

Estilo de Vinculação, Qualidade da Relação com Figuras Significativas e da Aliança Terapêutica e Sintomatologia Psicopatológica: Estudo exploratório com Mães Adolescentes

Alexandra P. Pacheco, Raquel A. Costa, & Bárbara Figueiredo¹
(Universidade do Minho, Portugal)

(Recibido 15 abril 2002 / Received April 15, 2002)

(Aceptado 14 junio 2002 / Accepted June 14, 2002)

RESUMO. Este estudo *ex post facto* prospectivo tem como objectivo estimar o impacto da qualidade da vinculação em aspectos importantes da adaptação da mãe adolescente à maternidade, nomeadamente na qualidade da relação que estabelece com as figuras significativas, com o terapeuta e com o bebé e no nível de sintomatologia psicopatológica que apresenta. A amostra constituiu-se por 20 adolescentes grávidas, sujeitas a intervenção psicológica, e por três terapeutas. Na primeira e na última sessão do processo psicoterapêutico, conduzido na Maternidade de Júlio Dinis (Porto), foram administrados os instrumentos do estudo - Attachment Style Interview, Self-Evaluation and Social, Brief Symptoms Inventory- no sentido de avaliar, respectivamente, o estilo de vinculação, a qualidade de relacionamento com as figuras de suporte e a presença de sintomatologia psicopatológica, durante a gravidez e aos 3 meses do pós-parto. Na quarta e na última sessão, aplicou-se o Working Alliance Inventory, para avaliar a percepção da aliança terapêutica pelo cliente e pelo psicoterapeuta. Na última sessão, usaram-se ainda o Mother-Baby Bonding Questionnaire e as Parenting Scales, que avaliam o tipo de afectos da mãe em relação ao bebé e a qualidade do desempenho da mãe no papel parental. Os resultados mostram relações significativas entre o estilo de vinculação, o relacionamento com as figuras significativas, a aliança terapêutica, bem

¹ Correspondencia: Departamento de Psicologia. Universidade do Minho. Campus de Gualtar. 4700 Braga (Portugal). E-Mail: bbfi@iep.uminho.pt

como a influência destas variáveis na qualidade da relação que a mãe estabelece com o bebé.

PALAVRAS CHAVE. Maternidade na adolescência. Estilo de vinculação. Relação terapêutica. Sintomatologia psicopatológica. Intervenção psicológica. Estudo *ex post facto* prospectivo.

ABSTRACT. The aim of this prospective *ex post fact* study is to evaluate the impact of the attachment style in other relevant psychological dimensions: psychopathological symptoms, quality of the relationship with significant others, the therapist and the baby. The sample is constituted by three therapists and twenty adolescents mothers attending a developmental intervention. In the first and in the last session of the therapeutic process at Maternidade Júlio Dinis in Oporto the following instruments were used: Attachment Style Interview, Self-Evaluation and Social Support, Brief Symptoms Inventory - to assess the attachment style, the quality of the social support and the presence of psychopathology before and after intervention. In the fourth and last session of psychotherapy we used the Working Alliance Inventory to assess the working alliance perception from the client and the therapist point of view. In the last session we also used the Mother-Baby Bonding Questionnaire and the Parenting Scales, to assess de mother-infant bonding and relationship. Results show significant associations between attachment style, social support, mother relationship with the baby and working alliance.

KEYWORDS. Teenage motherhood. Attachment style. Therapeutic alliance. Psychopathology. Psychotherapeutic intervention. Prospective *ex post fact* study.

RESUMEN. Este estudio *ex post fact* prospectivo tiene como objetivo estimar el impacto de la calidad de la vinculación en aspectos de la adaptación de la madre adolescente a la maternidad, especialmente en la calidad de la relación que establece con figuras significativas, con el terapeuta y con el bebé a nivel de sintomatología psicopatológica presentada. La muestra está constituida por 20 adolescentes embarazadas en tratamiento psicológico y por tres terapeutas. En la primera y última sesión del proceso psicoterapéutico, llevado a cabo en la Maternidad de Julio Dinis (Porto) se administraron el Attachment Style Interview, Self-Evaluation and Social, Brief Symptoms Inventory para evaluar el estilo de vinculación, la calidad de la relación con las figuras de apoyo y la presencia de sintomatología, respectivamente, durante el embarazo y a los tres meses del parto. En la cuarta y en la última sesión se aplicó el Working Alliance Inventory para evaluar la percepción de la alianza terapéutica por el cliente y el psicoterapeuta. En la última sesión se aplicó además el Mother-Baby Bonding Questionnaire y las Parenting Scales que evalúan el tipo de afectos de la madre en relación con el bebé y la calidad de desempeño de la madre en el papel parental. Los resultados muestran relaciones significativas entre el el estilo de vinculación, la relación con las figuras significativas, la alianza terapéutica, así como la influencia de estas variables en la calidad de la relación que la madre establece con el bebé.

PALABRAS CLAVE. Maternidad en la adolescencia. Estilo de vinculación. Relación terapéutica. Sintomatología psicopatológica. Intervención psicológica. Estudio *ex post facto* prospectivo.

Introdução

A maternidade foi desde sempre, tal como é hoje, indispensável à preservação da vida humana (Colman & Colman, 1994). Numa perspectiva desenvolvimental, a maternidade é considerada um período de desenvolvimento, que há semelhança das outras etapas desenvolvimentais, se caracteriza pela passagem por uma crise específica e pela necessidade de resolução de determinadas tarefas (Figueiredo, 2000b). Para uma adolescente, a gravidez constitui-se num desafio desenvolvimental ainda maior. A mãe adolescente tem que lidar com os desafios das tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência, mas também com os stressores associados à gravidez e às tarefas da maternidade (Soares *et al.*, 2001). O facto de uma gravidez decorrer na adolescência pode prejudicar a resolução positiva das tarefas desenvolvimentais usuais da adolescência e/ou da maternidade, o que dificulta a adaptação da mulher. Por exemplo, durante a adolescência o pensamento é concreto, o que dificulta a abstracção e a previsão das dificuldades futuras que o nascimento de um bebé vai suscitar (Figueiredo, 2001a). A identidade das adolescentes também ainda não está totalmente formada e o desempenho do papel materno pode entrar em conflito com as necessidades de exploração e autonomia que propiciam um desenvolvimento adequado (Canavarró, 2001; Figueiredo, 2001a). Assim, alguns stressores são vividos com maior intensidade e podem resultar num maior desgaste psicológico para as mães adolescentes. Lieberman (1980 cit. por Figueiredo, 2000a), por exemplo, encontrou maiores dificuldades de ajustamento emocional na sua amostra de mães adolescentes, caracterizado por níveis bastante elevados de depressão antes e depois do parto; sendo que a presença de um número muito elevado de mães adolescentes com depressão a seguir ao parto, o qual ronda os 50% em quase todos os estudos (Colleta, 1983; Leadbeater & Linares, 1992; Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994), é geralmente considerado um indicador das dificuldades que estas mães atravessam (Figueiredo, 2000a). Portugal é o segundo país da União Europeia com maior incidência de mães adolescentes. Nos últimos anos fez-se sentir uma pequena diminuição da gravidez na população adolescente, mas mesmo assim, no ano de 1999, mais de 7 mil adolescentes engravidaram com menos de 19 anos no nosso país (Instituto Nacional de Estadística, 1999). Na tentativa de perceber este fenómeno, alguns estudos procuraram associar a maternidade na adolescência às situações e contextos de vida desta população em risco. Os resultados encontrados em diversos estudos (e.g. Coley & Chase-Lansdale, 1998; Kellogg, Hoffman, & Taylor, 1999; Stevens-Simon & McAnarney, 1996; cit por Figueiredo, 2000a) revelam carências económicas, sociais, educativas e relacionais que funcionam como causa, mas também como consequência, dos percursos de vida das mães adolescentes.

Na verdade, a gravidez na adolescência tem sido geralmente descrita como uma situação de risco, que traz consequências adversas quer para a mãe quer para o bebé (Figueiredo, 2000a). Porém, alguns estudos mostram que enquanto algumas adolescentes não conseguem ultrapassar este difícil processo desenvolvimental de um modo construtivo e adequado ao seu bom desenvolvimento e ao bom desenvolvimento dos seus bebés, outras, adaptam-se bem, superando com sucesso todas as exigências suplementares que uma maternidade na adolescência pode implicar (Soares & Jongenelen, 1998). Isto só se explica atendendo à diversidade e heterogeneidade de situações

susceptíveis de serem observadas no grupo de mães adolescentes, que tem vindo a ser estudada, e também à múltipla combinação de factores de risco *versus* factores protectores presentes em cada jovem, assim como às suas próprias idiossincrasias (Canavarro, 2001; Soares *et al.*, 2001). Neste sentido, a investigação na área da maternidade na adolescência deslocou o seu alvo de interesse dos factores de risco, para a diversidade dos factores susceptíveis de beneficiar a adaptação das adolescentes à maternidade precoce. Procurou-se identificar de que modo factores protectores e de resiliência se combinam com factores de risco, originando uma melhor ou pior adaptação a esta circunstancia desenvolvimental. Schellenbach *et al.* (1992, cit. por Canavarro, 2001) construíram um modelo multidimensional sobre os determinantes do comportamento parental das adolescentes que inclui três vectores: recursos psicológicos da mãe (ajustamento sócio-emocional, preparação cognitiva para a maternidade, capacidade de aprendizagem e saúde), apoio social e características da criança. Segundo o autor, a vulnerabilidade em um destes domínios pode ser atenuada pelos recursos existentes nos outros domínios.

Este estudo foca-se no estilo de vinculação da mãe, como um dos possíveis recursos psicológicos (resiliência) que pode influenciar os cuidados prestados ao bebé, o bem-estar psicológico da mãe e a sua capacidade de construir relações interpessoais adequadas com os elementos significativos. A teoria da vinculação, com origem nos trabalhos de John Bowlby, contribuiu para a compreensão da origem e desenvolvimento dos padrões de relacionamento que se estabelecem ao longo da trajectória desenvolvimental, dando particular valor à primeira relação que a criança estabelece na infância com as figuras de vinculação (Feeney & Noller, 1996). A pessoa mais próxima ao bebé assume geralmente o papel de figura de vinculação, na medida em que proporciona a segurança e a protecção necessárias, nomeadamente para a exploração do meio (Ainsworth, 1982). Constitui-se como base segura, de onde o bebé parte para explorar e descobrir o mundo, mas onde regressa à procura de conforto e segurança quando se sente ameaçado ou em perigo (Holmes, 1993). A partir das interacções repetidas com a figura de vinculação, a criança vai desenvolvendo conhecimentos e expectativas sobre o modo como essa figura responde e é acessível aos seus pedidos de proximidade e protecção. Esta informação é progressivamente organizada em modelos internos dinâmicos, que são representações generalizadas do self, das figuras de vinculação e das relações (Soares, 2001).

Vários estudos têm mostrado como a qualidade da vinculação (segura *versus* insegura) interfere no comportamento e bem-estar dos indivíduos, em diversos momentos e vários domínios da sua trajectória desenvolvimental e existencial. Na idade adulta, Muderrisoglu (1999) constatou que indivíduos seguros, em comparação com sujeitos inseguros, revelam valores mais baixos de stress, usam estratégias defensivas mais adequadas e são menos impulsivos, manifestando reacções emocionais menos intensas. Os adultos com estilo de vinculação seguro produzem um maior número de comportamentos de exploração (Green & Campbell, 2000). Sujeitos com vinculação segura foram também descritos como tendo geralmente representações de si e dos outros mais complexas, diferenciadas e integradas, bem como se verifica uma associação negativa entre a vinculação segura e vários indicadores de mal estar psicológico: depressão

(Levy, 2000; Searle, 1998), agressividade (Jordan, 2000), consumo de álcool e drogas (De-Wit, Embree, & De-Wit, 1999), raiva e ansiedade (Searle, 1998). Waldron (1995), por sua vez, encontrou correlações significativas entre um padrão de vinculação seguro e uma melhor percepção do suporte social. Mulheres casadas, com vinculação segura, mostram maior satisfação conjugal, elevado bem-estar e percebem menos acontecimentos de *distress* e de ausência de suporte (Jacob, 1999). Do mesmo modo, Rivera (1999) encontrou relatos de maior satisfação conjugal em casais definidos com uma vinculação segura comparativamente com casais inseguros.

Em relação à qualidade da interação com o bebê durante a gravidez, Nelson (1998) descobriu que as interações e emoções mais positivas eram exibidas pelas mães seguras. Outros estudos apontam relações entre a vinculação das mães, percepções dos filhos e atribuições parentais (Benoit *et al.*, 1997; Slade & Cohen, 1996, cit. por Soares, 2001). Numa amostra de risco, Oyen (1997) verificou que as mães seguras, comparativamente com as inseguras, eram mais sensíveis e capazes de fornecer a estrutura adequada para os seus filhos brincarem, estando estes mais capazes de responder ao ambiente criado pelas mães. A investigação tem mostrado que o estilo de vinculação de cada pessoa marca o modo como ela constrói e dinamiza as suas relações com os outros. Assim, a relação que uma mãe estabelece com o seu filho está dependente do modo como ela mesma representa a sua relação passada com os pais e traduz-se no tipo e na qualidade de cuidados que proporciona ao bebê. Face a experiências de cuidados adequados, provavelmente conferidos por uma mãe segura, o bebê desenvolve uma representação positiva de si e das relações que estabelece, o que caracterizará um padrão seguro de vinculação. Em contraponto, experiências de cuidado adversas, poderão conduzir a um padrão inseguro de vinculação. Esta concepção tem sido pelo menos parcialmente verificada nos estudos empíricos que fundamentam a transmissão transgeracional dos padrões de vinculação (e.g., Van Ijzendoorn, 1992).

Atendendo que a relação existente entre a vinculação da mãe e os cuidados prestados ao bebê não é linear, é importante considerar dois factores mediadores que a investigação empírica tem vindo a salientar: o suporte social e o bem-estar psicológico da mãe. O suporte social tem sido o factor protector mais estudado, na adaptação à gravidez, nomeadamente em mães adolescentes. A gravidez dimensiona os papéis e as relações da mãe num novo contexto, torna-a mais dependente de um sistema social de apoio e cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros (Colman & Colman, 1994). As figuras de suporte mais significativas das adolescentes são geralmente as suas próprias mães e os companheiros (Canavarro, 2001), sendo que os níveis de suporte social que geralmente se associam a um comportamento materno adequado são aqueles que se verificam num nível médio das escalas de suporte (Figueiredo, 2000a). A presença de um suporte social adequado (o que não significa excessivo), por parte das figuras significativas, aparece positivamente associado, por exemplo, a índices de *apgar* mais elevados nos bebês e a menor incidência de depressão pós-parto na mãe (e.g., Apfel & Seltz, 1991; Leadbeater, & Bishop, 1994). Por sua vez, mães adolescentes, mães que vivem sozinhas e mães com poucos recursos económicos parecem obter mais benefícios do suporte que podem usufruir por parte do meio (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993). Quando a mãe tem uma

rede de suporte instrumental e emocional mais adequada, verifica-se, geralmente, uma melhor qualidade da relação e dos cuidados prestados ao bebé (Black & DeBlasie, 1985). No entanto, em certas situações parece ocorrer uma relação negativa entre o suporte social e o bem-estar da mãe. Quando a grávida está inserida num ambiente familiar muito conflituoso, em que existe confusão de papéis, ou quando este suporte só surge para colmatar a incompetência da adolescente para cuidar do filho, os níveis elevados de suporte são prejudiciais à adaptação da mãe (Bogat, 1998 cit. por Canavaro, 2001; Unger & Cooley, 1992).

O presente estudo tem como objectivo explorar até que ponto o estilo de vinculação da mãe adolescente se relaciona com alguns aspectos importantes da sua adaptação à maternidade, nomeadamente com a qualidade da relação que estabelece com as figuras significativas, com o terapeuta e com o bebé e com o nível de sintomatologia psicopatológica que apresenta. Estabeleceram-se as seguintes hipóteses para estudo:

- Adolescentes com estilo de vinculação seguro, comparativamente com adolescentes com estilo de vinculação inseguro, apresentam uma melhor qualidade de relacionamento com as suas figuras significativas: o companheiro e uma outra figura de suporte.
- Adolescentes com estilo de vinculação seguro, comparativamente com adolescentes com estilo de vinculação inseguro, têm uma percepção mais positiva da relação terapêutica.
- Adolescentes com estilo de vinculação seguro, comparativamente com adolescentes com estilo de vinculação inseguro, são capazes de estabelecer uma relação mais positiva com o bebé.
- Adolescentes com estilo de vinculação seguro, comparativamente com as adolescentes com estilo de vinculação inseguro, revelam menores índices de psicopatologia.
- Mudanças no estilo de vinculação das adolescentes, depois da intervenção psicológica, são mediadas pela qualidade dos relacionamentos estabelecidos e pelo nível de sintomatologia psicopatológica apresentado.

Este estudo é aqui apresentado segundo a estrutura proposta por Bobenrieth (2002).

Método

Este trabalho pode ser classificado, de acordo com Montero & León (2002), como um estudo *ex post facto* prospectivo.

Participantes

A amostra é constituída por 20 adolescentes grávidas, em consulta na Maternidade de Júlio Dinis, no Porto. Na selecção da amostra obedeceu-se aos seguintes critérios: 1) idade da grávida igual ou inferior a 18 anos à data prevista do parto; 2) parto previsto para o 1º trimestre de 2000; 3) ausência de acompanhamento psicológico; 4) participação voluntária. A idade dos sujeitos da amostra varia entre os 14 e os 17 anos, sendo a média das idades de 16 anos. Em termos de escolaridade, só uma minoria (20%) apresenta a escolaridade mínima obrigatória (9º ano), quase metade das mães

(45%) tem apenas o 7º ou o 8º ano de escolaridade, e as restantes (35%) têm o 6º ano ou menos. No momento da avaliação, um número reduzido de sujeitos estudava (10%) ou trabalhava (30%), encontrando-se a maioria sem emprego e sem frequentar o ensino (60%). A nível social e económico, a amostra divide-se equitativamente pelas situações de pobreza (50%) e classe baixa (50%). Relativamente ao estado civil, metade das adolescentes (50%) vive em regime de coabitação com os companheiros, as outras ou estão casadas (10%) ou permanecem solteiras (40%). Numa elevada percentagem da amostra (80%) estão presentes condições adversas de existência. As situações mais correntes são: cuidados parentais por pais substitutos (em 35% dos casos), abuso sexual, maus tratos ou negligência (em 35% dos casos), problemas de toxicod dependência ou alcoolismo na família próxima (respectivamente em 35 e 25% dos casos), separação ou divórcio dos pais (30%), morte de um dos progenitores durante a infância (em 25% dos casos). Metade das adolescentes (50%) têm mães que foram elas próprias mães adolescentes.

Fizeram parte do estudo duas psicólogas em formação (sexo feminino), de 22 e 24 anos de idade, a realizar estágio académico, na área de pré-especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Minho, e uma psicóloga doutorada, com 15 anos de prática clínica, responsável pela supervisão do estágio.

Instrumentos

O estilo de vinculação das mães foi avaliado através da *Attachment Style Interview* (ASI) (Bifulco, Brown e Harris, 1995). A ASI consiste numa entrevista semi-estruturada que considera 8 dimensões: desconfiança, constrangimentos atitudinais à proximidade, medo da intimidade, individualismo, desejo de envolvimento/enmeranhamento, falta de tolerância à separação, raiva/hostilidade nas relações, e capacidade para iniciar e manter relações. O terapeuta aprecia cada uma destas dimensões recorrendo a uma gravação áudio da entrevista à mãe. Utiliza uma escala tipo *Likert* que vai desde “Acentuada”, “Moderada”, “Alguma” a “Pouca/nenhuma”, para avaliar todas as dimensões, com excepção do individualismo e do desejo de envolvimento/enmarenhamento que cota em “Alto”, “Baixo” ou “Resposta contraditória”. O estilo de vinculação resultante é classificado de dois modos distintos: 1) a segurança do estilo de vinculação que permite a classificação em estilo de vinculação padronizado e não padronizado, traduzindo respectivamente vinculação segura e vinculação insegura; 2) o tipo de estratégias de vinculação que permite a classificação do estilo de vinculação em emaranhado, desligado, amedrontado e retraído. A versão utilizada foi traduzida para português por Rocha e Figueiredo (1999).

A qualidade do suporte social e das relações interpessoais significativas foi avaliada através do *Self-Evaluation and Social Support* (SESS) (Brown, Bifulco, Veiel, & Andrews, 1990). O SESS consiste numa entrevista semi-estruturada que considera a qualidade do suporte e das relações interpessoais relativa a duas pessoas significativas (neste estudo, o companheiro e outra figura significativa). Mede a confiança, o suporte emocional activo, o sentimento de ligação/proximidade, as actividades partilhadas e a qualidade positiva e negativa da interacção do indivíduo nas relações interpessoais com as pessoas

que escolheu. Para tal, o terapeuta ouve a gravação áudio da entrevista com cada sujeito e classifica cada uma das dimensões numa escala tipo *Likert* de 4 pontos: “Acentuada”, “Moderada”, “Alguma” ou “Pouca/nenhuma”. Este instrumento dá-nos ainda uma medida global da qualidade da relação interpessoal com as pessoas consideradas, que pode ser classificada em: “Muito boa”, “Média alta-discordante”, “Média alta-apática/indiferente”, “Média baixa-discordante”, “Média baixa-apática/indiferente”, “Pobre-discordante” ou “Pobre-apática/indiferente”. A versão utilizada foi traduzida para português por Figueiredo, Iglésias, & Godinho (1999).

Para estimar a presença de sintomas e perturbação psicopatológica, foi usado o *Brief Symptoms Inventory (BSI)* de (Derogatis). O *BSI* é composto por 53 itens de auto-relato, a partir de uma escala tipo *Likert* que vai desde “Nunca”, “Poucas vezes”, “Algumas vezes”, “Muitas vezes” até “Muitíssimas vezes”. Os itens agrupam-se em 9 dimensões distintas: somatização (7 itens); obsessão-compulsão (6 itens); sensibilidade interpessoal (4 itens); depressão (6 itens); ansiedade (6 itens); hostilidade (5 itens); ansiedade fóbica (5 itens); ideação paranoide (5 itens); psicoticismo (5 itens). Outros 4 itens não se integram em nenhuma destas dimensões, mas foram mantidos por se referirem a sintomatologia relevante. O inventário permite obter três índices globais de perturbação: o Índice Geral de Sintomas (IGS = pontuação total/nº total de respostas), o Total de Sintomas Positivos (TSP = itens cotados > 0) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP = soma de todos os itens/itens cotados > 0). A interpretação dos resultados foi feita a dois níveis, pois teve em conta: 1) o *score* total, que nos dá conta do mal-estar global do indivíduo (o valor de corte considerado no ISP é de 1.7 e uma pontuação superior ou igual a este valor indica perturbação) e 2) a cotação em cada uma das sub-escalas, que nos dá conta da sintomatologia psicopatológica do indivíduo. Usou-se a tradução e critérios de cotação estabelecidos para a população portuguesa por Canavarro (1999). Os estudos psicométricos revelam a boa fidelidade desta versão do inventário (Canavarro, 1999)².

O *Working Alliance Inventory (WAI)* (Horwath, 1981, 1982) permitiu avaliar a qualidade da aliança terapêutica. Foram utilizadas as versões Cliente e Terapeuta do *WAI*, ambas de auto-resposta e constituídas por 36 itens cada. O inventário possui 3 escalas que avaliam, respectivamente, a relevância e a eficácia das tarefas terapêuticas (escala das tarefas); a qualidade positiva da relação entre o terapeuta e o paciente (escala da relação) e o grau em que terapeuta e paciente colaboram para a obtenção de determinados objectivos que ambos partilham (escala dos objectivos). Para a cotação em cada uma destas escalas, contribui a pontuação obtida em 12 itens, em que constam situações diversas que o sujeito avalia numa escala tipo *Likert* de 7 pontos que varia

² Os estudos de fidelidade da versão portuguesa são adequados: alfa de Cronbach de 0.797 para a obsessão-compulsão; 0.760 para a sensibilidade interpessoal; 0.728 para a depressão; 0.766 para a ansiedade; 0.759 para a hostilidade; e 0.718 para a ideação paranoide. As escalas de ansiedade fóbica e de psicoticismo apresentam menor fidelidade, com um alfa de Cronbach de 0.624 e de 0.621, respectivamente. Foi encontrada boa estabilidade temporal na versão portuguesa do inventário. Os estudos da validade da versão portuguesa do inventário revelam boa validade discriminativa com base num teste de Análise Discriminante, com um Lambda de Wilks de 0.17 (Canavarro, 1999).

entre “Nunca”, “Raramente”, “Ocasionalmente”, “Por vezes” “Frequentemente” e “Sempre”. A pontuação total obtém-se pelo somatório de todos os itens. A versão utilizada foi traduzida para português por Machado e Horwath (1999). Os estudos psicométricos revelam a boa fidelidade desta versão do inventário (Machado & Horwath, 1999)³.

Para estimar a qualidade da vinculação da mãe com o bebé, foi administrada uma versão modificada do *Mother-Baby Bonding Questionnaire* (Taylor, Adams, Doré, Kumar, & Glover, 2001). Este é um questionário de auto-relato composto por 12 itens; as respostas são dadas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (“Muito”, “Bastante”, “Um pouco” e “De modo nenhum”). Indica a natureza e a grandeza dos sentimentos maternos - positivos (Afectos positivos: 4 itens), negativos (Afectos negativos: 7 itens) e neutros (Afectos neutros: 1 item) - experienciados pela mãe na relação com o bebé. Este instrumento dá-nos também uma escala global da tonalidade dos afectos dirigidos ao bebé. Foi utilizada a versão traduzida por Figueiredo (2001b).

O grau em que as mães estão comportamental e emocionalmente envolvidas com o papel parental foi avaliado pelas *Parenting Scales (PS)* (Bifulco, 1999). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada com 7 escalas de avaliação do papel parental: compromisso emocional e comportamental, sentimentos de segurança e de insegurança no desempenho do papel parental, sentimentos de competência e de incompetência no desempenho do papel parental, bem como, separadamente, qualidade positiva e negativa da interacção com criança, com a família nuclear e com outros elementos do agregado familiar. A cotação de cada escala é feita depois do avaliador ouvir a gravação áudio da entrevista e segue uma escala tipo *Likert* de 4 pontos: “Elevado”, “Moderado”, “Algum” e “Pouco/nenhum”. A versão utilizada foi traduzida por Ribeiro, Figueiredo, Fernandes, Maia, & Matos (1999).

Procedimentos

O primeiro contacto com as adolescentes grávidas efectuou-se durante as consultas médicas. Aí foi-lhes proposto acompanhamento psicológico e a participação neste estudo. As adolescentes que aceitaram estas duas premissas constituem a amostra em estudo. O estudo definiu 3 momentos distintos de avaliação:

- Entre a 20^a e a 30^a semanas de gravidez, antes de dar início ao processo terapêutico, foram aplicados os seguintes instrumentos: *Attachment Style Interview*, *Self-evaluation and Social Support* e *Brief Symptoms Inventory*.
- Entre a 30^a e a 40^a semanas de gravidez, na 4^o sessão do processo terapêutico, o *Working Alliance Inventory* foi aplicado.
- Entre a 12^a e a 16^a semana após o parto, na 16^a e última sessão do processo terapêutico, foram aplicados os seguintes instrumentos: *Attachment Style Interview*, *Self-evaluation and Social Support*, *Brief Symptoms Inventory*, *Working Alliance Inventory*, *Bonding Questionnaire* e *Parenting Scales*.

³ Os estudos de fidelidade da versão portuguesa indicam índices adequados, com alfa de Cronbach de 0,95 para a escala total, 0,93 para a subescala das tarefas, 0,87 para a subescala da relação e 0,80 para a subescala dos objectivos (Machado & Horwath, 1999).

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas em cassete áudio que os terapeutas posteriormente cotaram. No 3º momento de avaliação os dois terapeutas realizaram a avaliação dos casos clínicos que não seguiram em intervenção. Os questionários de auto-relato foram preenchidos no final das sessões terapêuticas pelas adolescentes e pelos terapeutas (no caso da *WAI*) e devolvidos ao terapeuta. As instruções fornecidas para o seu preenchimento foram as existentes nos próprios instrumentos.

Resultados

Vinculação Segura/Insegura e Qualidade da Relação com o Parceiro e com a Outra Figura Significativa no Início da Intervenção

A primeira questão que abordámos neste estudo refere-se a uma possível associação entre a qualidade da vinculação da grávida e a qualidade do seu relacionamento com as figuras próximas, a qual foi estudada através do teste de Qui-Quadrado. No que diz respeito à relação com o parceiro, os dados indicam, tal como pode ver no Quadro 1, uma associação significativa entre a qualidade da vinculação da grávida e a quantidade de actividades partilhadas, sendo que as grávidas com estilo de vinculação inseguro revelam um menor número de actividades partilhadas com o companheiro ($\chi^2=5.089$, $p<.05$). Em relação à outra figura de suporte identificada pela grávida, na maioria dos casos a mãe da adolescente, os dados vão no mesmo sentido. As adolescentes com estilo de vinculação inseguro têm uma mais pobre qualidade global da interacção com esta figura, comparativamente com as adolescentes com vinculação segura, cuja qualidade global da interacção é mais positiva ($\chi^2=7.103$, $p<.01$). Do mesmo modo, são as adolescentes com estilo de vinculação inseguro que, comparativamente com as adolescentes com vinculação segura, confiam menos ($\chi^2=4.314$, $p<.05$), desenvolvem um menor número de actividades em conjunto ($\chi^2=7.593$, $p<.01$) e manifestam um menor nível de interacção positiva com a outra figura significativa ($\chi^2=4.314$, $p<.05$).

QUADRO 1. Teste da Independência do Qui-Quadrado: Associação entre o estilo de vinculação e o número de actividades partilhadas com o parceiro, a confiança na outra figura significativa, o número de actividades partilhadas com a outra figura significativa, a interacção positiva com a outra figura significativa, a qualidade do relacionamento global com a outra figura significativa.

		<i>Vinculação Insegura (N=9)</i> N	<i>Vinculação Segura (N=11)</i> N	Z
Parceiro	Actividades Partilhadas			
	baixo	5	1	5,089*
elevado	4	10		
Outra Figura	Confiança			
	baixa	3	0	4.314*
	elevada	6	11	
	Actividades partilhadas			
baixo	8	3	7.593**	
elevado	1	8		
	Interacção positiva			
	baixo	3	0	4.314*
	elevado	6	11	
	Relacionamento global			
	baixo	7	2	7.103**
	elevado	2	9	

*p<.05, **p<.01

Vinculação Segura/Insegura e Qualidade da Relação com o Terapeuta no Início da Intervenção

Para verificar a existência de diferenças significativas na relação inicial estabelecida com o terapeuta (quer na perspectiva do cliente, quer na perspectiva do terapeuta) em dois grupos de mães com estilo de vinculação seguro e estilo de vinculação inseguro, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes. O tratamento estatístico dos resultados não revelou valores significativamente diferentes, na percepção da qualidade da relação terapêutica inicial (quer pelo cliente, quer pelo terapeuta), nos dois grupos de adolescentes com vinculação segura e vinculação insegura. Porém, verifica-se uma tendência para que os sujeitos inseguros percepcionem pior a relação inicial com o terapeuta, em contraponto com os sujeitos seguros cuja percepção da relação inicial com o terapeuta é mais positiva em todas as dimensões que a escala comporta. Um aumento do número de elementos da amostra seria importante para confirmar, ou não, a tendência observada. Quando temos em conta as dimensões ava-

liadas pelas subescalas da *ASI*, verificamos que, na perspectiva do cliente, adolescentes com elevado medo de intimidade, comparativamente com adolescentes com elevado medo de intimidade, têm uma pior aliança terapêutica, percebendo de forma significativamente menos favorável os objectivos da intervenção ($Z=-2.225$, $p<.05$), tal como pode ver no Quadro 2. Considerando agora a perspectiva do terapeuta, verificase que as grávidas com níveis mais elevados de desconfiança e níveis mais elevados de desejo de envolvimento/enmarenhamento são consideradas como tendo uma relação terapêutica mais adequada ($Z=-1.996$, $p<.05$ e $Z=-2.286$, $p<.05$, respectivamente).

QUADRO 2. Testes de Mann-Whitney para duas amostras independentes: mães com baixo/elevado medo da intimidade, mães com baixa/elevada desconfiança, mães com baixo/elevado individualismo, mães com baixo/elevado desejo de envolvimento/enmarenhamento e qualidade da relação terapêutica inicial, do ponto de vista do cliente e do terapeuta.

		<i>Escala Tarefas (Média)</i>	<i>Escala Relação (Média)</i>	<i>Escala Objectivos (Média)</i>	<i>Escala Global (Média)</i>
Cliente	Medo da intimidade				
	Baixo	11.78	11.41	12.16	11.97
	Elevado	5.38	6.88	3.88	4.63
	Z	-1.941	-1.376	-2.510*	-2.225*
Terapeuta	Desconfiança				
	Baixo	11.30	6.00	9.70	9.30
	Elevado	10.23	12.00	10.77	10.90
	Z	-3.50	-1.996*	-3.50	-5.24
	Individualismo				
	Baixo	12.11	11.06	13.83	13.06
	Elevado	9.18	10.05	7.77	8.41
	Z	-1.104	-3.86	-2.286*	-1.749
	Desejo de envolvimento				
	Baixo	6.88	5.38	7.50	7.00
	Elevado	11.41	11.78	11.25	11.38
	Z	-1.373	-1.968*	-1.137	-1.324

* $p<0.05$

Vinculação Segura/Insegura e Sintomatologia Psicopatológica no Início da Intervenção

Embora se denote uma maior tendência para a perturbação psicopatológica se verificar nos indivíduos com padrão inseguro de vinculação (dos 6 sujeitos com perturbação, 4 são inseguros e 2 seguros), o teste de Qui-Quadrado não mostra que seja significativa a associação entre a presença de perturbação psicopatológica e o estilo de vinculação inseguro. No entanto, o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes mostra uma diferença significativa na escala da sensibilidade interpessoal do *BSI*, dado que os sujeitos com vinculação insegura exibem maior sensibilidade interpessoal ($M=13.67$) que os sujeitos com vinculação segura ($M=7.91$) ($Z=-2.189$, $p<.05$).

Mudança no Estilo de Vinculação entre o Início e o Fim da Intervenção

No respeitante a uma possível mudança do estilo de vinculação das adolescentes, depois da intervenção psicológica, os resultados mostram que nenhuma das adolescentes previamente classificada com um padrão seguro (N=11) alterou o respectivo estilo de vinculação para inseguro. No grupo de adolescentes inicialmente classificadas como inseguras (N=9), embora cinco mantivessem o padrão inseguro, quatro mudaram o estilo de vinculação para seguro. Quando através do teste de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas se procurou avaliar se eram significativas as diferenças observadas ao nível do estilo de vinculação, entre o início e o final da intervenção, verificou-se que é significativa a diferença ao nível do estilo global de vinculação (N=4; N=0; Z=-2.000, $p<.05$), assim como, após a intervenção as mães adolescentes exibiram significativamente menor desconfiança (N=1; N=13; Z=3.207, $p<.01$), menor medo da intimidade (N=1; N=6; Z=1.890, $p<.05$), (nomeadamente da intimidade sexual N=0; N=4; Z=2.000, $p<.05$) e maior individualismo (N=10; N=2; Z=2.309, $p<.05$), tal como pode ver no Quadro 3.

QUADRO 3. Teste de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas: dois momentos de avaliação, antes da intervenção e depois da intervenção, em relação com desconfiança, medo da intimidade, medo da intimidade sexual e estilo de vinculação seguro.

	<i>Depois Intervenção > Antes Intervenção</i> N	<i>Depois Intervenção < Antes Intervenção</i> N	Z
Desconfiança	1	13	-3.207**
Medo da intimidade	1	6	-1.890*
Medo da intimidade sexual	0	4	-2.000*
Independência	10	2	-2.309*
Estilo de vinculação seguro	4	0	-2.000*

* $p<.05$; ** $p<.01$

Factores que Facilitam a Mudança do Estilo de Vinculação entre o Início e o Fim da Intervenção

—Estilo de Vinculação Inicial. Seguidamente procurou-se saber quais os estilos de vinculação das mães com um padrão inseguro, antes da intervenção, que mudaram para uma vinculação segura depois da intervenção psicológica. Embora os dados encontrados não sejam estatisticamente significativos, importa referir que das quatro adolescentes que evoluíram de um padrão inseguro para um padrão seguro, três eram inicialmente amedrontadas (em quatro) e uma emaranhada (em quatro). Das cinco adolescentes que mantiveram o estilo inseguro de vinculação no final da intervenção, três eram emaranhadas, uma desligada e uma amedrontada.

—Qualidade da Relação Inicial com a Outra Figura. Para analisar de que modo se verificam diferenças significativas entre os três grupos de mães de acordo com o seu estilo de vinculação inicial/final e a qualidade da relação que estabelecem com a figura significativa, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para três amostras independentes. As mães que inicialmente relatam mais actividades partilhadas e uma melhor qualidade global de relacionamento com a outra figura, são também aquelas que inicialmente avaliadas com um estilo inseguro de vinculação mais facilmente o modificam para um estilo de vinculação seguro no final da intervenção ($Z=7.747$, $p<.05$; $Z=6.770$, $p<.05$) (ver Quadro 4).

QUADRO 4. Teste de Kruskal-Wallis para três amostras independentes: diferenças entre 3 grupos com diferente estilo de vinculação inicial/final (inseguro-inseguro, inseguro-seguro, seguro-seguro) e actividades partilhadas com a outra figura (inicial), qualidade global do relacionamento com a outra figura (inicial) e confiança no parceiro (final).

		Estilo de vinculação inicial/final			Z
		Inseguro – inseguro (Média)	Inseguro – seguro (Média)	Seguro – seguro (Média)	
Qualidade da relação inicial com outra figura significativa (inicial)	Actividades partilhadas	6.00	8.50	13.27	7.747*
	Relacionamento global	7.00	7.50	13.18	6.770*
Parceiro (final)	Confiança	6.00	11.50	12.18	5.694 ^a

* $p\leq.05$; ^a $p=.058$

Factores que Decorrem da Mudança do Estilo de Vinculação

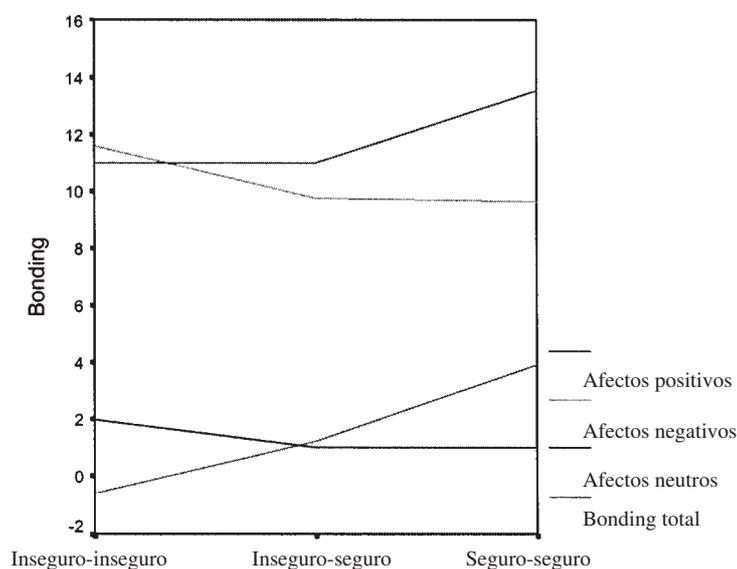
—Qualidade da Relação com o Parceiro. Para tentar compreender a presença de diferenças significativas entre os três grupos de mães consoante o seu estilo de vinculação inicial/final e a qualidade da relação com o parceiro, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para três amostras independentes. Os dados mostram, tal como pode ver no Quadro 4, que as adolescentes com estilo de vinculação inseguro no início e no fim da intervenção, apresentam menor confiança no parceiro depois da intervenção, em oposição com as adolescentes que sendo inicialmente avaliadas como inseguras são avaliadas no final da intervenção

como seguras. As adolescentes que sempre foram avaliadas com um estilo de vinculação seguro são as que apresentam níveis mais elevados de confiança no parceiro. Estes resultados são quase estatisticamente significativos ($Z=5.694$, $p=.058$).

- Qualidade da Relação Terapêutica. Usando o teste de Kruskal-Wallis para três amostras independentes procurou-se verificar se haveria algum aspecto da relação terapêutica que diferenciava as adolescentes que sempre foram avaliadas com um estilo de vinculação seguro, das que sempre foram avaliadas com estilo de vinculação inseguro e das que inicialmente foram avaliadas com estilo de vinculação inseguro e posteriormente com estilo de vinculação seguro. As adolescentes que sendo inseguras no início da intervenção permanecem inseguras no final da intervenção são aquelas que evidenciam uma percepção final mais desfavorável dos objectivos da intervenção terapêutica ($M=4.40$). Pelo contrário, os sujeitos seguros no início e no fim da intervenção, são os que têm melhor opinião sobre os objectivos estabelecidos na terapia ($M=12.55$). Os sujeitos inicialmente inseguros e que passaram a seguros apresentam resultados intermédios aos dois grupos anteriores ($M=12.50$). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($Z=7.098$, $p<.05$).
- Qualidade da Relação com o Bebê. Quando se procura perceber, através do teste de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes, a presença de diferenças significativas entre os três grupos de mães, atendendo ao seu estilo de vinculação inicial/final e a qualidade do papel parental, verifica-se que as mães inseguras no início e no fim da intervenção têm um nível de discórdia familiar significativamente superior ao das restantes adolescentes ($M=16.00$), sendo as adolescentes com estilo de vinculação seguro (antes e depois da intervenção) aquelas que têm menor grau de discórdia familiar ($M=8.00$) e as adolescentes com estilo de vinculação inicial inseguro e final seguro as que apresentam um valor intermédio de discórdia familiar ($M=8.91$; $Z=10.885$, $p<.01$). Os resultados com a escala de Bonding foram analisados com o recurso ao teste de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes. Tal como se pode ver na Figura 1, as mães com estilo de vinculação inseguro (inicial e final) revelam valores elevados de afectos neutros ($M=15.00$) e de afectos negativos ($M=14.00$) e valores baixos de afectos positivos ($M=7.40$). As mães com estilo de vinculação seguro (inicial e final), revelam um valor elevado de afectos positivos ($M=13.41$) e baixo de afectos negativos ($M=8.91$) e de afectos neutros ($M=9.00$). Já as adolescentes que mudaram o seu estilo de vinculação de inseguro para seguro depois da intervenção, revelam valores intermédios a estes (afectos negativos $M=10.50$, afectos positivos $M=6.38$, e afectos neutros $M=9.00$). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas nas escalas dos afectos positivos e dos afectos neutros ($Z=6.092$, $p<.05$; $Z=10.000$, $p<.01$, respectivamente). O Bonding total reflecte uma ponderação entre os afectos positivos e os afectos negativos da mãe. Nesta escala, verifica-se que as adolescentes com estilo de vinculação inseguro (inicial e final) apresentam pior cotação ($M=5.80$), seguem-lhes as adolescentes inicialmente avaliadas com estilo de vinculação inseguro e

posteriormente com estilo de vinculação seguro ($M=7.25$); as adolescentes com estilo de vinculação seguro (inicial e final) apresentam a cotação mais elevada da escala ($M=13.82$). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($Z=7.955$, $p<.05$).

FIGURA 1. Teste de Kruskal-Wallis para três amostras independentes: estilo de vinculação inicial/final (Inseguro-inseguro, Inseguro-seguro, Seguro-seguro) e qualidade dos afectos de mãe para com o bebé (Afectos positivos, Afectos negativos, Afectos neutros e Bonding total).



—Sintomatologia Psicopatológica. O teste de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes revelou diferenças significativas nas subescalas do BSI nos 3 grupos de sujeitos que temos vindo a caracterizar, quer no início, quer no fim da intervenção. Neste sentido, na primeira avaliação do BSI as adolescentes com estilo de vinculação inseguro (inicial e final) mostram maior sensibilidade interpessoal ($M=15.70$), seguidas das adolescentes com estilo de vinculação inicial inseguro e final seguro ($M=11.13$) e, por fim, as mães com estilo de vinculação seguro (inicial e final) ($M=7.91$; $Z=6.151$, $p<.05$). Na segunda avaliação verifica-se que as adolescentes que mantiveram um estilo inseguro, apresentam valores mais elevados de depressão ($M=17.40$), psicoticismo ($M=17.00$), obsessão ($M=17.20$) e sensibilidade interpessoal ($M=16.70$), comparativamente com as que mudaram de um estilo de vinculação inseguro para um estilo seguro (depressão $M=10.13$, psicoticismo $M=8.25$, obsessão $M=7.50$ e sensibilidade interpessoal $M=9.38$) e principalmente com a que sempre apresentaram uma vinculação

segura (depressão $M=7.50$, $Z=9.869$; $p<.01$; psicoticismo $M=8.35$, $Z=8.344$; $p<.05$; obsessão $M=8.55$, $Z=8.761$; $p<.05$ e sensibilidade interpessoal $M=7.621$, $Z=7.621$; $p<.05$), tal como se pode ver no Quadro 5.

QUADRO 5. Teste de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes: diferenças entre 3 grupos com diferente estilo de vinculação inicial/final (inseguro-inseguro, inseguro-seguro, seguro-seguro) e sintomatologia psicopatológica.

		<i>Estilo de vinculação inicial/final</i>			<i>Z</i>
		<i>Inseguro – inseguro (Média)</i>	<i>Inseguro – seguro (Média)</i>	<i>Seguro – seguro (Média)</i>	
Inicial	Sensibilidade interpessoal	15.70	11.13	7.91	6.151*
Final	Depressão	17.40	10.13	7.50	9.869**
	Psicoticismo	17.00	8.25	8.36	8.344*
	Obsessão	17.20	7.50	8.55	8.761*
	Sensibilidade interpessoal	16.70	9.38	8.09	7.621*

* $p<.05$, ** $p<.01$

Discussão

Os resultados do estudo, dão fundamento empírico a algumas das ideias defendidas pelos teóricos da vinculação, nomeadamente por John Bowlby. Quando tentamos dar resposta à primeira hipótese e analisamos a relação entre estilo de vinculação da adolescente e a qualidade do relacionamento com as suas figuras de suporte (o companheiro e a outra figura significativa), verificamos uma associação entre estas duas dimensões. Resultados significativos surgem nas escalas de confiança, actividades partilhadas, qualidade da interacção positiva e qualidade global do relacionamento, na relação com a “outra figura” e na escala das actividades partilhadas, na relação com o parceiro. A estes dados não deve ser alheio o facto de a grande maioria das adolescentes ter escolhido a mãe, para a outra figura significativa. A mesma que no primeiro ano de vida assumiu o papel de figura de vinculação e cuja experiência de cuidados se reflecte nos modelos internos de vinculação que cada adolescente construiu. Eagle (1995) considera ser muito provável que uma vinculação segura se relacione com a capacidade de amar algo no contexto relacional, quer da relação pais-filhos, quer nos relacionamentos amorosos. Shaver e Hazan (1988, cit. por Feeney & Noller, 1996) encontraram um forte paralelismo entre a vinculação na infância e o amor romântico na idade adulta. Até porque, segundo Holmes (1993), diferentes padrões de vinculação resultam mais de diferentes

padrões de interacção do que de variáveis temperamentais ou inatas. A relação que as adolescentes estabelecem com o terapeuta tem como base as mesmas representações internas de vinculação que orientam a relação com os pais ou com o parceiro. Holmes (1993) defende que uma experiência adversa na vida do paciente (por exemplo, um trauma) pode condicionar o seu desejo de procurar uma “base segura” e desencadear sentimentos de ameaça, suspeição e reserva para com o terapeuta.

A análise dos dados da aliança terapêutica, quer na perspectiva do cliente, quer na perspectiva do terapeuta, não revela tantas diferenças significativas consoante o estilo de vinculação dos clientes, como conceptualmente se poderia supor. Verifica-se, contudo, uma tendência para que os clientes com estilo de vinculação seguro percepcionem mais satisfatoriamente a aliança terapeuta, em todas as escalas do instrumento. Os resultados obtidos relativos à perspectiva do terapeuta na *WAI*, parecem ser um pouco contraditórios com a perspectiva do cliente e com os resultados esperados. Por exemplo, o terapeuta dá uma cotação mais elevada na escala da relação (rede complexa de vinculações pessoais entre o cliente e o terapeuta) aos indivíduos com maior desconfiança e maior desejo de envolvimento/emaranhamento (da *ASI*). Parece estranho que indivíduos mais desconfiados, por altura da quarta sessão de terapia, tenham melhor relação com os respectivos terapeutas; contudo, esta contradição nos resultados, pode representar a própria ambivalência dos estilos inseguros de vinculação (desconfiança alta), onde se conjugam sentimentos contraditórios: o desejo de ser protegido e amado, bem como o medo de rejeição, abandono e a raiva (Holmes, 1993). A relação negativa entre individualismo e percepção positiva dos objectivos (perspectiva do terapeuta), pode revelar o não acordo na definição dos objectivos da terapia, provavelmente pela excessiva necessidade de independência e controlo do cliente na definição das metas e objectivos da sua vida. Pela perspectiva do cliente, sujeitos com mais medo da intimidade, têm pior percepção dos objectivos da terapia. Este facto talvez se deva há necessidade de abordar alguns tópicos mais íntimos na terapia, que algumas das adolescentes podem considerar mais invasivos. De acordo com a teoria da vinculação, o papel do terapeuta é providenciar uma base segura ao cliente, a partir da qual ele possa explorar as situações de *distress* que o levaram à terapia (Holmes, 1993), bem como compreender a disfuncionalidade dos seus modelos internos do self e das figuras de vinculação (Bretherton, 1995).

Com base nestes dados, não é possível aceitar a segunda hipótese formulada neste estudo, onde se defendia que as grávidas com vinculação segura teriam resultados mais positivos na *WAI*, pois embora a perspectiva do cliente mostre esta tendência, a do terapeuta contradiz. Embora pareça que os indivíduos com estilo de vinculação inseguro tendam a exhibir um maior nível de sintomatologia depressiva, os resultados obtidos não asseguram que as diferenças encontradas não se devam ao acaso. O mesmo se verifica no diagnóstico de perturbação a partir do *BSI*, o que nos leva a não poder aceitar a terceira hipótese do estudo, onde se defende que sujeitos com estilo de vinculação seguro apresentariam menor nível de sintomatologia psicopatológica. Contudo, na escala da sensibilidade interpessoal do *BSI*, os indivíduos com estilo de vinculação inseguro pontuam significativamente mais elevado do que os com estilo de vinculação seguro. Os estudos no campo da vinculação têm mostrado uma associação entre vinculação

segura e saúde mental, visto que a vinculação segura se combina com um conjunto de variáveis “saudáveis” da personalidade, como baixa ansiedade, menos hostilidade, e uma maior capacidade de regular o afecto no domínio interpessoal (cf. Collins & Read, 1990; Kobak & Sceery, 1988; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992; Vaillant, 1985; cit. por Eagle, 1995). A vinculação insegura parece ser um factor de risco para a depressão, ansiedade, hostilidade e doenças psicossomáticas (Armsden *et al.*, 1990; Hazan & Shaver, 1990; Kobak, & Sceery, 1988 cit. por Eagle, 1995). Os dados obtidos através das *Parenting Scales* mostram diferenças significativas entre o estilo de vinculação das mães e o grau de discórdia familiar. As mães com estilo de vinculação inseguro (nos dois momentos de avaliação) apresentavam elevada discórdia familiar, em oposição com as restantes. Este dado parece ser congruente com a ideia de que o estilo inseguro de vinculação se caracteriza por dificuldades relacionais, que neste caso, se traduzem por elevados níveis de discórdia familiar (e.g. Freeney e Noller, 1996). George e Solomon (1996, 1999, cit. por Soares, 2001) consideram que o comportamento da figura de vinculação se organiza num sistema de prestação de cuidados, a que não são alheias as experiências de vinculação da própria mãe. Para Holmes (1993), as mães com estilo de vinculação seguro são responsivas e harmoniosas para os seus bebés proporcionando-lhes uma base segura para a exploração. Os resultados obtidos através do *Mother-Baby Bonding Questionnaire* mostram que as mães com estilo de vinculação inseguro (no início e no fim da intervenção) relatam mais afectos de indiferença e neutralidade pelo bebé e globalmente manifestam afectos menos positivos. As mães com estilo de vinculação inseguro (no início e no fim da intervenção) mostram mais sentimentos positivos na relação com o bebé, do que as adolescentes que mudaram o seu estilo de vinculação (de inseguro para seguro), mas mostram também, um elevado número de sentimentos negativos, o que traduz uma relação pouco adequada com os filhos. Os dados dão fundamento empírico ao facto de o estilo de vinculação da mãe se manifestar na relação que ela estabelece com o seu filho, tal como é defendido pela quarta hipótese deste estudo.

A ideia expressa na quinta hipótese, de que em sequência da intervenção poderiam ocorrer mudanças no estilo de vinculação das mães adolescentes, é verificada neste estudo. Durante a gravidez, avaliaram-se 9 adolescentes com um padrão inseguro de vinculação e aos 3 meses do pós-parto este número diminuiu para 5, deste modo, 4 das adolescentes mudaram o seu estilo de vinculação de inseguro para seguro. Se considerarmos a concepção de modelos internos de vinculação defendida por Bowlby, aceita-se uma perspectiva de estabilidade no tipo de vinculação dos indivíduos, embora se acredite na possibilidade da mudança. Scharfe e Bartholomew (1974, cit. por Feeney & Noller, 1996) atribuem a instabilidade da vinculação a erros metodológicos na medida dos seus padrões. Outros autores encontraram evidências de instabilidade na vinculação (Baldwin, & Fehr, 1995, cit. por Freeney & Noller, 1996). Duas explicações poderão ser concebidas para o facto de se identificarem mudanças na vinculação dos indivíduos na idade adulta. A primeira defende que acontecimentos de vida significativos se associam à perda da continuidade do comportamento de vinculação ao longo do tempo. Enquanto que a segunda foca-se na possibilidade de surgirem mudanças na vinculação, limitadas no tempo, e como resultado de factores contextuais (Freeney & Noller, 1996). Ambas

as explicações podem justificar os resultados encontrados neste estudo. Quando procuramos identificar factores possivelmente associados à mudança no estilo de vinculação das mães (definitiva ou temporária), encontramos diferenças significativas entre as adolescentes que nos dois momentos da avaliação apresentaram um estilo de vinculação seguro (N=11), as que apresentavam estilo de vinculação inseguro e mudaram para seguro (N=4) e as que apresentavam nos dois momentos de avaliação um estilo inseguro de vinculação (N=5). Os factores que mais parecem estar associados a estas mudanças são a diminuição da desconfiança, do medo da intimidade (nomeadamente da intimidade sexual) e o aumento do individualismo nas adolescentes em estudo. Diferenças significativas foram igualmente observadas nos três grupos de adolescentes, de acordo com o estilo de vinculação inicial/final, ao nível da categoria de vinculação, da sintomatologia psicopatológica e do tipo de relacionamento mantido com o parceiro, com a outra figura significativa e com o terapeuta. Assim, verificou-se que a maioria das adolescentes que adquiriram segurança na vinculação ao longo do processo terapêutico, tinham um estilo de vinculação amedrontado (N=3) e apenas uma tinha estilo de vinculação emaranhado. Também Kirkpatrick & Hazan (1994 cit. por Freeney & Noller, 1996) haviam encontrado diferenças na estabilidade da vinculação segura/insegura em função da categoria de vinculação dos sujeitos. Num estudo que realizaram verificaram que face a quebras relacionais surgiam mudanças na vinculação de segura para insegura, mas que eram os sujeitos evitantes que quando estabeleciam novas relações tinham maior probabilidade de tornarem-se seguros.

Dados bastante curiosos surgem quando analisamos quais as dimensões relacionais mais associadas à mudança no estilo de vinculação. Verifica-se que os factores que melhor diferenciam a mudança da vinculação na amostra é o número de actividades partilhadas e a qualidade global de relacionamento com a “outra figura” significativa, por altura da gravidez. Adolescentes com vinculação segura (no início e no fim da intervenção), apresentam melhores cotações nestas escalas, seguem-lhes as adolescentes inicialmente avaliadas com estilo de vinculação inseguro e posteriormente seguro e por fim as inseguras (no início e no fim da intervenção), com as cotações mais baixas. Não esquecendo que esta figura é na maioria dos casos a mãe da adolescente, é de considerar que os modelos internos de vinculação estabelecidos com esta figura na infância se reflectam no modo como a adolescente se relaciona com a mãe de um modo particular, e com todas as outras pessoas por generalização (o que se traduz no respectivo estilo de vinculação). Por sua vez, durante a gravidez “novas” relações podem estabelecer-se com a figura materna, as quais podem permitir rever os modelos internos dinâmicos elaborados a partir das experiências da infância. Também, tal como Bowlby (1988) sugere, os acontecimentos relacionais que ocorrem no quadro da relação terapêutica podem potencializar essas “novas” relações, tanto como podem oferecer “novas” relações que permitam rever os modelos de infância. Outro aspecto significativamente relacionado com esta mudança é a capacidade que as adolescentes apresentam, para construir, ao longo da intervenção psicológica, uma relação de confiança com os respectivos parceiros. Isto porque as adolescentes que não conseguiram mudar o seu estilo de vinculação foram aquelas que também não estabeleceram uma relação de confiança com o parceiro. Estes dados parecem querer mostrar que as adolescentes que conseguiram

mudar o seu estilo de vinculação para seguro, foram aquelas que estabeleceram uma relação significativa e baseada na confiança com os seus parceiros. Podemos por conseguinte supor que este acontecimento de vida, a gravidez, possibilitou em determinadas adolescentes sujeitas a intervenção, o desenvolvimento de expectativas mais positivas sobre si e sobre os outros, que permitiram uma mudança dos modelos internos de vinculação da adolescente e conseqüentemente do seu estilo de vinculação. As adolescentes que se mantiveram com um estilo de vinculação inseguro são aquelas que supomos terem construído modelos internos tão negativos de si e dos outros (com base na relação com a sua figura de vinculação), que não foram capazes de estabelecer uma relação adequada com os companheiros e conseqüentemente inibiram-se de experienciar, nessa relação, um acontecimento de vida susceptível de providenciar uma mudança nos seus modelos internos de vinculação. O mesmo pode ter-se verificado ao nível da relação com o terapeuta. Com efeito, a mudança no estilo de vinculação da mãe parece relacionar-se com a sua percepção da relação terapêutica na última sessão do processo terapêutico. Enquanto as adolescentes com estilo de vinculação seguro (no início e no fim da intervenção) e as adolescentes que mudaram o seu estilo de vinculação de inseguro para seguro (após a intervenção) têm uma percepção mais positiva dos objectivos definidos na terapia e na escala global pontuam mais positivamente a relação terapêutica, as inseguras (no início e no fim da intervenção) apresentam resultados opostos. Neste sentido, a identificação das adolescentes com os objectivos e com as metas da intervenção, parece ser um factor importante no sucesso da própria intervenção, em que um dos objectivos terapêuticos foi fornecer uma base segura às clientes, a partir da qual poderiam corrigir expectativas negativas de cuidados e de disponibilidade dos outros para si (Holmes, 1993).

Do ponto de vista psicopatológico, diferenças foram encontradas entre as adolescentes que mantiveram um estilo de vinculação inseguro, comparativamente com as que se mudaram o seu estilo de vinculação de inseguro para seguro. Nomeadamente, a nível da sensibilidade interpessoal, depressão, psicoticismo e obsessão. Interessante é verificar que o dado estatisticamente mais significativo na diferenciação dos grupos é a depressão, muito mais elevada no grupo das mães com vinculação insegura (no início e no fim da intervenção). Estes dados mais uma vez confirmam a ideia de que a uma vinculação insegura se associam maiores níveis de perturbação e a uma vinculação segura menor perturbação.

Embora as premissas que orientaram este trabalho sejam no sentido de explorar diversos aspectos da vida de adolescentes grávidas, é de salientar que na leitura destes resultados, devem ter-se em conta as limitações metodológicas e de generalização dos resultados. A amostra seleccionada é restrita em termos de número, o que nos leva a comparar em determinadas análises grupos com reduzido número de sujeitos (com recurso aos testes não paramétricos). Daí que tentativas de generalização devam ser cuidadosas. Os dados colhidos tiveram certamente sujeitos ao efeito da desejabilidade social, principalmente na primeira avaliação, altura em que as adolescentes ainda não tinham estabelecido uma relação de confiança com o terapeuta. Também reconhecemos a dificuldade de controlar todos os factores associados às idiosincrasias de cada história de vida e a impossibilidade de estabelecer relações lineares nas mudanças verificadas.

A avaliação dos estilos de vinculação decorreu em dois momentos distintos, separados por um período de tempo não muito longo, o que impossibilita a testagem de mudanças estáveis ou instáveis na vinculação das adolescentes. Seria interessante averiguar novamente, num intervalo mais alargado de tempo, os estilos de vinculação das mães, procurando analisar se estas mudanças são definitivas ou se são limitadas no tempo e resultantes de variáveis contextuais (Freenev & Noller, 1996).

Conclusão

A ideia subjacente ao desenho deste estudo foi permitir uma exploração da relevância do tipo de vinculação, na qualidade das relações estabelecidas (com figuras significativas e de suporte, com o terapeuta e com os filhos) e no bem-estar psicológico de um grupo de mães adolescentes. Os dados encontrados mostram que as adolescentes com estilo de vinculação seguro são mais competentes no estabelecimento de relações de suporte adequadas, bem como a desenvolver uma representação mais positiva dessas mesmas relações, nomeadamente da relação terapêutica. O facto destas adolescentes estarem a ser alvo de intervenção psicológica (de cariz desenvolvimental), pode dar-nos também alguns indícios de factores psicossociais mediadores no sucesso terapêutico. Sabendo que um dos objectivos do processo terapêutico era o desenvolvimento de uma vinculação segura, porque é que nem todas as mães apresentam no fim da intervenção um estilo seguro de vinculação? De certo que não podemos responder a esta pergunta na sua totalidade. Mas o que podemos afirmar é que neste estudo, a qualidade de relacionamento com as figuras de suporte, a qualidade da relação com o terapeuta e o nível de sintomatologia psicopatológica, são peças importantes na compreensão da mudança do estilo de vinculação das adolescentes. E como tal, fundamentais para a previsão da qualidade de cuidados prestados ao bebé e do desenvolvimento da vinculação no bebé (transmissão intergeracional dos estilos de vinculação). A generalização destes dados deve ser feita cuidadosamente, atendendo às limitações apresentadas, porém os dados encontrados parecem ser indicadores suficientes para um novo investimento empírico no objectivo do presente estudo, corrigindo o mais possível limitações identificadas (por exemplo, o número de sujeitos da amostra).

Investigações futuras poderiam averiguar o carácter instável ou estável das mudanças encontradas na vinculação das adolescente. Para tal, seria fundamental a criação de subsequentes momentos de avaliação. Outra área importante de estudo seria a análise dos efeitos da intervenção psicológica, por si só - controlando a influência de variáveis associadas à vivência da Maternidade - na mudança dos estilos de vinculação das mães. Nesse sentido, devia criar-se um grupo de mães adolescentes não sujeitas ao programa de intervenção, que funcionasse como grupo de controlo. Outro domínio de interesse científico seria averiguar de que modo os vários tipos de vinculação insegura (emaranhado, evitante, amedrontado e retraído) a que correspondem diferentes estilos de relacionamento interpessoal, se relacionam com os domínios avaliados neste estudo. Embora não tivéssemos procedido à apresentação destes resultados, por restrições consequentes ao número de sujeitos, existem evidências de relações significativas entre os vários estilos de vinculação e a qualidade das relações estabelecidas com as figuras de suporte, com o terapeuta e com o bebé.

Referências

- Ainsworth, M. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. En C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (eds.), *The place of Attachment in human Behaviour* (pp. 3-30). Londres: Tavistock.
- Apfel, N. H. & Seltz, V. (1991). Four models of adolescent mother-grandmother relationships in black inner-city families. *Family Relations*, 40, 421-429.
- Bifulco, A. (1999). *Parenting Scales*. Royal Holloway: Londres University.
- Bifulco, A., Brown, G., & Harris, T. (1995). *Attachment Style Interview*. Royal Holloway: Londres University.
- Black, C. & DeBlasie, R. (1985). Adolescent pregnancy: Contributing factors, consequences, treatment, and plausible solutions. *Adolescence*, 20, 281-290.
- Bobenrieth, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Bowlby, J. (1998). *A Secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres: Routledge Publication.
- Bretherton, I. (1995). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. En S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 45-80). Londres: The Analytic Press.
- Brown, G., Bifulco, A., Veiel, H., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression: Social correlates of self-esteem. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 25, 225-234.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. En M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. Gonçalves (eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.2) (pp. 96-109). Braga: SHO.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. En M. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Colleta, N. (1983). A risk for depression: A study of young mothers. *Journal of Genetic Psychology*, 142, 301-310.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- De-Wit, M., Embree, B., & De-Wit, D. (1999). Determinants of the risk and timing of alcohol and illicit drug use onset among natives and non-natives: similarities and differences in family attachment processes. *Social Biology*, 46, 100-121.
- Eagle, M. (1995). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. En S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp.123-148). Londres: The Analytic Press.
- Feeney, J. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. Londres: Sage Publications.
- Figueiredo, B. (2000a). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4, 485-499.
- Figueiredo, B. (2000b). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. En I. Soares (ed.), *Trajetórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2001a). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 221-238.
- Figueiredo, B. (2001b). Perturbações psicopatológicas da maternidade. En C. Canavarro (ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B., Iglésias, C., & Godinho, P. (1999). *Versão portuguesa da self-evaluation and social support*. Braga: Universidade do Minho.

- Freeney, J. & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. Londres: Sage Publications.
- Green, J. & Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 452-461.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby & attachment theory*. Londres: Routledge Publications.
- Horvath, A. (1981). *An exploratory study of working alliance: Its measurement and relationship to outcome*. Tese Doutoral non publicada. Vancouver. Canadá.
- Horvath, A. (1982). *Users' manual of the Working Alliance Inventory*. Manuscrito non publicado. Simon Frases University. Canadá.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). *Lisboa: Anuário Estatístico de Portugal*. Lisboa: Autor.
- Jacob, F. (1999). Continuities in support experience: the prediction of marital satisfaction, emotional well-being and distress from attachment style, perceived support and non-support in the context of personal strivings. *Dissertation Abstract*, 59, 4466.
- Jordan, S. (2000). An exploration of risk factors of aggression in relationships. *Dissertation Abstract*, 61, 2204.
- Kellogg, N., Hoffman, T., & Taylor, E. (1999). Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence*, 134, 1185-1192.
- Leadbeater, B. & Bishop, D. (1994). Predictors of behaviour problems in preschool children of inner-city Afro-American and Puerto Rican adolescent mothers. *Child Development*, 65, 638-648.
- Leadbeater, B. & Linares, O. (1992). Depressive symptoms in black and puerto rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology*, 4, 451-468.
- Levy, K. (2000). Attachment style, representations of self and others, and affect regulation: implications for the experience of depression. *Dissertation Abstract*, 60, 4895.
- Machado, P. P. & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica: versão portuguesa do working alliance inventory. En M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. Gonçalves (eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2) (pp. 87-94). Braga: SHO.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Muderrisoglu, S. (1999). Defensive functioning and affect within adult attachment patterns. *Dissertation Abstract*, 59, 3705.
- Nelson, L. (1998). Interaction with the fetus during pregnancy: Relationships with adult attachment patterns, stress and emotional experience. *Dissertation Abstract*, 58, 3946.
- Oyen, A. (1997). Maternal attachment and emotional availability in an at-risk sample. *Dissertation Abstract*, 57, 4720.
- Prodromidis, M., Abrams, S., Field, T., Scafidi, F., & Rahdert, E. (1994). Psychosocial stressors among depressed adolescent mothers. *Adolescence*, 29, 331-343.
- Ribeiro, L., Figueiredo, B., Fernandes, E., Maia, A., & Matos, R. (1999). *Versão portuguesa das parenting scales*. Braga: Universidade do Minho.
- Rivera, D. (1999). Adult attachment patterns and their relationship to marital satisfaction. *Dissertation Abstract*, 59, 6120.
- Rocha, M., & Figueiredo, B. (1999). *Versão portuguesa da Attachment style interview*. Braga: Universidade do Minho.
- Searle, B. (1998). The client's perspective: adult attachment style, gender and the self reported experience of anxiety, anger and depression. *Dissertation Abstract*, 59, 3065.
- Soares, I., (2001). Vinculação e cuidados maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. En M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.75-104). Coimbra: Quarteto Editora.

- Soares, I. & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3, 373-384.
- Soares, I., Marques, M., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I., & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. En M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 355-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Taylor, A., Adams, D., Doré, C., Kumar, R., & Glover, V. (2001). Mother-baby bonding: correlations with early mood and methods of delivery. *Journal of Affective Disorders*, 10, 15-27.
- Unger, D. & Cooley, M. (1992). Partner and grandmother contact in black and white teen parent families. *Journal of Adolescent Health*, 13, 546-552.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- Waldron, B. (1995). Pathological attachment patterns in adults: their relationship to perception of social support. *Dissertation Abstract*, 56, 113.