccupation of alleviation for the sufferer's benefit; while personal distress, which in self's discomfort, the alleviation frequently means the caregiver helps by ignoring, or fleeing the situation only to mitigate the unpleasant emotional situation. Compassion supports caregiving without any direct payoff to the caregiver (unconditional caregiving), but in personal distress the goal is to help so it can lighten the caregiver's discomfort (Mikulincer & Shaver, 2007).

Mikulincer & Shaver (2007) pointed out that caregiving requires intra- and interpersonal regulation, once it involves emotion regulation processes, self-regulation, and interpersonal regulation. Emotion regulation prevents the caregiver from feeling overwhelmed by anxiety when dealing with the dyad, and not being the one who needs the caretaking instead of the care provider. Self-regulation is necessary, so it is clear that the other's needs take precedence over the individual's ones. That means, listening sensitively and responsively to the other's needs and assisting in the best way possible. The interpersonal regulation's role is to synchronize and coordinate the dyad, that is, be present, responsive and attentive to the relationship, not too close as to invade nor too distant to the point of losing connection.

It is important to stress that only when there is a sense of security that the

attachment figure can be prepared to be sensitive to its partner, otherwise he or she may feel compelled to protect oneself first instead of the other in need. Feeling secure protects the caregiver from feeling overwhelmed or threatened by the other's needs or opportunities (Mikulincer & Shaver, 2007).

As in the attachment system, the caregiving system can be activated throughout the lifespan. During infancy, parents are the primary caregivers, but in adulthood, romantic partners usually are called to this role to provide comfort, support, and security in times of need. Their availability is a crucial determinant of the quality and stability of the relationship (Mikulincer & Shaver, 2007).

It is noteworthy that although the caregiving behavior is pre-programmed, it is also relational-engendered (B. C. Feeney & Woodhouse, 2016).

Those who are given to us as out caretakers or attachment figures are always imperfect. Some are better than others. Some are cheerful and resilient, and some are depressed, weary, and preoccupied. All are different in their moods, and emotional states and in the stresses to which they are vulnerable, better at some times and in some types of situations and worse in others.

(Costello, 2013, p.3).

Many authors (Adshead & Bluglass, 2001; Collins & Ford, 2010; B. C. Feeney & Woodhouse, 2016; Mikulincer & Shaver, 2007) highlight how the attachment figures build their caregiving capacities from their attachment relationships. From that stance, individuals develop mental representations of themselves as caregivers, as well as of the care recipients, forming working models of self and others. These working models guide the caregiving behaviors, delineating its expectations, feelings, and actions. Thus, secure representations

facilitate secure care, providing a secure base from which to explore and a safe haven one can return when needed, resulting in secure attachment styles.

Research (Biringen et al., 2000; Bosquet & Egeland, 2001) posits that partners engaged in mutually emotional available and rewarding interactions tend to be associated with sensitive maternal representations and states of mind, and how impairing can be when there is maternal unavailability. Studies (McCarthy & Maughan, 2010; Mohr, Cook-lyon, & Kolchakian, 2010) also point out links between positive and negative internal working models, which result in secure and insecure attachment styles to the romantic partnership. These studies corroborate the idea that a poorly responsive caregiving system leads to negative mental representations of self and others, impairing the individual's capacity to stay attuned, sensitive and responsive to the dyad (Luke, Maio, & Carnelley, 2004; Mikulincer & Shaver, 2007).

Communication is essential for the dyad to build a sense of felt security. In other words, communicating all the sensations, organizing, being delighted by, teaching the care-receiver is crucial to the role of providing a secure base (Mikulincer & Shaver, 2007; Wallin, 2007).

### **Doctor-Patient Relationship and the Caregiving System: Being there in times of need**

Illness puts the individual through the “unthinkable”: death, finitude, immobility, impotence. At this moment, the body no longer belongs to the person, experiencing slavery of mind and body (Botega, 2006).

One goes from subject of intentions to subject of attention, facing sensations such as threats to his/her integrity; separation anxiety; fear of strangers; guilt and fear of retaliation or losing control; of losing the love or the approval of people around him/her; fear of losing (or harming) any part of the body; fear of dying.

Illness may have the role as a mean to the need of being touched, heard and welcomed. It is when the communication is possible, and there is why sometimes it can be difficult to receive treatment precisely because the disease can have a secondary gain, in which one can communicate his/her distress and be welcomed. Moreover, sometimes there is difficulty in trusting the caregiver, given that one's need was not attended or heard (Campos, 2007).

In the same way, the healthcare professionals, including doctors, find themselves facing the patient's pains, expectations and frustrations. On the doctor's role all hopes are pledged about seeing one's health, or of his/her dear ones, cured. It is upon the doctor to receive all the patient and the families ambivalent feelings, both of gratitude for caring but also anger and guilt for the patient's suffering and aggravation of the disease (Kovács, 2010).

In dealing with patient's suffering, doctors also have to cope with their own experiences, be their own history, or the responsibilities and expectations they carry with them. Some questions arise from the professional's own distress and if there is enough room for one to cope with their bereavement processes. How to cope will also depend on personal history, cultural inheritance, and how the medical education deals with relational processes (Campos, 2007; Kovács, 2010).

The doctor still has the reputation as the "one who has all the knowledge," of the hierarchical rigidity of knowledge, of demanding an emotional distancing so he/she can perform his/her work. Even the medical education leans to the tenet

that the emotions cloud thoughts, confirming to the doctors that “... a certain measure of insensibility is not only an advantage but a positive necessity in the exercise of a calm judgment” (Ofri, 2013, p.4).

Balint (2005) believed that the doctor is the most prescribed medicine for the patient. However, it should be done wisely because of its side effects. According to CREMESP (2001) the quality in doctor-patient relationship is based upon a humanized care (good enough interpersonal relationship and dedication of time and attention to the patient); in listening to the patient (clarifying any questions and understanding expectations); in straightforward, detailed diagnosis and treatment explanation (for the patient’s comprehension of its risks and benefits); in the patient’s autonomy in choosing his/her treatment; in updates in conferences and the others events; in being available to the patient; understanding the boundaries of medicine; in referring the patient to others professionals when needed; being a part of movements to improve working conditions.

The doctor-patient relationship is considered light technology; therefore, it must be as carefully thought-out and updated as rapidly as the modernization of the hard machinery itself. The tendency of modern medicine, increasingly technological and restricted by guidelines, lessens the spontaneity of care. The doctor-patient relationship takes place as a special encounter, formed by two unique individuals, so the pairing of each doctor with each of his/her patients is singular (Grillo, 2016).

As aforementioned, to be a care provider is to be available to the patient when he/she needs it the most, which is paralleled with what attachment theory states about the caregiving system. Researchers (Adshead & Guthrie, 2015; Wilhelm & Tietze, 2016) show that attachment patterns influence the

relationships with healthcare professionals (i.e., doctors), leading to weaker adherence and illness management. Other studies (Micelli, 2009; Tan, Zimmermann, & Rodin, 2005) posit that an empathic stance towards the patients may result in therapeutic success, meaning empathic responsiveness to attachment needs and threats. Therefore, the observation of the patient's attachment patterns may improve the doctor-patient relationship and increase healthcare outcomes.

### **Final Considerations**

Attachment theory states that human beings have a paralleled attachment system, caregiving system and exploratory system. When the attachment system or the exploratory system are activated, the caregiving system is also activated, whereas if the attachment system is activated, the exploratory is deactivated. The attachment system is the tendency that individuals have of when perceiving any signs of threat (real or fantasized) seeking proximity of a stronger and wiser attachment figure. The exploratory system is the curiosity-driven experience that occurs when individuals feel secure enough in the environment. The caregiving system is the counterpart of both attachment and exploratory system. It is the protective, secure-seeking behavior of the attachment figure in the relationship with the care seeker.

The caregiving system consists of two major characteristics: providing safe haven to which the individual can go back when feeling threatened, and a secure base from which he or she can explore the environment. Both characteristics depend on the caregiver's availability, sensitivity and responsiveness to the individual. If the attachment figure demonstrates to be available, sensitive and responsive to the individual's need, then one can feel safe to deactivate its attachment system and explore the environment. Alternatively, if the caregiver is



sensitive and responsive to not intrude in the individual's exploring, then one can feel empowered, curious and full of energy to continue learning new skills and reaching for his or her autonomy.

The caregiving system can also be experienced in the doctor-patient relationship. Doctors have to deal with distress, suffering, death on a daily basis, providing to the patient's safety and care. Taking care of their patients in times of need is equivalent to activate doctor's own caregiving system to protect and secure the patient's health and wellbeing. Communication is a crucial feature in that dyad, given that the doctor has to pass through the information necessary, simultaneously connecting and being open to what the patient brings. An open and available doctor means a more open, present, secure and confident patient.

## References:

- Adshead, G., & Bluglass, K. (2001). A vicious circle: transgenerational attachment representations in a case of Factitious Illness by Proxy. *Attachment & Human Development*, 3(1), 77–95.  
<https://doi.org/10.1080/14616730010024780>
- Adshead, G., & Guthrie, E. (2015). The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. *BJPsych Advances*, 21(3), 167–174. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013045>
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant — Mother Attachment, 34(10), 932–937.
- Balint, M. (2005). *O médico, seu paciente e a doença* (2a Edição). São Paulo: Ateneu.
- Biringen, Z., Brown, D., Donaldson, L., Green, S., Krcmarik, S., & Lovas, G. (2000). Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. *Attachment & Human Development*, 2(2), 188–202. <https://doi.org/10.1080/14616730050085554>
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: Implications for attachment-based interventions. *Attachment & Human Development*, 3(2), 173–199. <https://doi.org/10.1080/14616730010058007>
- Botega, N. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In N. Botega (Ed.), *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência* (2nd Editio, pp. 49–66). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Apego: Volume 1*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos* (3a Edição). São Paulo: Martins Fontes.

- Campos, E. P. (2007). *Quem Cuida do Cuidador*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Cassidy, J. (2016). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Edition, pp. 3–24). New York: The Guilford Press.
- Collins, N. L., & Ford, M. B. (2010). Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 235–244.  
<https://doi.org/10.1177/0265407509360907>
- Costello, P. C. (2013). *Attachment-Based Psychotherapy: Helping Patients Develop Adaptive Capacities*. Washington: American Psychological Association.
- CREMESP. (2001). *Guia da Relação Médico-Paciente*. Retrieved from [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=10](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=10)
- Feeney, B. C., & Woodhouse, S. S. (2016). Caregiving. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Edition, pp. 827–851). New York: The Guilford Press.
- Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect*. New York: Basic Books.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The Caregiving System: A Behavioral System Approach to Parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd Edition). New York: The Guilford Press.
- Grillo, R.O. (2016). *Quem vê cara não vê coração: a influência da resiliência na adesão ao tratamento de insuficiência cardíaca*. Dissertação de Mestrado.

Orientadora: Flavia Sollero-de-Campos; co-orientador: Ricardo Mourilhe  
Rocha. Rio de Janeiro: PUC-Rio

- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde (Impr.)*, 34(4), 420–429.  
Retrieved from [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf)
- Luke, M. A., Maio, G. R., & Carnelley, K. B. (2004). Attachment models of the self and others: Relations with self-esteem, humanity-esteem, and parental treatment. *Personal Relationships*, 11(3), 281–303.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00083.x>
- McCarthy, G., & Maughan, B. (2010). Negative childhood experiences and adult love relationships: The role of internal working models of attachment. *Attachment & Human Development*, 12(5), 445–461.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2010.501968>
- Micelli, A. V. P. (2009). Laços e nós : a comunicação na relação médico- paciente com câncer e dor crônica, 127.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*.
- Mohr, J., Cook-lyon, R., & Kolchakian, M. R. (2010). Love imagined: Working models of future romantic attachment in emerging adults. *Personal Relationships*, 17(3), 457–473. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01281.x>
- Ofri, D. (2013). *What Doctors Feel: what emotions affect the practice of medicine*. Boston: Beacon Press.
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria E*

*Pesquisa*, 26, 25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>

Tan, A., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2005). Interpersonal processes in palliative care: An attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliative Medicine*, 19(2), 143–150.  
<https://doi.org/10.1191/0269216305pm994oa>

Wilhelm, K., & Tietze, T. (2016). Difficult doctor – patient interactions Applying principles of attachment based care. *Medicine Today*, 17(1–2), 36–47.