

Vinculação e sintomatologia psicopatológica na idade adulta: Estudo com uma amostra não clínica

Diana Rita Nadais Ribeiro de Morais

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Prof. Doutora Ana Conde

Abril, 2015



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Universidade Portucalense Infante D. Henrique e a todos os docentes que acompanharam o meu percurso académico, contribuindo para o meu sucesso enquanto estudante. Em particular, atribuo um agradecimento especial à Prof. Doutora Ana Conde pela sua orientação e à Prof. Doutora Magda Rocha que também me deu um apoio fundamental na concretização deste projeto.

Um enorme Obrigada aos meus pais por me terem apoiado e sustentado de forma que eu pudesse concretizar o meu desejo de ingressar no ensino superior e de dar mais um passo no sentido da autorrealização. Especialmente à minha mãe devo um agradecimento profundo pela sua paciência e disponibilidade ao longo destes anos.

Ao meu namorado, Emanuel Sousa, agradeço também a infinita paciência, o apoio incondicional e o constante incentivo, que sempre me transmitiu através do seu amor e carinho. Obrigada mesmo por tudo, bé!

À minha querida Luciana Martins, pelas horas em que partilhámos as nossas frustrações e nos apoiámos mutuamente durante a redação das nossas dissertações. À minha Raquel Silva, a best com quem partilhei longos minutos ricos em frustração e diversão sempre à volta do mesmo assunto! À minha irmã do coração Magda Reis, que tem o dom de me desbloquear o cérebro e cujo apoio incondicional também me é muito importante. À minha mana Cláudia Moura, por ter aturado as minhas crises de frustração e pelo seu constante incentivo. À minha estimada Joana Afonseca que partilhou, embora à distância, de todos os meus sentimentos e emoções associados a este projeto. A todos os meus queridos e verdadeiros amigos que sempre se preocuparam comigo, um obrigado sincero por fazerem parte da minha vida!

Agradeço-vos a todos pela vossa contribuição na minha vida, pelas lições que me ensinaram, pelo tempo que passámos juntos e pelas emoções que me suscitaram (tenham sido elas positivas ou não), influenciando o meu crescimento enquanto pessoa.

Resumo

A Vinculação tem sido alvo de diversas investigações no sentido de avaliar a sua potencial influência na saúde/perturbação mental.

Baseado no modelo bidimensional de Bartholomew e Horowitz (1991), o presente estudo procura (1) analisar diferenças entre os diversos estilos de vinculação em termos da sintomatologia psicopatológica, (2) avaliar o efeito preditor das dimensões de vinculação na sintomatologia psicopatológica e (3) averiguar diferenças de sexo e idade ao nível das dimensões de vinculação e sintomatologia psicopatológica.

O estudo implicou uma amostra de 116 sujeitos, avaliada através de um questionário sócio-demográfico, do *Brief Symptom Inventory* (BSI) e da Escala de Vinculação no Adulto (EVA).

Os resultados demonstram (1) diferenças significativas entre os diferentes estilos de vinculação ao nível das dimensões de sintomatologia psicopatológica, com exceção da Ansiedade Fóbica; (2) um efeito preditivo das dimensões de vinculação (particularmente da Ansiedade e do Conforto com a Proximidade) ao nível da generalidade das dimensões de sintomatologia psicopatológica, à exceção da Ansiedade Fóbica; e (3) diferenças marginalmente significativas de género ao nível das dimensões de vinculação (os adultos exibem maior Confiança nos outros e Conforto com a Proximidade do que os adultos emergentes) e de idade ao nível da sintomatologia ansiosa (com as mulheres a exibirem maiores níveis que os homens).

A consideração da vinculação na abordagem da psicopatologia assume-se como essencial, permitindo a compreensão da natureza da sintomatologia psicopatológica evidenciada.

Palavras-chave: vinculação no adulto, representações de vinculação, psicopatologia

Abstract

Attachment has been the subject of several investigations to assess its potential influence on mental health/disorder.

Based on the two-dimensional model of Bartholomew and Horowitz (1991), this study seeks to (1) analyse differences between the attachment styles in terms of psychopathological symptoms, (2) assess the predictive effect of attachment dimensions in psychopathological symptoms and (3) to evaluate differences of gender and age in attachment dimensions and psychopathological symptoms.

The study involved a sample of 116 adult evaluated through a socio-demographic questionnaire, the Brief Symptom Inventory (BSI) and *Escala de Vinculação no Adulto* (EVA).

The results demonstrate (1) significant differences between the different attachment styles at the level of dimensions of psychopathological symptoms, except for Phobic Anxiety; (2) a predictive effect of attachment dimensions (particularly Anxiety and Comfort with the Proximity) at the level of the general dimensions of psychopathological symptoms, except for Phobic Anxiety; and (3) marginally significant gender differences at the level of attachment dimensions (Adults exhibit greater Trust in Others and Comfort with the Proximity comparing to Emerging Adults) and marginally significant age differences at the level of anxiety symptoms (Women exhibit higher levels than Men).

Consideration of the attachment into psychopathology approach is assumed as essential, allowing the understanding of the nature of evidenced psychopathological symptoms.

Keywords: adult attachment, attachment representations, psychopathology

Índice

Agradecimentos	2
Resumo	3
Abstract	4
Lista de Abreviaturas	6
Índice de Quadros	7
Índice de Figuras	8
Introdução	9
Parte I. Enquadramento Conceptual	11
Teoria da Vinculação	12
Modelos Internos Dinâmicos	14
Vinculação no Adulto	16
Normalidade e Patologia	21
Vinculação e Patologia	21
Objetivos e Hipóteses da Presente Investigação	25
Parte II. Estudo Empírico	27
Método	28
Amostra	28
Instrumentos	31
Procedimentos	33
Análise Estatística	34
Parte III. Apresentação e Discussão dos Resultados	37
Resultados	38
Discussão dos Resultados	45
Conclusão	58
Referências Bibliográficas	62
Anexos	79

Lista de Abreviaturas

MID – Modelos Internos Dinâmicos
SOE – Sem Outra Especificação
PP – Perturbação de Personalidade
WHO – World Health Organization
AAI-R - Adult Attachment Interview Revised
EVA – Escala de Vinculação no Adulto
BSI – Brief Symptom Inventory
S – Somatização
O-C – Obsessão-compulsão
SI – Sensibilidade interpessoal
D – Depressão
A – Ansiedade
H – Hostilidade
AF – Ansiedade fóbica
IP – Ideação paranoide
P – Psicoticismo
IGS – Índice Geral de Sintomas
ISP – Índice de Sintomas Positivos
TSP – Total de Sintomas Positivos
VD – Variável dependente
MANOVA – Análise de variância multivariada
VI – Variável independente

Índice de Quadros

Quadro 1	Modelos Teóricos de Vinculação no Adulto	20
Quadro 2	Características Descritivas das Variáveis Sociodemográficas	28
Quadro 3	Acompanhamento Psicológico e Psiquiátrico dos Participantes	29
Quadro 4	Motivos Inerentes aos Acompanhamentos Clínicos	30
Quadro 5	Medidas Descritivas Resultantes da Construção de <i>Clusters</i>	35
Quadro 6	Diferenças entre os Protótipos de Vinculação ao nível das Diferentes Dimensões do <i>BSI</i>	38
Quadro 7	Efeito Preditor das Dimensões de Vinculação nas Dimensões do <i>BSI</i> ..	41
Quadro 8	Diferenças do Sexo e Idade ao nível das Dimensões de Vinculação ...	43
Quadro 9	Diferenças entre Sexo e Idade ao nível das Dimensões do <i>BSI</i>	44

Índice de Figuras

Figura 1	Modelo de Vinculação Adulta (adaptado de Batholomew e Horowitz, 1991)	18
-----------------	---	----

Introdução

A psicopatologia é um ramo da Psicologia que delimita um conjunto de sinais e sintomas associados a fenômenos anormais, que estão na base das perturbações mentais (Dalgarrondo, 2008). O seu estudo assume-se como um importante recurso no desenvolvimento de novas técnicas de intervenção mais especializadas e adequadas às problemáticas em questão, possibilitando melhorias significativas na qualidade de vida dos pacientes (Matos, Matos, & Matos, 2005).

O sucesso das intervenções depende, em parte, da compreensão das diversas dimensões que constituem o sujeito, influenciadas por fatores genéticos, biológicos, psicológicos e sociais (Polanczyk, 2009). Particularmente no que respeita à psicopatologia, a avaliação da trajetória desenvolvimental do sujeito permite a enumeração dos fatores de risco e de proteção que medeiam a influência dos contextos envolventes (Silva, 2003). Neste sentido, a qualidade das relações precoces e das relações estabelecidas ao longo do ciclo vital tendem a ser relevantes para a compreensão do (des)equilíbrio psicológico do indivíduo (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005).

A literatura tem acumulado evidências que apontam a vinculação insegura como um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia (Hong & Park, 2012; Mikulincer & Shaver, 2012; Peluso, Peluso, White, & Kern, 2004; Uytun, Oztop, & Esel, 2013). Alguns estudos revelam que fatores como a confiança, proximidade/intimidade e ansiedade influenciam o estabelecimento/manutenção da relação de vinculação (Canavarro, Dias, & Lima, 2006; Collins & Read, 1990); e que tal influência poderá depender do sexo e da idade do indivíduo (Acierno et al., 2002; Allgood-Merten, Lewinsohn, & Hops, 1990; Barbosa, 2008; Bebbington, 1998; Cordeiro, 2012; Erskine, Kvavilashvili, Conway, & Myers, 2007; Fortunato, 2009; Kafetzios & Sideridis, 2006; Kerr, Preuss, & King, 2006; Klohnen & Bera, 1996; Ohannessian, Lerner, Lerner, & von Eye, 1999; Ohannessian, Lerner, von Eye, & Lerner, 1996; Rabasquinho & Pereira, 2007; Rocha, 2008; Twenge, 2000). A presente investigação desenvolveu-se no sentido da consecução de três grandes objetivos: (1) analisar as diferenças entre os diferentes estilos de vinculação ao nível da sintomatologia psicopatológica – Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo, (2) avaliar o efeito preditor das diferentes dimensões de vinculação –

Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros – na sintomatologia psicopatológica e (3) averiguar possíveis diferenças de sexo e idade em termos das diferentes dimensões de vinculação e das diferentes dimensões de sintomatologia psicopatológica.

Após uma estruturação resumida da literatura focalizada em diferentes estudos efetuados neste âmbito e dos objetivos e hipóteses do presente estudo, no capítulo seguinte apresentam-se os detalhes metodológicos que permitiram o desenrolar da investigação: descrição da amostra, identificação dos instrumentos utilizados, exposição dos procedimentos aplicados e enumeração dos tratamentos estatísticos efetuados.

O capítulo que se segue abarca a apresentação dos resultados, seguida da sua discussão. A conclusão final realça os tópicos mais relevantes do estudo, mencionando também as respetivas limitações e sugestões para futuras investigações.

Parte I. Enquadramento Conceptual

Teoria da Vinculação

Os profissionais de Psicologia pretendem assegurar o bem-estar e promover a qualidade de vida nas pessoas que recorrem aos seus serviços. Como tal, os investigadores têm vindo a desenvolver estudos no sentido de aprimorar os processos de avaliação e intervenção de forma a possibilitar o sucesso da psicoterapia. Inerente a estes processos, torna-se essencial a compreensão do ser humano na sua dimensão biopsicossociocultural (Costa & Brandão, 2005), desde o seu nascimento até à última fase do ciclo vital.

O desenvolvimento humano inicia-se e desenrola-se progressivamente no seio familiar, o qual tem vindo a ser alvo de diversos estudos (Baptista & Teodoro, 2012; Tegethof, 2007). Estes incidem essencialmente na compreensão da importância da família para o desenvolvimento do indivíduo, visto que é este o principal núcleo que providencia as condições necessárias à sobrevivência do bebé – cujos recursos próprios não são suficientes para garantir a sua subsistência (Böing & Crepaldi, 2004; Silva, 2002) – e onde se desenrolam as experiências com mais impacto no desenvolvimento psicossocial (Maia & Williams, 2005).

Partindo da teoria psicanalítica explicativa do laço libinal entre mãe-bebé, Bowlby (1958) embrenhou-se na conceptualização de uma nova teoria, procurando compreender o processo inerente ao estabelecimento de laços afetivos e quais as consequências que podem emergir da disrupção da vinculação estabelecida, realçando a “importância das experiências precoces de separação, privação e perda no desenvolvimento psicossocial da criança” (Vieira, 2008, p. 5). Ao longo da sua investigação, Bowlby foi estabelecendo novas linhas de pensamento, defendendo que a perturbação psicológica não se deve à insatisfação das necessidades fisiológicas (e.g., alimentares), mas que se encontra intimamente com a privação dos cuidados maternos (e.g., conforto, segurança) (Soares, 2007). Neste sentido, o estabelecimento de vínculos com uma figura primordial – que usualmente é a mãe biológica – assume-se como uma necessidade básica de sobrevivência – à semelhança das necessidades fisiológicas – e essencial para o desenvolvimento psicossocial. Como o instinto de sobrevivência é inato a todos os seres vivos, o bebé pratica, desde o seu nascimento, um repertório de comportamentos que o autor denomina de sistema comportamental de vinculação, definindo-o como “any form of behaviour that results in a person attaining or maintaining proximity to some other clearly identified individual who is conceived as better able to cope with the world” (Bowlby, 1988, p. 29); o objetivo inerente passa pela

procura de proteção, conforto e de segurança por parte do bebê (Ainsworth & Bowlby, 1991). Estes comportamentos podem ser ativados por fatores inerentes à própria criança, ao meio envolvente e à figura de vinculação que desencadeiam uma percepção subjetiva de insegurança e ansiedade na criança (Vieira, 2008).

Ainsworth (1969), dedicando-se ao estudo das interações entre mãe-bebê, conceptualizou diferentes padrões comportamentais baseados na resposta do bebê face aos níveis de acessibilidade e responsividade por parte da figura de vinculação, que definem a qualidade da relação afetiva. A partir do procedimento laboratorial denominado “Situação Estranha” (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), definiram-se três tipos de reação comportamental distintos, denominados de padrões de vinculação, seguidamente descritos.

O padrão de vinculação seguro designa um conjunto de comportamentos que indicam que o bebê se sente seguro e capaz de explorar ativamente o meio que o envolve, retornando para junto da figura de vinculação em busca de proteção e conforto quando confrontado com uma situação potencialmente ameaçadora. Esta mesma figura de vinculação demonstra-se disponível e capaz de satisfazer as necessidades emergentes do bebê, diminuindo-lhe a ansiedade e proporcionando-lhe as condições necessárias para que o bebê retorne ao seu processo de exploração (Ainsworth et al., 1978). “Estas crianças confiam na sensibilidade dos comportamentos da figura de vinculação, tornando-se conseqüentemente mais confiantes e seguras nas suas interações com o mundo” (Vieira, 2008, p. 10).

O padrão de vinculação inseguro-ambivalente constitui um padrão segundo o qual o bebê se demonstra inseguro em relação a si e à sua figura de vinculação, adotando comportamentos ambíguos que oscilam entre a procura de proximidade e respetivo evitamento quando confrontado com situações desencadeadoras de ansiedade. Este contacto instável leva-o a manter-se hipervigilante relativamente à presença da figura de vinculação; conseqüentemente, o bebê não desenvolve a sua capacidade de exploração do meio envolvente, ocorrendo um decréscimo de confiança relativamente a si próprio e aos outros (Ainsworth et al., 1978).

Por fim, o padrão de vinculação inseguro-evitante caracteriza-se pelas respostas de evitamento do bebê relativamente ao contacto com e à procura da figura de vinculação, pois esta demonstra-se insensível às necessidades do mesmo, rejeitando-o frequentemente. Como tal, o bebê passa a maior parte do tempo a explorar o meio, ignorando ativamente a figura de vinculação mesmo quando confrontado com situações

ameaçadoras; neste sentido, o bebê desenvolve maior confiança nas suas próprias capacidades, em detrimento da confiança na responsividade de outrem (idem).

Numa análise distinta a este procedimento laboratorial, os trabalhos de Main e Solomon (1986, 1990) e de Hesse e Main (2000), descreveram um quarto estilo de vinculação que não encaixa em nenhuma das conceptualizações feitas por Ainsworth et al. (1978). Designado de padrão de vinculação desorganizado/desorientado, este caracteriza-se por um conjunto de “comportamentos bizarros, contraditórios e desorganizados, movimentos despropositados, estereotipados, posturas anómalas e sinais de medo e insegurança intensa em relação à figura de vinculação” (Vieira, 2008, p. 11), traduzindo-se numa reduzida capacidade por parte do bebê para lidar com a separação da figura de vinculação. Delimita uma vivência traumática baseada em maus-tratos no seio familiar, no qual a figura de vinculação se assume como agressora ou vítima, modelando o seu comportamento em conformidade com o papel que desempenha; assume, portanto, um papel ambivalente em que ora fornece cuidados e afeto à criança, ora tende a puni-la pelos seus atos. Assim, os laços estabelecidos entre a figura de vinculação e o bebê são mais ténues devido à ausência de proximidade afetiva. Consequentemente, o bebê apresenta um comportamento desorganizado/desorientado perante situações de elevada ansiedade, pois não identifica uma base segura à qual recorrer em busca de proteção, embora reconheça a presença da figura de vinculação primordial (Main & Solomon, 1986, 1990; Hesse & Main, 2000).

Modelos Internos Dinâmicos

Desde a infância até à idade adulta, o ser humano passa por um grande processo desenvolvimental que abarca os seus domínios físico e cognitivo: progressivamente, o bebê vai desenvolvendo a sua capacidade de locomoção, aumentando gradualmente a sua autonomia e o acesso a diferentes estímulos; progressivamente, a interação contínua com o meio é a base essencial para o desenvolvimento afetivo e também das capacidades cognitivas do bebê em crescimento (Bowlby, 1958; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Piaget, 1964).

Segundo Piaget (1964), o desenvolvimento cognitivo é um processo (inter)ativo que assenta em períodos de (re)organização e integração da informação sensorial captada, contribuindo assim para a construção do conhecimento e para a adaptação do indivíduo ao meio envolvente. Tendo definido diferentes estádios desenvolvimentais, o

autor demonstra, entre outros parâmetros, a importância da percepção enquanto moderadora da construção das representações mentais e pensamento intuitivo.

No que se reporta, em particular, às relações de vinculação, a criança – cuja comunicação se torna mais egocêntrica (Piaget, 1929) – procura monopolizar a relação no sentido da satisfação das suas necessidades. Toda a comunicação responsiva – verbal e/ou não verbal – é assimilada pela criança que vai interiorizando e criando associações que servem de base a interações futuras. A estimulação das diferentes estruturas mentais responsáveis pela atenção, interpretação da informação, memória e estados emocionais é fundamental para a construção de crenças e expectativas mediadoras do comportamento: a partir desta base, formam-se os Modelos Internos Dinâmicos (MID) definidos por Bowlby (1973). Sendo um esquema cognitivo-afetivo-motivacional construído a partir das experiências da criança (Berman & Sperling, 1994), os MID têm como principal objetivo a regulação da relação de vinculação (Colin, 1996), determinando as respostas comportamentais de uma forma coerente e consistente ao longo do tempo (Berman & Sperling, 1994; Glick, 1975). Inseridas na memória a longo prazo, estes modelos operam automática e inconscientemente (Collins, Guichard, Ford & Feeney, 2004) ao longo do tempo e ao longo das várias relações estabelecidas (Berman & Sperling, 1994), influenciando a subsequente experiência do mundo (Marrone, 1998). O termo “dinâmico” reflete o caráter mutável do conceito, embora seja consistente e estável (Bowlby, 1973). Futuras experiências poderão, assim, alterar os esquemas previamente definidos (Marrone, 1998) e originar novos modelos (Bowlby, 1973). Esta organização da experiência passada permite a compreensão de novas experiências relacionais e serve como guia de base para as interações sociais (Collins et al., 2004). Mantendo-se ao longo do tempo, os MID acarretam uma importante função: a percepção e expectativas acerca do comportamento responsivo de figura de referência e a autopercepção do quão merecedor ou não de cuidados, no seu conjunto, permitem definir o padrão de vinculação vigente (Bowlby, 1973).

Quando uma criança experimenta repetidas interações emocionalmente instáveis e geradoras de frustração, o seu sistema de vinculação torna-se deficitário, formulando-se, assim, como um fator de risco que é percebido, integrado e consolidado como qualquer outra experiência de vida (Mikulincer & Shaver, 2007). Dada a importância dos MID na consolidação das experiências vivenciadas e na consequente regulação psicossocial ao longo da vida, pode afirmar-se que “the patterns of a person’s first

attachment probably do affect the risk of developing psychopathology [...]” (Colin, 1996, p. 24) em qualquer uma das fases desenvolvimentais do indivíduo.

Vinculação no Adulto

Visto que as relações de vinculação se associam intimamente aos MID, tendem a ser estáveis e consistentes ao longo do desenvolvimento psicossocial do indivíduo, formulando-se a hipótese de que os comportamentos de vinculação não se extinguem em nenhuma fase da vida e que continuam a exercer a sua influência no indivíduo ao longo do ciclo vital (Bowlby, 1973).

Dado que a vinculação não é estabelecida exclusivamente com uma única figura de referência, o indivíduo vai estabelecendo novas relações de vinculação significativas. Alguns estudos têm-se focado na (des)continuidade do padrão comportamental de vinculação ao longo da vida (Matos, 2002; van Ryzin, Carlson, & Sroufe, 2011; Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000; Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000), visto que “o padrão [...] estabelecido na infância não se caracteriza por ser [...] inalterável” (Oliveira, 2012, p. 43), embora tenda a manter-se estável durante grande parte da vida (Ammaniti, van IJzendoorn, Speranza, e Tambelli, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, e Albersheim, 2000); outros estudos demonstram que o par romântico será o substituto da figura de vinculação primordial, passando a ser o alvo a quem são dirigidos os comportamentos de vinculação (e.g., Hazan e Shaver, 1987); e existem ainda outras investigações no sentido de explorar as relações estabelecidas com os progenitores ao longo da infância e respetiva influência no estabelecimento de novas relações na idade adulta (e.g., van IJzendoorn, 1995).

A teoria da vinculação tem vindo a desempenhar um papel fundamental na compreensão do desenvolvimento de perturbações clínicas e da personalidade. Apesar de não existir uma relação simples e linear entre a qualidade da relação primordial de vinculação e o desenrolar de trajetórias (des)adaptativas, a primeira assume um papel ativo na predição dos percursos desenvolvimentais. No sentido de melhor compreender esta relação, foram emergindo diferentes perspetivas sobre a forma de categorização dos diferentes padrões relacionais de vinculação na idade adulta, que convergem na ideia da possibilidade de transmissão intergeracional do modelo de vinculação.

Com base nas conclusões de Ainsworth acerca das relações de vinculação estabelecidas na infância, os estudos de Hazan e Shaver (1987) culminaram na hipótese de que os três estilos de vinculação existentes na infância se mantêm na idade adulta,

ressalvando que, em adultos, os indivíduos substituem a relação de vinculação primordial com o progenitor por uma relação de vinculação com o parceiro amoroso. Esta mesma relação irá refletir as vivências da infância, na medida em que uma criança que experienciou uma relação vinculativa segura, irá tornar-se potencialmente um adulto capaz de estabelecer relações de vinculação seguras com o seu par amoroso, caracterizando-se pela confiança estabelecida reciprocamente, amizade e experiências emocionais positivas (Hazan & Shaver, 1987); uma criança que vivenciou insegurança na relação de vinculação primordial, irá tornar-se potencialmente um adulto igualmente inseguro no estabelecimento de relações amorosas. Esta insegurança pode traduzir-se num estilo (1) evitante, em que a relação é marcada pelo “medo da proximidade e falta de segurança” (idem), e (2) ansiosa/ambivalente, que leva o indivíduo a experienciar o amor como uma constante luta, preocupante e dolorosamente excitante, com o parceiro amoroso (Hazan & Shaver, 1987).

Main e Solomon (1986, 1990), por sua vez, definiram os padrões relacionais de vinculação, apresentando quatro categorias:

Seguro/autônomo: o indivíduo percebe as suas experiências precoces como seguras e úteis para o estabelecimento de uma boa base de apoio e confiança. Tal reflete-se nas relações posteriores na medida em que as estabelece com igual confiança e segurança. Adultos com este padrão de vinculação tendem a refletir e a aceitar/respeitar diferentes perspetivas sem julgar os outros, possuem uma melhor capacidade de adaptação e de resiliência, têm uma perspetiva positiva e realista acerca de si próprios, e tendem a manter níveis positivos de autorregulação (Main & Solomon, 1986, 1990).

Preocupado: o indivíduo percebe as suas experiências precoces como confusas e imprevisíveis. Adultos inseridos neste padrão de vinculação procuram constantemente a aprovação dos outros – particularmente nas suas relações íntimas –, pois vêem-se como não merecedores de afeto, embora tenham medo da rejeição e do abandono. Por este motivo, tendem a ser hipervigilantes, possuem uma baixa capacidade de controlo emocional – reagindo de forma impulsiva – e facilmente distorcem a realidade (idem).

Desligado: o indivíduo percebe as experiências precoces como tendo sido baseadas em rejeição e/ou negligência. Adultos com este padrão de vinculação não gostam de se sentir dependentes dos outros, mesmo a nível afetivo. Procuram a distância emocional, possuem uma elevada percepção acerca de si próprios e

sobrevalorizam atividades autônomas e independentes em que demonstram a sua capacidade de autossuficiência (idem).

Não-resolvido/Desorganizado: o indivíduo descreve um historial familiar confuso e incoerente; as experiências precoces baseiam-se essencialmente em traumas e/ou perdas não resolvidas – e.g., divórcio parental, morte de alguém próximo. Adultos que se inserem neste padrão percebem as relações interpessoais como perigosas ou como passíveis de perda, visto terem tendência para lembrar frequentemente o seu passado, ou para associar as experiências presentes às passadas, levando-os a adotar estratégias de autoproteção (idem).

Bartholomew e Horowitz (1991) propuseram um modelo categorial quadripartido, baseado nas representações internas sobre o *self* e os outros (Figura 1). Os modelos internos do *self* podem ser positivos – o *self* como merecedor de afeto, confiança e apoio – ou negativos – o *self* como não merecedor de afeto, confiança e apoio; da mesma forma, os modelos internos dos outros podem ser positivos – os outros são de confiança e fornecem apoio e afeto – ou negativos – os outros rejeitam e estão indisponíveis para fornecer apoio e afeto.

		Modelo do Self	
		Positivo	Negativo
Modelo do Outro	Positivo	Seguro	Preocupado
	Negativo	Desinvestido	Amedrontado

Figura 1. Modelo de Vinculação Adulta (adaptado de Batholomew e Horowitz, 1991)

Ao cruzar as diferentes características dos modelos entre si, originam-se quatro diferentes protótipos de vinculação no adulto, seguidamente descritos.

Seguro: os indivíduos possuem representações positivas de si, apresentando bons níveis de coerência e autoconfiança, aplicando estratégias de *coping* adequadas quando necessário, expressam-se emocionalmente de uma forma controlada e adequada

ao contexto/situação, constroem relações íntimas com base na confiança e reciprocidade, e não dependem dos outros, mantendo a sua autonomia (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Desinvestido: os indivíduos possuem uma boa autoconfiança, mas desvalorizam os relacionamentos interpessoais. Como tal, demonstram ser emocionalmente distantes e contidos, além de serem excessivamente racionais. Perante os problemas tendem a adotar estratégias defensivas e/ou de evitamento, desvalorizando e/ou suprimindo quaisquer sentimentos associados. Os seus relacionamentos íntimos caracterizam-se pela baixa proximidade emocional e intimidade (idem).

Preocupado: os indivíduos tendem a sobrevalorizar os relacionamentos interpessoais e a tornarem-se dependentes, o que os leva a uma procura ativa e persistente de atenção, afeto, valorização e aceitação. A sua baixa autoestima e ausência de valorização pessoal leva a que estes indivíduos experienciem elevados níveis de ansiedade quando estão na iminência de uma perda. São altamente expressivos e tendem a apresentar discursos desprovidos de lógica (idem).

Amedrontado: os indivíduos evitam a intimidade por medo de rejeição, pois tendem a ser vulneráveis e inseguros. Agem autonomamente por não confiarem nos outros, embora possuam baixos níveis de autoconfiança. Quando conseguem estabelecer relações íntimas baseadas numa absoluta certeza de que não vão ser rejeitados, os indivíduos tornam-se dependentes (idem).

Embora os modelos teóricos convirjam no que respeita à diferenciação entre vinculação segura e insegura, a sua distinção é notória (Quadro 1).

Quadro 1

Modelos Teóricos de Vinculação no Adulto

Hazan e Shaver (1987)		Main e Solomon (1986, 1990)		Bartholomew e Horowitz (1991)
Seguro	≈	Seguro	≈	Seguro
Ansioso/ambivalente	≈	Preocupado	≈	Preocupado
Evitante	≈	Não-resolvido/desorganizado	≈	Amedrontado
		Desligado	≈	Desinvestido

O modelo de Hazan e Shaver (1987) foca-se exclusivamente na vinculação romântica, sendo que os estilos definidos representam a forma como o indivíduo se relaciona íntima e emocionalmente com o seu parceiro amoroso, refletindo o padrão de vinculação que estabeleceu na infância com a sua figura vinculativa de referência.

O modelo de Main e Solomon (1986, 1990) assenta no princípio de que as representações de vinculação no indivíduo adulto são o resultado da percepção atual das experiências e relacionamentos estabelecidos na infância. Ou seja, os estatutos definidos prendem-se diretamente com os padrões de vinculação na infância, influenciando o funcionamento atual e a forma como o indivíduo estabelece/mantém as relações interpessoais.

Ao contrário dos modelos referidos, que têm como base as conceções de Ainsworth et al. (1978), o modelo de Bartholomew e Horowitz (1991) baseia-se exclusivamente nas conclusões de Bowlby (1973) acerca dos MID: o comportamento social atual depende da atual percepção do indivíduo em relação a si próprio e aos outros, que tem vindo a ser construída ao longo dos anos de forma progressiva, coerente e dinâmica.

Os pontos em comum que caracterizam estes três modelos passam pelos níveis de confiança e proximidade/intimidade estabelecidos dentro da relação de vinculação. Consoante a sua intensidade, podem gerar-se relacionamentos mais ou menos dependentes, sendo que o ideal seja um ponto de equilíbrio. Mediante uma excessiva (in)satisfação na relação, o indivíduo pode experienciar emoções como tristeza ou medo

de ser abandonado, que se tornam a base de uma grande ansiedade, por vezes incontrolável.

Em resumo: quando a relação de vinculação que o indivíduo vivencia se encontra equilibrada no que respeita à confiança e proximidade/intimidade em relação ao outro, criam-se todas as condições para o estabelecimento de uma vinculação segura; ao passo que a vinculação insegura abarca um grande desequilíbrio aos níveis de confiança e proximidade/intimidade, podendo gerar-se níveis igualmente desequilibrados de ansiedade, com os quais o indivíduo nem sempre é capaz de lidar.

Normalidade e Patologia

A definição dos limites entre normalidade e patologia é um processo subjetivo que depende de uma perspetiva sociocultural, implicando uma reflexão dinâmica acerca da conduta humana e das regras de socialização. Todavia, o estado patológico não consiste na ausência total de normalidade (Canguilhem, 1991); encara-se a transição entre ambos como uma passagem por um *continuum* dinâmico (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004) influenciado pela experiência de vida e pela personalidade (Braconnier, 2007). Neste sentido, a normalidade “reserva-se a um estado de adequação funcional [...]” (Bergeret, 2000, p. 29), onde os comportamentos adotados são tipicamente adequados ao grupo cultural de referência (Millon et al., 2004), “[...] enquanto a patologia corresponderia a uma rutura de equilíbrio” (Bergeret, 2000, p. 29), em que os comportamentos adotados são desadequados, irrisórios ou alienados do grupo sociocultural de referência (Millon et al., 2004).

A interação entre os stressores psicossocioculturais e as características da personalidade leva à expressão de sintomas psicopatológicos. Neste sentido, a psicopatologia é encarada como o estudo das perturbações psicológicas (Braun, 2000) – nos seus domínios cognitivo, emocional, motivacional e comportamental (Salcovskis, 1996) –, que a comunidade científica define de uma forma categorial através de listas específicas de sintomas (American Psychiatric Association [APA], 2014) que refletem alterações do fenómeno normal (Canguilhem, 1991).

Vinculação e Patologia

Alguns autores utilizaram a Teoria da Vinculação, à luz de diferentes modelos, como a grelha conceptual de base para diversos quadros psicopatológicos (e.g., Carlson

e Sroufe, 1995; Dozier, 1990; Eng, Heimberg, Hart, Schneier, e Liebowitz, 2001; Fortuna e Roisman, 2008), tornando possível a compreensão da importância da vinculação no desenvolvimento psicossocial do indivíduo. As conclusões de vários estudos indicam que a vinculação insegura é um fator de risco precedente a trajetórias desenvolvimentais desadaptativas pois associam-se a um pobre desenvolvimento das capacidades de socialização e comunicação do indivíduo, ao passo que a vinculação segura se assume como um fator protetor, contribuindo para um desenvolvimento ajustado (Hong & Park, 2012; Peluso et al., 2004; Uytun et al., 2013).

A vinculação insegura assume um papel preditor no desenvolvimento de perturbações do eixo I (Carvalho, 2007; Cordeiro, 2012; Magalhães, 2012; Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997; Mikulincer & Shaver, 2012; Surcinelli, Rossi, Montebancci, & Baldaro, 2010; Ward, Lee, & Polan, 2006) – como sejam a depressão (Armour, Elklit, & Shevlin, 2011; Bifulco et al., 2006; Eberhart & Hammen, 2006; Li, Li, & Dai, 2008; Monteiro, 2009; Ponizovsky & Drannikov, 2013), ansiedade (Armour et al., 2011; Bifulco et al., 2006; Brumariu & Kerns, 2008; Doron et al., 2012; Picardi et al., 2013; Sousa, 2009), fobias (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Bandelow et al., 2002; Bifulco et al., 2006; de Ruiter & van IJzendoorn, 1992), perturbação de pânico (Brás, 2008), pós-*stress* traumático (Armour et al., 2011; Declercq & Willemsen, 2006; Franz et al., 2014), perturbações alimentares (Bamford & Halliwell, 2009; Dias, 2007; Ringer & Crittenden, 2007), dependência de substâncias psicoativas (Nunes, 2010; Paixão, 2009; Ramos, 2011) e psicoses (Bentall, Wickham, Shevlin, & Varese, 2012; Berry, Wearden, & Barrowclough, 2007; Sheinbaum, Bedoya, Ros-Morente, Kwapil, & Barrantes-Vidal, 2013) – e de perturbações de eixo II (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Brennan & Shaver, 1998; Hansen, Waage, Eid, Johnsen, & Hart, 2011; Lyddon & Sherry, 2001; Lyons-Ruth, 2008; Mickelson et al., 1997; Mikulincer & Shaver, 2012; Sherry, Lyddon, & Henson, 2007). Outros estudos sustentam também que a comorbilidade de patologias é associada a estilos de vinculação inseguros (de Rick, Vanheule, & Verhaeghe, 2009; Pini et al., 2014).

Existem estudos que demonstram que a vinculação só exerce influência no desenvolvimento individual quando existe uma ou várias influências diretas de outros fatores. Por exemplo, Riggs e Han (2009) demonstram que a vinculação se torna preditora da depressão quando associada a crenças irracionais, baixa autoestima e ansiedade crónica; Cantazaro e Wei (2010), também relativamente à depressão, demonstram que as variáveis “dependência” e “autocrítica”, quando ambas estão

presentes num panorama de vinculação insegura, intensificam a sintomatologia depressiva; o desenvolvimento da perturbação de pânico com agorafobia é fortemente predita a partir da associação entre a vinculação ansiosa e a ansiedade de separação (Manicavasagar, Silove, Marnane, & Wagner, 2009); os traumas não resolvidos, aliados a uma vinculação insegura, providenciam condições para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Barone & Guidicci, 2009); a conjugação entre o trauma associado ao abuso físico e a vinculação insegura sustenta a comorbilidade entre perturbação de personalidade borderline (PP borderline) e perturbação somatoforme (van Dijke et al., 2011); o trauma e perdas não resolvidas podem também associar-se ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e a um historial de abuso de substâncias psicoativas, respetivamente (Borelli, Goshin, Joestl, Clark, & Byrne, 2010); a vinculação ansiosa “aparece como variável mediadora entre a sobreproteção maternal, acontecimentos de vida stressantes e esquizotipia” (Raínho, 2012, p. 42).

Predisposições genéticas e questões hormonais e neurológicas, em conjunto com a influência cultural e com as regras de socialização, delimitam as diferenças de género nos seres humanos (Biddulph, 2006; Burghardt, 2004; Luxen, 2007). Como tal, a Psicologia abarca vários estudos que têm incidido nesta mesma diferenciação (e.g., Costa, Terracciano, e McCrae, 2001; Geary, 2009). Dado que o desenvolvimento humano possui um carácter dinâmico ao longo do tempo, realça-se também a importância da idade cronológica e as diferenças entre gerações (e.g., Kite, Stockdale, Whitley, e Johnson, 2005).

No âmbito da Vinculação e Psicopatologia, alguns estudos têm apontado para diferenças específicas. No que respeita às diferenças de género, o estudo Rabasquinho e Pereira (2007) conclui que as mulheres desenvolvem mais facilmente perturbações de humor [e.g., Perturbação Depressiva Major, Perturbação Bipolar, Distímia, Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (SOE), Perturbação de Humor SOE], Perturbações de Ansiedade (e.g., Perturbação de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia, Perturbação Obsessiva-Compulsiva, Perturbação de Ansiedade SOE), Perturbações de Adaptação, Perturbações de Personalidade (e.g., PP Borderline, PP Dependente), Perturbação Somatoforme, Perturbações de Vinculação, Perturbações de Aprendizagem, entre outras, além de existir uma maior percentagem de mulheres a tentarem o suicídio; em contrapartida, os homens tendem a desenvolver mais problemas de alcoolismo e comportamentos antissociais, reportando também maiores

níveis de ideação suicida. Consistente com alguns destes resultados, (1) Bebbington (1998) demonstra que são as mulheres que tendem a desenvolver uma Perturbação Obsessiva-Compulsiva com maior probabilidade quando comparadas aos homens; e (2) o estudo de Kerr et al. (2006) reporta que o sexo feminino tende a desenvolver maiores níveis de sintomatologia depressiva e que o sexo masculino tende a ingressar mais facilmente no abuso de substâncias e de álcool. Nos primeiros anos da adolescência, os estudos de Ohannessian et al. (1999) e Ohannessian et al. (1996) concluíram que as raparigas adolescentes apresentam níveis mais baixos de autoestima, autovalorização, atração física percebida e competência atlética em relação aos rapazes adolescentes, reportando maiores níveis de depressão e ansiedade. Todavia, a diferenciação de géneros torna-se menos divergente numa fase média da adolescência (Allgood-Merten et al., 1990). Ao comparar diferentes gerações, Acierno et al. (2002) concluiu que, em consequência de violência física e sexual, as mulheres jovens tendem a desenvolver sintomas/perturbações psicopatológicas mais facilmente em relação às mulheres mais velhas. Twenge (2000) concluiu que as gerações mais velhas tendem a exibir menores níveis de ansiedade que as gerações mais jovens, consistente com a investigação de Erskine et al. (2007) que reporta, de uma forma mais generalizada, que os jovens adultos desenvolvem mais sintomatologia psicopatológica do que os adultos mais velhos; embora Rabasquinho e Pereira (2007) afirmem o oposto.

Quanto às relações de vinculação estabelecidas, os rapazes adolescentes se enquadram-se mais no protótipo Desinvestido (Cordeiro, 2012; Rocha, 2008) e as raparigas adolescentes desenvolvem níveis mais elevados de ansiedade (Rocha, 2008). Klohnen e Bera (1996) e Mickelson et al. (1997) reforçam a questão da ansiedade ser mais comum nos jovens, afirmando que esta se vai convertendo gradual e progressivamente em segurança ou evitamento: mulheres mais velhas – concretamente a partir dos 45 anos – experienciam mais significativamente uma vinculação Segura, ao passo que os homens – com idades compreendidas entre os 22 e os 42 anos – tendem a experienciar mais significativamente uma vinculação Evitante. Estes resultados são concordantes com os resultados da investigação de Fortunato (2009), que associa vinculação Segura a indivíduos mais jovens e vinculação Evitante a indivíduos mais velhos. De uma forma mais generalizada, Barbosa (2008) afirma que os indivíduos mais velhos se enquadram num protótipo Seguro, contradizendo os resultados do estudo de Kafetzios e Sideridis (2006) que concluem que os adultos tendem a enquadrar-se num protótipo Evitante.

Objetivos e Hipóteses da Presente Investigação

Uma cuidada revisão de literatura revelou a existência de modelos de vinculação no adulto distintos, a partir dos quais emergem diferentes estudos. Ainda assim, independentemente do modelo de base utilizado, a tendência é para se afirmar que a vinculação insegura é um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia (Hong & Park, 2012; Mikulincer & Shaver, 2012; Peluso et al., 2004; Uytun et al., 2013). Partindo desta premissa, o primeiro grande objetivo deste estudo passa pela análise das diferenças entre os diferentes estilos de vinculação ao nível da sintomatologia psicopatológica – Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo.

Dada a importância de fatores como a confiança, proximidade/intimidade e ansiedade no estabelecimento/manutenção da relação de vinculação (Canavarro, Dias, & Lima, 2006; Collins & Read, 1990), a seleção dos instrumentos e consequente construção das hipóteses seguiu uma orientação muito específica. Formula-se então o segundo grande objetivo deste estudo: avaliar o efeito preditor das diferentes dimensões de vinculação – Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros – na sintomatologia psicopatológica – Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo.

Em conjunto com as conclusões de diversos estudos que relacionam tanto a vinculação como a psicopatologia com variáveis sociodemográficas, nomeadamente afirmando que (1) as mulheres tendem a desenvolver sintomatologia psicopatológica com mais facilidade, em comparação com os homens (Bebbington, 1998; Kerr et al., 2014; Ohanessian et al., 1999; Ohanessian et al., 1996; Rabasquinho & Pereira, 2007; Rocha, 2008), e que (2) os adultos são mais seguros que as gerações mais jovens (Acierno et al., 2002; Barbosa, 2008; Klohnen & Bera, 1996; Mickelson et al., 1997; Twenge, 2000), formula-se o terceiro grande objetivo deste estudo: averiguar possíveis diferenças de sexo e idade entre as diferentes dimensões de vinculação e dimensões de sintomatologia psicopatológica.

A revisão da literatura neste âmbito da vinculação e psicopatologia permitiu constatar que muitos dos estudos optam por abordar ambos os conceitos como variáveis categoriais; outros relacionam os diferentes padrões/estilos/protótipos de vinculação com dimensões psicopatológicas; e poucos são aqueles que diferenciam os

padrões/estilos/protótipos de vinculação quando relacionados com a psicopatologia. A maioria dos estudos é aplicada a uma amostra clínica com o intuito de comprovar a premissa de que a vinculação insegura é um fator de risco e que prediz o desenvolvimento de psicopatologia.

Perante um panorama essencialmente categorial e aplicado a um âmbito clínico, o presente estudo aplica-se a uma população não clínica e aborda os conceitos de vinculação e psicopatologia a partir de uma perspectiva essencialmente dimensional, embora a vinculação seja estudada a ambos os níveis categorial e dimensional – permitindo aprofundar os conhecimentos científicos, envolvendo estas duas variáveis.

Parte II. Estudio Empírico

Método

Amostra

O presente estudo envolve um total de 116 sujeitos (87 dos quais do sexo feminino e 29 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos ($M = 29.52$; $DP = 9.62$).

Na sua maioria, os participantes são adultos, solteiros, as suas habilitações literárias equivalem ao grau de bacharelato/licenciatura e encontram-se empregados (Quadro 2).

Quadro 2

Características Sociodemográficas dos Participantes

		Percentagem (%)
Idade	Adulto Emergente (18-24 anos)	32.8
	Adulto (25-54 anos)	67.2
Estado Civil	Solteiro(a)	72.4
	Casado(a)	19
	Divorciado(a)	4.3
	União de Facto	4.3
Habilitações Literárias	4º e 9º Ano	6
	12º Ano	26.7
	Bacharelato/Licenciatura	45.7
	Mestrado e Doutoramento	18.1
Estado Profissional	Outros	3.4
	Empregado(a)	44
	Desempregado(a)	18.1
	Estudante	30.2
	Trabalhador(a)/Estudante	7.8

Os participantes também foram questionados se haviam solicitado ou não, em algum momento da sua vida, os serviços de profissionais de Psicologia e/ou Psiquiatria (Quadro 3).

Quadro 3

Acompanhamento Psicológico e Psiquiátrico dos Participantes

	N	Percentagem (%)
Psicologia	30	25.7
Psiquiatria	4	3.4
Psicologia e Psiquiatria	13	11.2
Nenhuma	61	59.7

De entre os diversos motivos que levaram os participantes a ingressar nas consultas (Quadro 4), destacam-se a depressão e situações de luto, ansiedade e/ou *stress* e o encaminhamento por terceiros (e.g., hospital, tribunal).

Quadro 4

Motivos Inerentes aos Acompanhamentos Clínicos

	Descrição	Percentagem (%)
	Indicado por terceiros ou questões médicas	16.7
	Ansiedade e <i>stress</i>	13.3
	Formação profissional ^a	10
	Dificuldades académicas e/ou <i>bullying</i>	10
	Orientação vocacional	10
	Trauma e/ou perdas	10
Psicologia	Instabilidade emocional e dificuldade no estabelecimento de relações	10
	Divórcio ou separação dos pais	6.7
	Outros motivos alheios a questões pessoais, profissionais e sociais	6.7
	Depressão, desmotivação e inseguranças	3.3
	Violência doméstica	3.3
	Depressão e/ou esgotamento	50
Psiquiatria ^b	Encaminhamento por terceiros	25
	Trauma	25
	Depressão e luto	46.1
Psicologia e	Ansiedade e/ou <i>stress</i> e <i>bullying</i>	23.1
Psiquiatria	Distúrbios de sono ^b	15.4
	Divórcio parental	7.7
	Motivos alheios à própria pessoa ^c	7.7

Nota. ^a os participantes em questão exercem Psicologia.

^b Os participantes foram submetidos a tratamentos medicamentosos para sintomatologia ansiosa e depressiva, e problemas de sono.

^c O/A participante em questão ingressou nas consultas como forma de acompanhar as suas filhas, que haviam sido encaminhadas.

Instrumentos

1 – Questionário sociodemográfico (Anexo 1), construído para o efeito, abrange questões relacionadas com o sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional, e também questões relacionadas com acompanhamento prévio ou atual por parte de profissionais de psicologia e/ou de psiquiatria.

2 - Escala de Vinculação no Adulto (EVA)

A versão portuguesa da *Adult Attachment Interview Revised* (AAI-R, Collins & Read, 1990), inicialmente traduzida para a população portuguesa por Canavarro (1997), com a denominação de Escala de Vinculação do Adulto (EVA), e posteriormente aferida e validada por Canavarro et al. (2006), foi utilizada para identificar os padrões de vinculação em indivíduos adultos, contemplando a forma como se sentem mediante as relações afetivas que estabelecem.

Este instrumento é constituído por três dimensões distintas: (1) Ansiedade: avalia o grau de ansiedade vivenciado pelo indivíduo em resposta a questões interpessoais como sejam o medo do abandono/rejeição ou de não ser amado; (2) Conforto com a Proximidade: avalia o grau de conforto que o indivíduo experiencia relativamente à intimidade/proximidade; e (3) Confiança nos Outros: avalia o grau de confiança estabelecido e perceção da disponibilidade do outro (Canavarro et al., 2006).

Segundo Canavarro et al. (2006), as dimensões supracitadas podem definir, mediante os procedimentos estatísticos realizados, os estilos de vinculação conceptualizados por Hazan e Shaver (1987) ou os protótipos de vinculação delimitados por Bartholomew e Horowitz (1991). Tal foi realizado na presente investigação através da análise de *clusters*, descrita em detalhe na secção Análise Estatística.

Constituída por um total de dezoito afirmações, as respostas – das quais sete são invertidas: 2, 7, 8, 13, 16, 7 e 18 – são avaliadas a partir de uma escala *Likert* que varia entre 1 (nada característico em mim) e 5 (extremamente característico em mim). A escala pode ser aplicada a qualquer indivíduo – pertencente à população comunitária ou clínica – com idade igual ou superior a dezoito anos, sem um limite máximo estabelecido.

A nível psicométrico destacam-se os seguintes indicadores de fiabilidade: (1) a EVA apresenta níveis adequados de consistência interna visto que os valores de α de *Cronbach* para as diferentes dimensões são de .84 (dimensão Ansiedade) – considerado

elevado –, .67 (dimensão Conforto com a Proximidade) e .54 (dimensão Confiança nos Outros) – considerados inferiores ao desejável (Canavarro et al., 2006).

Para a presente amostra, calcularam-se os mesmos índices de fiabilidade, cujos valores de α de *Cronbach* para as diferentes dimensões são de .90 (dimensão Ansiedade), .65 (dimensão Conforto com a Proximidade) e .64 (dimensão Confiança nos Outros). Apenas o valor da dimensão Ansiedade é considerado adequado, ao contrário das restantes, que “apresentam valores um pouco inferiores ao desejável. No entanto, estas subescalas [...] mostram-se bons elementos na construção de estilos de vinculação [...], sugerindo que [...] [os] conteúdos são pertinentes em termos da vinculação do adulto” (Canavarro et al., 2006, p. 26).

3 – *Brief Symptom Inventory* (BSI)

O *Brief Symptom Inventory* (BSI), originalmente construído por Derogatis e Spencer (1982) e aferido para a população portuguesa por Canavarro (1999), avalia os níveis de sintomatologia psicopatológica com base em nove dimensões distintas, explicadas por Derogatis (1993): (1) Somatização (S): abrange o conjunto de queixas somáticas que origina mal-estar na pessoa; (2) Obsessões-compulsões (O-C): avalia sintomas relacionados com as cognições e comportamentos persistentes e indesejados; (3) Sensibilidade interpessoal (SI): circunscreve-se aos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade e défices ao nível das interações sociais; (4) Depressão (D): os resultados refletem os sintomas de disforia e perda generalizada de energia, motivação e interesse pela vida; (5) Ansiedade (A): além das questões somáticas associadas a estados de ansiedade, esta dimensão contempla também os sintomas psicológicos relacionados com o nervosismo, tensão e ataques de pânico; (6) Hostilidade (H): abarca cognições e comportamentos associados à raiva, cólera e frustração; (7) Ansiedade fóbica (AF): avalia as respostas de medo persistente, irracional e desproporcional a diferentes estímulos, o que leva a comportamentos de fuga e de evitamento; (8) Ideação paranoide (IP): cinge-se a um funcionamento cognitivo disfuncional, que leva a um tipo de comportamento paranoide; (9) Psicoticismo (P): avalia a possível existência de sintomatologia psicótica, que leva ao desenvolvimento e manutenção de um estilo de vida esquizoide, baseado no isolamento interpessoal e outros fatores associados.

Além destas dimensões, Derogatis (1993) também definiu três pontuações gerais: (1) Índice Geral de Sintomas (IGS): reflete a intensidade do mal-estar vivenciado pelo sujeito com o número de sintomas assinalados ao longo da escala; (2) Índice de

Sintomas Positivos (ISP): é a média da intensidade dos sintomas assinalados – caso o valor seja igual ou superior ao ponto de corte predefinido pelo autor (que é de 1.7), pode confirmar-se com grande probabilidade a presença de um quadro emocionalmente perturbado; e (3) Total de Sintomas Positivos (TSP): representa o número de queixas apresentadas – um valor elevado aponta para elevada sintomatologia perturbadora.

Constituído por um total de cinquenta e três questões, de resposta em escala *Likert* que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes), este instrumento pode ser administrado a indivíduos com idade igual ou superior a treze anos, não estando definida uma idade máxima. A avaliação pode ser efetuada tanto à população geral como à população clínica, considerando os sintomas vivenciados pelo indivíduo ao longo da última semana.

A nível psicométrico, o BSI apresenta bons níveis de fiabilidade (Canavarro, 2007), que foram medidos através da análise da consistência interna de cada uma das dimensões. Com base nas considerações de Stevens (2009), o intervalo adequado situa-se entre .70 e .80 – ao contrário das restantes, apenas as dimensões Ansiedade Fóbica e Psicoticismo não se situam nesse mesmo intervalo (ambas possuem valores de .62).

Para a presente amostra, calcularam-se os mesmos índices de fiabilidade, cujos valores de α de *Cronbach* (1) eram superiores a .81 para as dimensões Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade e Ideação Paranoide, (2) e localizados num intervalo entre .70 e .78 para as dimensões Obsessão-Compulsão, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo. De acordo com Bland e Altman (1997), DeVellis (2003) e Nunnally e Bernstein (1994), intervalos de *alpha* entre .70 e .80 são considerados aceitáveis, embora o ideal seja superior a .90.

Procedimento

Para a recolha de dados do presente estudo, foi utilizada a plataforma *web* Google Drive. A primeira página do protocolo de investigação continha o consentimento informado, que abrangia informações relativas à identificação da investigadora e respetiva orientação, descrição do objetivo geral do estudo, condições de participação – idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 56 anos –, garantia de confidencialidade e anonimato dos dados, e fornecimento do contacto da investigadora para qualquer esclarecimento neste âmbito. A segunda página incluía todo o formulário de investigação, cujo conteúdo passava por um questionário sociodemográfico,

construído pela investigadora sob orientação, e pelos dois instrumentos utilizados, previamente descritos.

O formulário esteve acessível ao público durante sete meses – desde Março a Outubro de 2014. A divulgação do mesmo foi realizada através do *Facebook*.

Análise Estatística

A análise estatística dos dados recolhidos foi efetuada a partir do *software IBM® SPSS® Statistics*, versão 22.0 para *Windows*.

Tendo em conta os objetivos estabelecidos para a presente investigação, foram efetuados os seguintes procedimentos estatísticos:

Construção e Análise de Clusters

Dado que o presente estudo se desenrola em volta do modelo de vinculação no adulto (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994) – que se organiza em quatro padrões de vinculação distintos –, torna-se fundamental verificar se os dados amostrais convergem efetivamente nesse modelo teórico. Para o efeito, a construção dos padrões de vinculação foi efetuada a partir da análise de *clusters*. Dado que esta análise implica a utilização de grupos relativamente homogéneos, foi obrigatória a remoção de quaisquer *outliers* através de um processo de normalização das variáveis. Além disso, tendo em conta que o foco da avaliação é um conjunto de constructos inserido no âmbito das ciências sociais e humanas – o que dificulta o cumprimento da pressuposição da normalidade da amostra –, procedeu-se à construção e observação de diagramas de dispersão (*Normal Q-Q Plot*) para as variáveis dependentes (VD's) em estudo, analisando-se “uma distribuição razoavelmente contígua à linha de distribuição normal, aceitando-se esta proximidade [...] dada a natureza psicológica dos dados” (Rocha, 2008, p. 178).

Seguidamente prosseguiu-se para a fase seguinte do tratamento estatístico, onde se optou pelo método combinatório; a definição dos centróides realizou-se a partir do método hierárquico – *Ward's Method* e *Square Euclidian Distance* –, o que serviu de sustentáculo à diferenciação de protótipos a partir do método não-hierárquico (*K-Means Cluster Analysis*).

Partindo das dimensões avaliadas pela EVA, a análise dos resultados obtidos permitiu confirmar e diferenciar, nesta amostra específica, os quatro padrões de vinculação definidos por Bartholomew e Horowitz (1991) (Quadro 5).

Quadro 5

Medidas Descritivas Resultantes da Construção de Clusters

	<i>Clusters</i>			
	1	2	3	4
	(n = 59)	(n = 17)	(n = 25)	(n = 15)
	M (DP)			
Ansiedade	1.95 (0.53)	4.16 (0.62)	3.43 (0.53)	2.17 (0,56)
Confiança nos Outros	3.41 (0,35)	2.23 (0.66)	2.78 (0.34)	2.27 (0.51)
Conforto com a Proximidade	3.98 (0.42)	2.83 (0.41)	3.73 (0.35)	3.13 (0.38)

O primeiro protótipo caracteriza-se por níveis elevados de Confiança nos Outros e de Conforto com a Proximidade, e por baixos níveis de Ansiedade; estas características associam-se ao padrão de vinculação Seguro (Canavarro et al., 2006).

O segundo protótipo caracteriza-se pela presença de valores elevados de Ansiedade, valores muito baixos – abaixo da média – de Confiança nos Outros e valores também muito baixos – mas acima da média – no que diz respeito ao Conforto com a Proximidade; estas características associam-se ao padrão de vinculação Amedrontado (idem).

O terceiro protótipo caracteriza-se por valores acima da média no que se reporta à Ansiedade e ao Conforto com a Proximidade, e valores de Confiança nos Outros pouco abaixo da média; estas características associam-se ao padrão de vinculação Preocupado (idem).

O quarto protótipo caracteriza-se por baixos valores de Ansiedade e de Confiança nos Outros, e exibe valores pouco acima da média no que respeita ao Conforto com a Proximidade; estas características associam-se ao padrão de vinculação Desinvestido (idem).

Análise de Variância Multivariada (MANOVA)

Para concretização dos objetivos respeitantes à análise das diferenças entre os diferentes estilos de vinculação ao nível das diferentes dimensões de sintomatologia psicopatológica e a análise das diferenças de sexo e idade nas dimensões de vinculação

e de sintomatologia psicopatológica, recorreu-se a MANOVAS, sendo que os resultados reportados têm em consideração um nível de significância inferior a .05 (resultados estatisticamente significativos) e inferior a .10 (resultados marginalmente significativos).

Dada a intenção de recolher uma amostra variada em termos de idades, em primeiro lugar optou-se por dividi-la categorialmente a partir (1) das conceptualizações de Arnett (2000), que define como Adulto Emergente o indivíduo com idade compreendida num intervalo entre 18 a 25 anos (inclusive) e que, numa sociedade industrializada, é ainda exposto à mudança e exploração até alcançar a sua maturidade e autonomia económica; e (2) visto que o limite atualmente aceite que separa o adulto do idoso está demarcado nos 65 anos de idade, em países desenvolvidos (World Health Organization [WHO], 2002) – como é o caso de Portugal –, para este estudo em particular delimitou-se o indivíduo Adulto como aquele cuja idade se enquadra num intervalo entre 26 e os 64 anos (inclusive).

Sempre que foi necessário recorrer aos procedimentos *post-hoc*, foi utilizado o teste de Scheffé (Scheffé, 1953) – que é o teste mais conservador que deve ser utilizado, permitindo comparar, em inúmeras observações, qualquer contraste entre médias, e compensar possíveis resultados espúrios (Rocha, 2008).

Regressão Linear Múltipla

Com o intuito de avaliar o efeito preditor das diferentes dimensões de vinculação nas diferentes dimensões de sintomatologia psicopatológica, procedeu-se à realização de regressões lineares múltiplas, utilizando-se igualmente um nível de significância inferior a .05. Dado que esta técnica estatística é utilizada para a construção de um modelo preditivo (Johnson & Winchern, 2002), optou-se por utilizar o Método Enter, que insere todas as dimensões constituintes da vinculação, permitindo a análise do efeito preditor da vinculação, no global, e do peso de cada uma das suas dimensões constituintes, em particular em cada uma das dimensões de sintomatologia psicopatológica.

Parte III. Apresentação e Discussão dos Resultados

Resultados

1 – Análise das diferenças entre os estilos de vinculação ao nível da sintomatologia psicopatológica

A aplicação da MANOVA permitiu observar uma influência significativa dos protótipos de vinculação em oito das nove dimensões do BSI – excluindo-se a Ansiedade Fóbica (Quadro 6).

Quadro 6

Diferenças entre os Protótipos de Vinculação ao nível das Diferentes Dimensões do BSI

	Seguro (n = 59)	Amedrontado (n = 17)	Preocupado (n = 25)	Desinvestido (n = 15)	<i>F</i> (df, df)	<i>p</i>
	M (DP)					
S*	0.34 (0.46)	0.75 (0.59)	0.62 (0.69)	0.56 (0.74)	<i>F</i> (3, 112) = 3.00	.033
O-C**	0.88 (0.68)	1.61 (0.53)	1.38 (0.72)	1.30 (0.62)	<i>F</i> (3, 112) = 7.13	.000
SI**	0.56 (0.64)	2.03 (0.96)	1.35 (0.86)	1.12 (0.84)	<i>F</i> (3, 112) = 18.15	.000
D**	0.52 (0.51)	1.99 (0.92)	1.37 (0.86)	1.08 (0.63)	<i>F</i> (3, 112) = 24.27	.000
A**	0.57 (0.53)	1.47 (0.81)	1.05 (0.68)	0.90 (0.70)	<i>F</i> (3, 112) = 10.19	.000
H**	0.68 (0.55)	1.88 (0.95)	1.21 (0.81)	1.16 (1.01)	<i>F</i> (3, 112) = 12.24	.000
AF	0.27 (0.50)	0.53 (0.47)	0.42 (0.53)	0.28 (0.34)	<i>F</i> (3, 112) = 1.58	.198
IP**	0.76 (0.62)	2.35 (0.99)	1.51 (0.92)	1.57 (0.96)	<i>F</i> (3, 112) = 20.06	.000
P**	0.23 (0.29)	1.55 (0.66)	0.93 (0.76)	0.81 (0.68)	<i>F</i> (3, 112) = 30.87	.000

Notas: ** $p < .001$

* $p < .05$

As análises *post-hoc* permitiram determinar as diferenças significativas, grupo a grupo, entre alguns dos protótipos ao nível das diferentes dimensões de psicopatologia.

Para a dimensão Somatização, verificaram-se diferenças marginalmente significativas entre o perfil Amedrontado e o perfil Seguro (MD = .41, $p = .088$), com os indivíduos amedrontados a apresentar níveis superiores de somatização que os indivíduos seguros.

No que respeita à dimensão Obsessão-Compulsão, o perfil Amedrontado difere significativamente do perfil Seguro (MD = .72, $p = .002$) e o perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro (MD = .50, $p = .024$). Em ambos os casos, os indivíduos seguros exibem menores níveis de obsessão-compulsão que os indivíduos amedrontados e preocupados, respetivamente.

Quanto à dimensão Sensibilidade Interpessoal, o perfil Amedrontado difere significativamente dos perfis Seguro (MD = 1.47, $p = .000$) e do perfil Desinvestido (MD = .91, $p = .014$), e de forma marginalmente significativa do perfil Preocupado (MD = .68, $p = .055$). O perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro (MD = .79, $p = .001$). Os indivíduos amedrontados são os que apresentam níveis superiores de sensibilidade interpessoal em relação aos indivíduos preocupados, desinvestidos e seguros, respetivamente.

Dentro da dimensão Depressão, o perfil Amedrontado difere significativamente do perfil Seguro (MD = 1.47, $p = .000$), do perfil Desinvestido (MD = .91, $p = .004$) e do perfil Preocupado (MD = .62, $p = .046$). O perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro (MD = .86, $p = .000$) e o perfil Desinvestido difere de uma forma marginalmente significativa do perfil Seguro (MD = .56, $p = .050$). Os indivíduos seguros apresentam menores níveis de depressão quando comparados aos indivíduos amedrontados, preocupados e desinvestidos (respetivamente).

No que respeita à dimensão Ansiedade, o perfil Amedrontado difere significativamente do perfil Seguro (MD = .90, $p = .000$) e de uma forma marginalmente significativa em relação ao perfil Desinvestido (MD = .57, $p = .097$). O perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro (MD = .48, $p = .022$). Os indivíduos amedrontados e preocupados são os que exibem os níveis mais elevados de ansiedade em relação aos indivíduos seguros.

Quanto à dimensão Hostilidade, o perfil Amedrontado difere significativamente do perfil Seguro (MD = 1.20, $p = .000$) e do perfil Preocupado (MD = .67, $p = .046$), diferindo de uma forma menos significativa do perfil Desinvestido (MD = .72, $p =$

.064). O perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro ($MD = .52, p = .039$). Os indivíduos amedrontados são os que reportam níveis mais elevados de hostilidade em relação aos restantes indivíduos.

Quanto à dimensão Ansiedade Fóbica, não existem diferenças significativas entre os diferentes perfis de vinculação.

No que se reporta à dimensão Ideação Paranoide, o perfil Amedrontado difere significativamente do perfil Seguro ($MD = 1.59, p = .000$) e do perfil Preocupado ($MD = .84, p = .013$), sendo que difere de forma marginalmente significativa em relação ao perfil Desinvestido ($MD = .78, p = .059$). O perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro ($MD = .75, p = .002$). E o perfil Desinvestido difere significativamente do perfil Seguro ($MD = .81, p = .008$). Os indivíduos seguros são os que menos exibem ideação paranoide comparativamente aos indivíduos amedrontados, desinvestidos e preocupados, respetivamente.

Por fim, quanto à dimensão Psicoticismo, o perfil Amedrontado difere significativamente dos perfis Seguro ($MD = 1.32, p = .000$), do perfil Desinvestido ($MD = .74, p = .003$) e do perfil Preocupado ($MD = .62, p = .005$). O perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro ($MD = .70, p = .000$). E o perfil Desinvestido difere significativamente do perfil Seguro ($MD = .58, p = .004$). Os indivíduos amedrontados, preocupados e desinvestidos (respetivamente) são os que apresentam níveis mais elevados de psicoticismo em relação aos indivíduos seguros.

Em suma, verifica-se que a vinculação apresenta um impacto significativo na sintomatologia psicopatológica, com o perfil Amedrontado a exibir maiores diferenças comparativamente aos outros perfis, e o perfil Seguro consistentemente associado a menores níveis de sintomatologia psicopatológica.

2 – Avaliação do efeito preditor das diferentes dimensões de vinculação na sintomatologia psicopatológica

A realização de diferentes análises de regressão linear múltipla permitiram constatar, de forma sumária, um efeito preditor da vinculação na generalidade das dimensões de sintomatologia psicopatológica, à exceção da Ansiedade Fóbica onde a relação de predição se verifica a um nível marginalmente significativo (Quadro 7).

Quando analisado em detalhe o peso preditivo de cada uma das dimensões de vinculação, verificou-se que o mesmo não é significativo tendo em conta a dimensão Confiança nos Outros para nenhuma das subescalas do BSI. O efeito preditor da Ansiedade é positivo, indicando que quanto maior é a Ansiedade vivenciada pelo indivíduo nas relações interpessoais, maior a sintomatologia psicopatológica (particularmente nas subescalas à frente referenciadas). Por outro lado, o efeito preditor da dimensão Conforto com a Proximidade (quando significativo) indica que quanto mais elevados são os resultados obtidos nesta dimensão, menores são os níveis de sintomatologia psicopatológica. Cada um destes resultados será seguidamente analisado em detalhe.

Quadro 7

Efeito Preditor das Dimensões de Vinculação nas Dimensões do BSI

		Ansiedade	Conforto com a Proximidade	Confiança nos Outros	<i>F</i> (df, df)	Sig.
S*	<i>β</i>	.23	-.27	.10	<i>F</i> (3, 115) = 6.74	.000
	<i>T</i>	2.25	-2.47	.984		
	<i>p</i>	.03	.02	.33		
O-C*	<i>β</i>	.35	-.11	-.10	<i>F</i> (3, 115) = 10.48	.000
	<i>T</i>	3.55	-1.02	-1.04		
	<i>p</i>	.00	.31	.30		
SI*	<i>β</i>	.50	-.25	-.02	<i>F</i> (3, 115) = 31.49	.000
	<i>T</i>	6.13	-2.94	-.22		
	<i>p</i>	.00	.00	.82		
D*	<i>β</i>	.50	-.17	-.14	<i>F</i> (3, 115) = 32.17	.000
	<i>T</i>	6.09	-2.03	-1.75		
	<i>p</i>	.00	.05	.08		
A*	<i>β</i>	.45	-.13	-.07	<i>F</i> (3, 115) = 17.43	.000
	<i>T</i>	4.91	-1.33	-.80		
	<i>p</i>	.00	.19	.43		
H*	<i>β</i>	.30	-.27	-.03	<i>F</i> (3, 115) = 12.98	.000
	<i>T</i>	3.12	-2.69	-.26		
	<i>p</i>	.00	.01	.80		
AF	<i>β</i>	.21	-.07	.05	<i>F</i> (3, 115) = 2.15	.098
	<i>T</i>	1.91	-.64	.48		
	<i>p</i>	.06	.52	.63		
IP*	<i>B</i>	.29	-.49	-.02	<i>F</i> (3, 115) = 33.48	.000
	<i>T</i>	3.56	-5.73	-.24		
	<i>P</i>	.00	.00	.81		
P*	<i>B</i>	.43	-.34	-.08	<i>F</i> (3, 115) = 38.45	.000
	<i>T</i>	5.46	-4.17	-1.07		
	<i>P</i>	.00	.00	.29		

Notas: * $p < .001$

3 – Análise das diferenças de sexo e idade nas dimensões de vinculação e de sintomatologia psicopatológica.

Para o efeito, realizou-se uma MANOVA, na qual constam as variáveis categoriais Sexo e Idade, tendo-se analisado o seu efeito parcial e o efeito de interação (Quadros 8 e 9).

Quadro 8

Diferenças do Sexo e Idade ao nível das Dimensões de Vinculação

			M (DP)	<i>F</i> (df, df)	<i>P</i>
Ansiedade	Sexo	Masculino	2.47 (0.88)	<i>F</i> (1, 112) = 0.81	.369
		Feminino	2.67 (1.06)		
	Idade	Adulto	2.59 (0.96)	<i>F</i> (1, 112) = 0.45	.505
		Adulto Emergente	2.69 (1.14)		
	Sexo x Idade				<i>F</i> (1, 112) = 0.10
Confiança nos Outros	Sexo	Masculino	2.96 (0.70)	<i>F</i> (1, 112) = 0.22	.639
		Feminino	2.95 (0.65)		
	Idade	Adulto	3.06 (0.59)	<i>F</i> (1, 112) = 3.51	.064***
		Adulto Emergente	2.75 (0.74)		
	Sexo x Idade				<i>F</i> (1, 112) = 0.49
Conforto com a Proximidade	Sexo	Masculino	3.66 (0.65)	<i>F</i> (1, 112) = 0.10	.753
		Feminino	3.64 (0.57)		
	Idade	Adulto	3.72 (0.58)	<i>F</i> (1, 112) = 2.97	.088***
		Adulto Emergente	3.65 (0.59)		
	Sexo x Idade				<i>F</i> (1, 112) = 0.00

Notas: $p < .05$ *** $p < .10$

Quadro 9

Diferenças do Sexo e Idade ao nível das Dimensões do BSI

			M (DP)	<i>F</i> (df, df)	<i>P</i>
Somatização	Sexo	Masculino	0.38 (0.60)	<i>F</i> (1, 112) = 0.91	.343
		Feminino	0.52 (0.59)		
	Idade	Adulto	0.50 (0.55)	<i>F</i> (1, 112) = 0.01	.909
		Adulto Emergente	0.46 (0.67)		
		Sexo x Idade			<i>F</i> (1, 112) = 0.05
Obsessão- Compulsão	Sexo	Masculino	1.07 (0.53)	<i>F</i> (1, 112) = 0.32	.573
		Feminino	1.18 (0.77)		
	Idade	Adulto	1.16 (0.75)	<i>F</i> (1, 112) = 0.02	.976
		Adulto Emergente	1.12 (0.65)		
		Sexo x Idade			<i>F</i> (1, 112) = 0.18
Sensibilidade Interpessoal	Sexo	Masculino	0.93 (0.92)	<i>F</i> (1, 112) = 0.45	.503
		Feminino	1.05 (0.93)		
	Idade	Adulto	0.94 (0.91)	<i>F</i> (1, 112) = 1.62	.205
		Adulto Emergente	1.02 (0.93)		
		Sexo x Idade			<i>F</i> (1, 112) = 0.02
Depressão	Sexo	Masculino	0.90 (0.83)	<i>F</i> (1, 112) = 0.55	.459
		Feminino	1.02 (0.88)		
	Idade	Adulto	0.94 (0.79)	<i>F</i> (1, 112) = 0.81	.371
		Adulto Emergente	1.10 (1.00)		
		Sexo x Idade			<i>F</i> (1, 112) = 0.00
Ansiedade	Sexo	Masculino	0.64 (0.64)	<i>F</i> (1, 112) = 3.15	.079***
		Feminino	0.91 (0.72)		
	Idade	Adulto	0.83 (0.68)	<i>F</i> (1, 112) = 0.29	.593
		Adulto Emergente	0.87 (0.76)		
		Sexo x Idade			<i>F</i> (1, 112) = 0.06
Hostilidade	Sexo	Masculino	0.95 (0.85)	<i>F</i> (1, 112) = 0.19	.663
		Feminino	1.06 (0.85)		
	Idade	Adulto	1.13 (0.92)	<i>F</i> (1, 112) = 2.47	.119
		Adulto Emergente	0.84 (0.63)		
		Sexo x Idade			<i>F</i> (1, 112) = 0.01

			M (DP)	<i>F</i> (df, df)	<i>P</i>
Ansiedade Fóbica	Sexo	Masculino	0.39 (0.54)	<i>F</i> (1, 112) = 0.45	.504
		Feminino	0.33 (0.47)		
	Idade	Adulto	0.39 (0.53)	<i>F</i> (1, 112) = 1.74	.190
		Adulto Emergente	0.25 (0.39)		
Sexo x Idade				<i>F</i> (1, 112) = 0.00	.973
Ideação Paranoide	Sexo	Masculino	1.43 (1.16)	<i>F</i> (1, 112) = 0.85	.359
		Feminino	1.21 (0.90)		
	Idade	Adulto	1.26 (0.95)	<i>F</i> (1, 112) = 0.04	.841
		Adulto Emergente	1.27 (1.03)		
Sexo x Idade				<i>F</i> (1, 112) = 0.17	.684
Psicoticismo	Sexo	Masculino	0.65 (0.73)	<i>F</i> (1, 112) = 0.01	.939
		Feminino	0.65 (0.71)		
	Idade	Adulto	0.65 (0.69)	<i>F</i> (1, 112) = 0.01	.932
		Adulto Emergente	0.65 (0.78)		
Sexo x Idade				<i>F</i> (1, 112) = 0.06	.803

Notas: $p < .05$ *** $p < .10$

Tal como é possível verificar, não existe nenhum efeito significativo das variáveis Sexo, Idade e da interação Sexo e Idade nas dimensões de vinculação e de psicopatologia, embora se destaquem efeitos marginalmente significativos ($p < .10$) que relacionam a Idade com as dimensões Confiança nos Outros e Conforto com a Proximidade (rever Quadro 8) e o Sexo com a dimensão Ansiedade como sintomatologia psicopatológica (rever Quadro 9).

Discussão dos Resultados

A análise das diferenças entre os estilos de vinculação ao nível da sintomatologia psicopatológica, estatisticamente calculada a partir da MANOVA, revelou que o perfil Amedrontado (1) diferencia-se significativamente do perfil Seguro nas dimensões Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranoide e Psicoticismo; (2) difere marginalmente do perfil Seguro no que se reporta à dimensão Somatização; (3) diferencia-se significativamente do perfil Preocupado nas dimensões Depressão, Hostilidade, Ideação Paranoide e Psicoticismo; (4) difere marginalmente do perfil Preocupado no que respeita dimensão Sensibilidade Interpessoal; (5) difere significativamente do perfil Desinvestido quando avaliados relativamente às dimensões Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade e Psicoticismo; e (6) difere marginalmente do perfil Desinvestido na Ansiedade e Ideação Paranoide.

O perfil Preocupado, além do que foi previamente referido, (1) diferencia-se significativamente do perfil Seguro nas dimensões Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranoide e Psicoticismo; (2) diferencia-se significativamente do perfil Desinvestido na dimensão Sensibilidade Interpessoal; e (3) diferencia-se marginalmente do perfil Desinvestido nas dimensões Ansiedade, Hostilidade e Ideação Paranoide.

O perfil Desinvestido, além das referências prévias, (1) diferencia-se significativamente do perfil Seguro nas dimensões Ideação Paranoide e Psicoticismo; e (2) diferencia-se marginalmente do perfil Seguro na dimensão Depressão.

A avaliação do efeito preditor das dimensões de vinculação na sintomatologia psicopatológica, estatisticamente calculada através das Regressões, revelou que o modelo de vinculação é significativamente preditor de quase todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica, com exceção da Ansiedade Fóbica. A dimensão de Confiança nos outros não se relaciona significativamente com nenhuma das dimensões de sintomatologia psicopatológica; a dimensão Conforto com a Proximidade prediz significativamente as dimensões Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade, Ideação Paranoide e Psicoticismo, numa relação inversamente proporcional; e a dimensão Ansiedade prediz significativamente oito das nove dimensões de sintomatologia psicopatológica, numa relação diretamente proporcional.

A análise das diferenças de sexo e idade nos estilos de vinculação e dimensões de sintomatologia psicopatológica, estatisticamente calculada através da MANOVA, revela maior Confiança nos Outros e maior Conforto com a Proximidade nos adultos e maior sintomatologia Ansiosa no sexo feminino.

O modelo de vinculação surge como preditor da Somatização, reportando uma percentagem de variância explicada de 13%, o que se revela um pouco baixo.

Os protótipos não diferem significativamente entre si, embora o perfil Amedrontado se diferencie marginalmente do perfil Seguro.

No que se reporta aos resultados que estabelecem uma relação preditiva entre as dimensões de vinculação e a sintomatologia somática, observa-se uma predição significativa diretamente proporcional por parte da dimensão Ansiedade e inversamente proporcional por parte do Conforto com a Proximidade. A dimensão Confiança nos Outros não exhibe uma relação de predição significativa/marginal com a Somatização.

Este grupo de sintomas manifesta-se a nível físico e pode ser despoletado (1) por questões pontuais de grande ansiedade/*stress* ou (2) por questões psicológicas mais graves e tendencialmente constantes. A ansiedade – que se revela como um potencial despoletador da somatização –, quando moderada, é um mecanismo de sobrevivência humano que impele à ação nos casos de ameaça iminente (Eugénio, 2009); neste sentido, mesmo mediante questões pontuais, a ansiedade normativa¹ pode manifestar-se através da somatização (e.g., provocando náuseas, dor de barriga, febre). Assim sendo, a sintomatologia somática pode decorrer de situações quotidianas normais, independentemente do perfil de vinculação em questão. Todavia, um indivíduo amedrontado é mais suscetível ao desenvolvimento de sintomatologia somática devido ao constante estado de ansiedade a que se submete pelos mais variados motivos: a sua insegurança e perceção negativa do que o rodeia medeiam um conjunto de crenças e comportamentos igualmente inseguros e negativos.

No que respeita à dimensão Obsessão-compulsão, o modelo de vinculação demonstra-se significativo e explica 20% da sintomatologia obsessiva-compulsiva.

Os perfis Amedrontado e Preocupado diferem de forma significativa do perfil Seguro (respetivamente). Ambos se caracterizam por um modelo negativo do *self*, no qual o indivíduo se percebe como incapaz e inferior, submetendo-se a sentimentos de culpa, frustração e desvalorização.

¹ A ansiedade normativa abrange episódios pouco frequentes, de baixa/moderada intensidade e de duração limitada no espaço e no tempo; a ansiedade patológica manifesta-se em episódios frequentes de grande intensidade que se estendem ilimitadamente no espaço e no tempo, comprometendo o bem-estar geral e a autonomia do indivíduo (Picado, 2007).

Dada a sua necessidade de ser aceite e valorizado pelas pessoas que o rodeiam, o indivíduo começa a responsabilizar-se por situações incertas que lhe fogem ao controlo, criando-se um ciclo vicioso de preocupações excessivas e incontroláveis – as denominadas obsessões. Como vivencia elevados níveis de ansiedade, associados aos pensamentos e crenças disfuncionais, o indivíduo sente, conseqüentemente, uma necessidade extrema de aliviar/atenuar o mal-estar significativo que dele se apoderou.

Para isso adota rituais comportamentais – as denominadas compulsões –, que cumpre metódica e escrupulosamente, desenvolvendo o seu perfeccionismo em hábitos que não permitem falhas. Os sentimentos de medo e culpa apoderam-se do indivíduo quando não realiza os rituais, exacerbando o seu mal-estar psicológico. A sua insegurança contrasta com a carga de responsabilidade que o indivíduo atribui a si próprio, exacerbando ainda mais os seus sentimentos de inferioridade e de incapacidade, principalmente quando começa a fracassar nas restantes áreas da sua vida: progressivamente o indivíduo começa a evitar determinadas situações que lhe causem desconforto, acabando por desinvestir das áreas social e profissional, com plena consciência da insustentabilidade da situação (Shaver & Mikulincer, 2002).

Os resultados obtidos – que demonstram uma relação preditiva entre vinculação e sintomatologia obsessiva-compulsiva – permitem explicar este panorama, no qual a Ansiedade prediz significativamente o desenvolvimento desta sintomatologia específica, ao contrário das dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros, que não apresentam uma relação significativa com a Obsessão-compulsão; visto que o indivíduo tende a sobrevalorizar as suas próprias crenças e a isolar-se progressivamente para poder cumprir com os rituais a que se propôs, as suas prioridades não passam pelos relacionamentos interpessoais (Doron & Kyrios, 2005; Doron et al., 2012).

Quanto à dimensão Sensibilidade Interpessoal, o modelo de vinculação é significativo e explica 44% da sintomatologia psicopatológica em questão.

O perfil Amedrontado difere significativamente do perfil Seguro e Desinvestido, e difere marginalmente do perfil Preocupado. Por sua vez, o perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro. Ambos possuem um modelo negativo do *self*, caracterizado por sentimentos de inferioridade e inadequação, baixa autoestima e desvalorização pessoal, quando comparados com outros. Neste sentido, o indivíduo não procura ser alvo de atenções alheias nem investe numa interação social ativa. Especificamente o indivíduo Amedrontado experiencia um elevado desconforto e

timidez em situações sociais, exacerbando-se o isolamento e as dificuldades em enquadrar-se em eventos sociais; o indivíduo Preocupado, embora reticente devido à sua baixa autoestima, experiencia um desconforto que é colmatado com a ligação de dependência que estabelece com pessoas próximas; esta dependência é pautada pela hipervigilância do indivíduo no que respeita a potenciais riscos de perder a pessoa próxima, agindo em conformidade com as suas intenções de manter a relação em que tanto investe (Cummings-Robeu, Lopez, & Rice, 2009; Hall, Andrzejewski, & Yopchick, 2009; Otani et al., 2014).

Os resultados obtidos – que demonstram uma relação preditiva entre vinculação e Sensibilidade Interpessoal – permitem explicar este panorama, no qual a Ansiedade – de uma forma diretamente proporcional – e o Conforto com a Proximidade – de uma forma inversamente proporcional – predizem significativamente o desenvolvimento desta sintomatologia específica. A dimensão Confiança nos Outros não revela uma relação significativa/marginal com a sintomatologia psicopatológica em questão. A primeira pelo seu carácter convergente no que respeita às questões interpessoais: o indivíduo com pontuação significativa nesta dimensão psicopatológica exhibe dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, experienciando elevados níveis de ansiedade, particularmente quando exposto a eventos sociais ou a circunstâncias que implicam interação social. Como o indivíduo não consegue lidar devidamente com as interações sociais, conseqüentemente não se sente confortável ao estabelecer contacto com outrem, justificando-se assim que baixos níveis na dimensão Conforto com a Proximidade possam predizer os sintomas associados à Sensibilidade Interpessoal (Hall et al., 2009).

Quanto à dimensão Depressão, o modelo de vinculação revela-se significativo, com uma percentagem de variância explicada de 45%.

O perfil Amedrontado difere significativamente dos restantes perfis (Seguro, Desinvestido e Preocupado, respetivamente); o perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro; e o perfil Desinvestido difere marginalmente do perfil Seguro.

O modelo negativo do *self* é o que melhor se relaciona com a sintomatologia depressiva: os sentimentos de frustração, inferioridade, culpabilidade e tristeza predominam no indivíduo que aplica estratégias de *coping* de forma desajustada e cuja expressão emocional tende a ser desadequada. A tendência para o isolamento leva a

uma progressiva incapacidade de estabelecer relações interpessoais, onde a comunicação é escassa. Devido à pouca autonomia do indivíduo, as relações que tende a manter são de dependência, exacerbando-se assim a sua incapacidade para saber lidar com as situações adversas. O medo da rejeição e os constantes sentimentos de culpa levam a que o indivíduo se mantenha numa esfera constante de negativismo, em que persiste a tendência de desvalorização do próprio (Liao & Wei, 2015).

Os resultados obtidos – que demonstram uma relação preditiva entre vinculação e Depressão – permitem explicar este panorama, no qual a Ansiedade – de uma forma diretamente proporcional – e o Conforto com a Proximidade – de uma forma inversamente proporcional – predizem o desenvolvimento desta sintomatologia específica; por sua vez, a dimensão Confiança nos Outros relaciona-se marginalmente com a depressão. A sintomatologia depressiva tende a ser intensamente reativa a determinados momentos de vida em que o indivíduo experiencia, por exemplo, sentimentos de perda, frustração e desmotivação. A ansiedade acompanha todo este processo, no qual o indivíduo vai perdendo progressivamente a sua energia e interesse pela vida, adotando uma passividade patológica em relação a todas as áreas da sua vida. O facto de o indivíduo tender a isolar-se e a desinvestir das relações interpessoais, nas quais se sente desvalorizado e incompreendido, leva a um maior desconforto perante situações sociais e fomenta a baixa capacidade de estabelecer novas relações. Com uma rede social de apoio cada vez mais escassa, o indivíduo reforça as suas crenças distorcidas, manifestando-se, por exemplo, através da tristeza, baixa autoestima e isolamento (Hankin, Kassel, & Abela, 2005; Li et al., 2008).

No que respeita à dimensão Ansiedade, o modelo de vinculação demonstra-se preditivo, explicando 30% da sintomatologia psicopatológica em questão.

O perfil Amedrontado difere significativamente do perfil Seguro e marginalmente do perfil Desinvestido; e o perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro.

Dado que o indivíduo não controla tudo o que o rodeia, os sentimentos de insegurança e incerteza fomentam uma tensão constante que medeia todo o comportamento e pensamento do mesmo, fomentando-se assim o modelo negativo do *self*. O facto de se desvalorizar e de se sentir inferior aos outros, leva o indivíduo a sentir-se alvo de constantes ameaças externas, com as quais não consegue lidar devido à sua tendência para a vulnerabilidade e instabilidade emocional. Quando mantém

relações de dependência, a possibilidade de poder ser rejeitado/abandonado aumenta consideravelmente os seus níveis de ansiedade, levando-o a agir desadequadamente perante as suas intenções de conservar o que conquistou até ao momento (Silva & Costa, 2005).

Este panorama é explicado pelos resultados obtidos no que respeita à relação de predição entre vinculação e Ansiedade, que demonstram que a dimensão Ansiedade prediz significativamente o desenvolvimento desta sintomatologia específica, ao contrário das dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros, que não exibem relações significativas/marginais com a sintomatologia psicopatológica em questão. Como o foco do indivíduo ansioso é a relação de dependência que tende a estabelecer com uma ou várias figuras de referência, também todas as suas expectativas irão recair nessas mesmas ligações. A tendência para a baixa autoestima e baixa autoconfiança nas suas próprias potencialidades, em conjunto com as expectativas focadas na relação afetiva, gera um ciclo vicioso em que o indivíduo se mantém constantemente preocupado com a possibilidade de rejeição/abandono, procurando agradar aos outros e desvalorizando-se a si próprio (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004).

Relativamente à dimensão Hostilidade, o modelo de vinculação, que se revela significativo, explica 24% da sintomatologia psicopatológica em questão.

O perfil Amedrontado difere significativamente dos perfis Seguro e Preocupado (respetivamente), e difere marginalmente do perfil Desinvestido; o perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro.

A agressividade característica desta dimensão associa-se à cólera, normalmente aliada à frustração e à raiva, manifestando-se através de comportamentos agressivos dirigidos ao próprio e/ou a outrem, dos quais decorre um alívio temporário da sobrecarga emocional do indivíduo. O perfil ansioso, característico dos indivíduos Amedrontados e Preocupados, tende a exacerbar a tristeza, a frustração e os ressentimentos próprios, fomentando uma energia negativa que é acumulada, ao invés de externalizada de forma pontual e adequada à situação em questão, dando-se uso aos princípios de uma comunicação apropriada. Como é uma emoção tendencialmente reativa, o medo também pode estar na origem da agressividade como medida defensiva e de proteção. Este medo pode ser desencadeado pela insegurança do próprio indivíduo aliada à constante desconfiança em relação ao outro (Shallcross, 2013). A instabilidade

emocional relaciona-se fortemente com a adoção de comportamentos de externalização também como a agressividade (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993).

Os resultados obtidos – que demonstram uma relação preditiva entre vinculação e Hostilidade – permitem explicar este panorama, no qual a Ansiedade – de uma forma diretamente proporcional – e o Conforto com a Proximidade – de uma forma inversamente proporcional – predizem o desenvolvimento desta sintomatologia específica; ao passo que a dimensão Confiança nos Outros não exibe uma relação de predição significativa/marginal da sintomatologia psicopatológica em questão. Os frequentes sentimentos de insegurança, medo e incerteza que precingem as relações interpessoais podem acumular-se de uma forma significativa, gerando emoções fortes que o indivíduo nem sempre consegue controlar. O acumular de emoções atinge os limites do indivíduo que acaba por se descontrolar e agir desmedidamente no sentido de procurar o alívio e satisfação das suas necessidades. Os baixos níveis de Conforto com a Proximidade predizem significativamente a Hostilidade porque o desconforto nas relações interpessoais e interações sociais pode desencadear sentimentos/emoções negativas como sejam o medo, raiva, frustração e ansiedade, que tendem a acumular-se até que o indivíduo sinta necessidade de proceder a uma descarga de energia (Critchfiel, Levy, Clarkin, & Kernberg, 2008).

Relativamente à dimensão Ideação Paranoide, o modelo de vinculação revela-se significativo e explica 46% da sintomatologia psicopatológica em questão.

O perfil Amedrontado difere significativamente dos perfis Seguro e Preocupado (respetivamente), e difere marginalmente do perfil Desinvestido; o perfil Preocupado difere significativamente do perfil Seguro.

O indivíduo Amedrontado, devido à sua vulnerabilidade e a ausência de confiança no outro, tende a manter-se hipervigilante no sentido de evitar situações de risco. Este estado constante pode facilmente remeter para comportamentos delirantes, que se regem por um pensamento distorcido pautado pela paranoia e hostilidade contra o outro. O indivíduo tende a projetar a culpa, fomentando ainda mais a agressividade dirigida à pessoa em questão; a baixa capacidade do indivíduo em estabelecer/manter relações interpessoais reforça as suas desconfianças, afastando-o ainda mais do ambiente que o rodeia e gerando ainda pensamentos disfuncionais e irrealistas (MacBeth, Schwannauer, & Gumley, 2008).

O indivíduo Preocupado alimenta a sua dependência nos outros com base na excessiva confiança que estabelece com uma ou várias pessoas de referência, podendo encarar os outros como uma ameaça externa. Dada a sua ânsia em manter uma forte proximidade, na qual o indivíduo procura ativamente por atenção, tende a alimentar ideias de que as pessoas alheias às relações estabelecidas têm intenções de prejudicar tanto o indivíduo com as relações que ele havia estabelecido. Cria-se, portanto, uma panóplia de delírios que rege o comportamento do indivíduo no sentido de se defender de possíveis ataques alheios que prejudiquem a sua zona de conforto (Wickham, Sitko, & Bentall, 2014).

Os resultados obtidos – que demonstram uma relação preditiva entre vinculação e Ideação Paranoide – permitem explicar este panorama, no qual o Conforto com a Proximidade – de uma forma inversamente proporcional – e a Ansiedade – de uma forma diretamente proporcional – predizem o desenvolvimento desta sintomatologia específica; a dimensão Confiança nos Outros não revela uma relação preditiva significativa/marginal com a sintomatologia psicopatológica em questão. Dado que a Ideação Paranoide se rege pela possibilidade de ameaça externa dirigida ao próprio, a ausência de conforto e à vontade no estabelecimento/manutenção das relações interpessoais dá aso à construção de ideias distorcidas quanto às intenções dos outros. A extrema desconfiança e a necessidade de controlar o ambiente envolvente – como forma de proteção –, levam o indivíduo a alimentar crenças persecutórias irracionais e desmedidas. Associado à Ansiedade, o conjunto de conceptualizações culmina numa constante inquietação e necessidade de evitar as interações interpessoais que possam originar situações de perigo. O isolamento associado, em conjunto com as crenças disfuncionais do indivíduo, levam-no a experienciar uma baixa autoestima, que conseqüentemente exacerba a sintomatologia paranoide (Pickering, Simpson, & Bentall, 2008).

No que respeita à dimensão Psicoticismo, o modelo de vinculação revela-se significativo e apresenta uma percentagem de variância explicada de 49%.

O perfil Amedrontado difere significativamente de todos os restantes perfis (Seguro, Desinvestido e Preocupado, respetivamente); e os perfis Preocupado diferem significativamente do perfil Seguro.

A sintomatologia psicótica geralmente desencadeia-se como fruto de um estilo de vida esquizoide, no qual o isolamento é predominantemente vincado. O indivíduo

não teve oportunidade de se integrar devidamente no meio, vivendo um cotidiano tendencialmente desviado da norma. Quando exposto à realidade, o indivíduo exhibe dificuldades em lidar com o que o rodeia, permitindo-se refugiar nos seus pensamentos disfuncionais. O constante refúgio acaba por fundir-se com a percepção do indivíduo relativamente à realidade originando-se uma forte associação que elimina os limites entre a realidade e a imaginação. Como é o pensamento que rege a ação, o comportamento do indivíduo torna-se desadequado, anormal e disfuncional (Korver-Nieberg, Berry, Meijer, & de Haan, 2013).

O indivíduo Amedrontado, cuja percepção do próprio e dos outros converge num modelo negativo, receia as situações que lhe fogem do controlo e adota formas imediatas de colmatar a sua ansiedade ao recorrer a determinados pensamentos. Como predomina a insegurança, o indivíduo adota uma postura passiva e discreta, realizando um trabalho interno muito intenso. O indivíduo Preocupado tende a ser muito dependente do outro, não sabendo lidar com a sua ausência – consequentemente impelindo-o à adoção de estratégias que lhe tragam algum alívio emocional imediato –; ao passo que o indivíduo Desinvestido desvaloriza as relações interpessoais e aposta no isolamento social. Neste sentido, conclui-se que os diversos fatores cognitivos, sociais e afetivos, quando disfuncionais, assumem-se como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psicótica (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2007, 2008; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001).

Os resultados obtidos – que demonstram uma relação preditiva entre vinculação e Psicoticismo – permitem explicar este panorama, no qual a Ansiedade – de uma forma diretamente proporcional – e o Conforto com a Proximidade – de uma forma inversamente proporcional – predizem o desenvolvimento desta sintomatologia específica; a dimensão Confiança nos Outros não exhibe qualquer relação preditiva significativa/marginal com a sintomatologia psicopatológica em questão. O isolamento vincado na vida do indivíduo, cujos níveis de Psicoticismo são elevados, não prepara devidamente o sujeito para encarar novas situações. A tolerância à mudança é reduzida, incentivando-se o despoletar da ansiedade perante o inesperado/desconhecido. Por outro lado, o indivíduo não desenvolveu devidamente a sua capacidade de estabelecimento de relações interpessoais, aumentando o seu desconforto em interações sociais (Korver-Nieberg et al., 2013).

Finalmente, quanto à dimensão Ansiedade Fóbica, o modelo de vinculação é marginalmente significativo na predição desta sintomatologia psicopatológica, explicando-a apenas em 3.3%.

Nenhum dos perfis de vinculação difere significativamente entre si e no que respeita às dimensões de vinculação, nenhuma se relaciona significativamente com a Ansiedade Fóbica, embora a dimensão Ansiedade possua uma relação pouco significativa ($p < .10$).

Fundamentada pelo medo e pelo evitamento ativo de perigo, a fobia afasta-se do modelo relacional – cujo foco é o estabelecimento de relações interpessoais e respetivo impacto nas cognições e experiências emocionais e afetivas do indivíduo (Berman & Spertling, 1994). O indivíduo tem consciência de que as suas reações são intensamente desmedidas e irracionais, mas não consegue controlar o medo/ansiedade que sente quando encara a pessoa, objeto ou situação fóbica (Öhman & Mineka, 2001).

A literatura, em oposição, revela que a dimensão Confiança nos Outros é significativa no que respeita à relação com a psicopatologia (e.g., Monteiro, 2009). No que respeita à EVA, verifica-se uma “ausência de estudos de validade de constructo e de normas de referência mais específicas para diferentes amostras [...] [o que não permite] uma análise aprofundada das dimensões em causa” (Martins, 2011, p. 55). E, tal como é possível analisar, os valores associados à dimensão Confiança nos Outros em cada um dos protótipos não se demonstram muito elevados e encontram-se relativamente próximos da média nos protótipos de vinculação insegura, comparada à dimensão Conforto com a Proximidade (rever Quadro 5).

Relembrando que as primeiras relações de vinculação se desenvolvem no seio familiar e que depois vão sendo transpostas para outros contextos sociais, é importante realçar novamente a influência desses mesmos contextos na modelação das estruturas cognitivas e afetivas do indivíduo, e conseqüente construção e integração da identidade (Bowlby, 1973, 1988). Neste sentido, “[...] trust has to be achieved within a familiar world, and changes may occur in the familiar features of the world which will have an impact on the possibility of developing trust in human relations” (Luhmann, 2000, p. 94).

Inserida numa sociedade cada vez mais populosa e constituída por diversos sistemas (*vide* Bronfenbrenner, 1979) essencialmente dominados pelos setores político e económico, a família vai sentindo gradualmente os efeitos da sociedade atual. O

crescente individualismo e instabilidade em questões monetárias e morais têm vindo a desequilibrar o modo de vida da comunidade em geral, afetando, conseqüentemente os níveis de confiança no outro – seja como entidade individual (Adams & Jones, 1999) ou institucional (Cook, 2001; Couch & Jones, 1997), em que ambas estão mutuamente relacionadas (Fukuyama, 1995). Como tal, gera-se um ciclo vicioso em que as pessoas têm vindo a sentir cada vez mais dificuldade em confiar nos outros, gerindo o seu quotidiano da forma mais favorável possível às suas necessidades.

A progressiva insatisfação com os sistemas envolventes tem levado à necessidade de experienciar cada vez mais situações potenciadoras de prazer, fazendo as pessoas ingressarem nos mais variados contextos de lazer (Gomes, 2014). Neste sentido, e de uma forma quase dissociável, também o comportamento sexual está a tornar-se progressivamente mais banalizado (Giddens, 1992) como forma de igualar os papéis de género, levando a que as pessoas partilhem a sua intimidade com outras sem um estabelecimento prévio de relações profundas de conhecimento e de confiança em relação ao outro (Jamieson, 1999).

Todos estes motivos podem ter contribuído para a ausência de relação significativa entre a dimensão Confiança nos Outros e as dimensões de sintomatologia psicopatológica, tendo em conta que a confiança tem sido gradual e generalizadamente mais desvalorizada.

No que respeita às diferenças de Sexo e Idade nas dimensões de vinculação e de sintomatologia psicopatológica, os resultados (1) revelam níveis mais elevados de Ansiedade – enquanto sintomatologia psicopatológica – nos indivíduos do Sexo Feminino e (2) revelam que as dimensões Confiança nos Outros e Conforto com a Proximidade são mais experienciadas pelos Adultos.

Tal como demonstraram os estudos de Bebbington (1998), Ohannessian et al. (1999), Ohannessian et al. (1996), Rabasquinho e Pereira (2007), e Rocha (2008), indivíduos do sexo feminino tendem a desenvolver sintomatologia ansiosa mais facilmente do que indivíduos do sexo masculino.

Ohannessian et al. (1999) e Ohannessian et al. (1996) demonstraram a tendência dos adolescentes para uma autoperceção negativa e presença de sintomatologia psicopatológica; Acierno et al. (2002) demonstrou que a geração mais velha tende a lidar melhor com experiências traumáticas do que a geração mais jovem; e Erskine et al. (2007) afirmam que os adultos mais jovens desenvolvem mais sintomatologia

psicopatológica do que os adultos mais velhos. As dimensões Confiança nos Outros (embora não seja significativa/marginalmente preditora da sintomatologia psicopatológica em estudo) e Conforto com a Proximidade apresentam mais elevados na vinculação segura, em oposição à dimensão Ansiedade. Como tal, os resultados vão de encontro à literatura, pois revelam maior tendência para a vinculação segura – e, conseqüentemente, estratégias de *coping* e expressão emocional adequadas às situações, maior autonomia, e uma autoperceção mais positiva – por parte dos Adultos, tal como reforça Barbosa (2008) ao afirmar que os adultos mais velhos se enquadram num protótipo Seguro.

Conclusão

Dado que “[...] as categorias patológicas [são] constituídas por grupos de sintomas que apresentam alguma estabilidade descritiva” (Braconnier, 2007, p. 166), torna-se fundamental aprofundar o conhecimento acerca dos sintomas patológicos e respectivas causas, de forma a permitir-se o estabelecimento de “diagnósticos fiáveis [que] são essenciais para orientar recomendações de tratamento [...]” (APA, 2014, p. 5) e outras questões importantes para o planeamento de serviços e para a investigação. Neste sentido, o presente estudo assume-se como um novo contributo científico para o aprofundamento das áreas da Vinculação e da Psicopatologia.

Ao longo do processo psicoterapêutico, o profissional recolhe informação essencial para conhecer a história de vida do indivíduo e compreender o seu modo de funcionamento cognitivo e comportamental atual. Desta forma, facilita-se a estruturação de um plano de intervenção adequado às características do indivíduo e respetivas necessidades.

Como tal, uma investigação aprofundada sobre as características dos estilos de vinculação e respetiva diferenciação permite definir intervenções mais específicas e adequadas às características inerentes, tornando-se, conseqüentemente, mais eficientes e eficazes.

O perfil Amedrontado revela-se como o mais proeminente em relação às dimensões de sintomatologia psicopatológica (em concordância com os estudos de Pielage, Gerlsma, e Schaap, 2000; Vanheule e Declercq, 2009; Wearden, Lambertson, Crook, e Walsh, 2005), diferindo significativamente do perfil Seguro – exceto no que diz respeito à Ansiedade Fóbica, em que nenhum dos perfis se diferenciava significativamente entre si. O indivíduo amedrontado caracteriza-se por (1) deter um modelo negativo do *self*, no qual há uma persistente desvalorização do próprio enquanto não merecedor de atenção e afeto por se considerar inferior aos outros, e (2) detém um modelo negativo do outro, no qual o indivíduo dificilmente estabelece/mantém relações significativas pois acredita que vai ser alvo de rejeição/abandono por parte do outro. Esta visão negativa fomenta crenças igualmente negativas que, em conjunto com as condições do meio envolvente, pode dar origem a sintomatologia psicopatológica. Por sua vez, o indivíduo seguro assume uma identidade – cuja construção se baseia também nas experiências de vinculação – seja tendencialmente consistente ao longo do tempo, e sujeita-se ao dinamismo característico do meio, podendo deixar-se influenciar por

diversos fatores. Como tal, indivíduos seguros não devem ser vistos como imunes ao desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, visto que também podem passar por momentos de crise emocional que interfiram significativamente com as suas diferentes áreas de funcionamento.

Dada a íntima ligação entre crenças e comportamentos (*vide* Beck, 1970), os modelos negativos do *self* e do outro regulam toda uma disfuncionalidade que se reflete a nível psicossocial (Bowlby, 1973, 1988).

Também o perfil Preocupado se diferencia significativamente do perfil Seguro em sete das nove dimensões psicopatológicas (Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranoide e Psicoticismo), enfatizando-se a importância do modelo negativo do *self* como possível base de um quadro psicopatológico, pois a sua influência continua a moderar a perceção e o comportamento nas relações estabelecidas (Collins et al., 2004). Precisamente por possuir uma visão negativa do *self*, a visão positiva em relação ao outro leva o indivíduo preocupado a assumir comportamentos desajustados em contextos sociais, dado que ambos os modelos não são dissociáveis (Bowlby, 1973, 1988). De uma forma semelhante, o indivíduo desinvestido tende para o desequilíbrio psicológico devido à conjugação entre um modelo positivo do *self* e um modelo negativo do outro, o que não lhe providencia segurança/confiança suficiente para encarar as interações sociais. Todavia, a sua tendência para o evitamento social fomenta uma defesa contra os efeitos de rejeição e da insatisfação das suas necessidades, tornando-o menos vulnerável ao impacto emocional de determinadas situações. Também o facto de deter um modelo positivo do *self* permite ao indivíduo desinvestido uma menor tendência para desenvolver sintomatologia psicopatológica (Murphy & Bates, 1997), numa perspetiva geral, quando comparado aos indivíduos que se enquadram nos perfis Amedrontado e Preocupado.

O equilíbrio e o positivismo vivenciado pelo indivíduo seguro assumem-se como fatores protetores, contribuindo para o ajustamento intra e interpessoal (Keskin & Çam, 2009; Korol, 2008; Silva, 2007).

Numa perspetiva mais dimensional, realça-se o impacto da Ansiedade como preditor significativo com grande peso para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica de diferente natureza: as conceções que o indivíduo foi construindo

relativamente às questões interpessoais baseiam-se em medos, inseguranças e incertezas, criando uma forte instabilidade emocional (Collins & Read, 1990).

A dimensão Conforto com a Proximidade assume-se como um preditor significativo na maioria dos casos – numa relação inversamente proporcional –, realçando-se a importância da rede social próxima na estabilidade emocional do indivíduo, embora nem sempre as relações estabelecidas sejam saudáveis nem harmoniosas o suficiente para criarem um ambiente propício ao equilíbrio (Bauman, 2003) – podendo assumir, por outro lado, um papel potenciador de sintomatologia psicopatológica.

A dimensão Confiança nos Outros não teve o impacto esperado, embora os baixos valores encontrados possam ser justificados não só pela falta de estudos de validação mais aprofundados (Martins, 2011), como também, possivelmente, pelo crescente individualismo e consequente desconfiança presente nas relações diádicas e institucionais (Adams & Jones, 1999; Cook, 2001; Couch & Jones, 1997; Fukuyama, 1995), que têm vindo a sentir-se na sociedade atual.

Como os MID são estruturas muito complexas e abstratas (Klohn & John, 1998), utilizadas na compressão de novas experiências (Collins et al., 2004), a relação entre vinculação e psicopatologia não é absolutamente linear, embora exista uma forte relação: “Attachment theory portrays insecure attachment as a risk factor for negative affectivity, prolonged distress, and psychopathology” (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 370). De encontro a esta premissa, os resultados do presente estudo permitem concluir que o modelo negativo do *self* é o centro desencadeador de sintomatologia psicopatológica – embora não seja exclusivo – pois vulnerabiliza o indivíduo, tornando-o mais suscetível a mudanças de humor, consolidação de crenças disfuncionais e alterações comportamentais desadequadas. Provoca-se, assim, um consequente mal-estar significativo que afeta todas as áreas de funcionamento do indivíduo.

Ao optar-se por uma abordagem dimensional a nível psicopatológico pode obter-se um conhecimento suficientemente abrangente para a formulação de intervenções adequadas às problemáticas, visto que as categorias de psicopatologia – os denominados diagnósticos – não são mais senão conjuntos de sintomas psicopatológicos (APA, 2014). Optar por uma investigação em amostras não clínicas possibilita uma

recolha mais heterogénea, cujos resultados podem ser um reflexo mais fiel da população.

A falta de controlo sobre potenciais variáveis (e.g., educação e estilos parentais, convivência social, rotinas, características da criança) que possam interferir com os resultados, assumindo-se com uma limitação desta investigação sugerindo-se que futuros trabalhos possam incluir um estudo mais aprofundado destes mesmos exemplos, preferencialmente num carácter longitudinal. A utilização da EVA poderá não ter sido a mais adequada dados os baixos valores das dimensões Confiança nos Outros e Conforto com a Proximidade (rever secção Instrumentos) e tendo em consideração a ausência de estudos de validação que permitam melhorar e especificar o conteúdo da escala (Monteiro, 2011), assumindo-se, portanto, como uma outra limitação deste estudo. Investir no melhoramento desta escala poderia ser um desafio interessante para futuras investigações.

Tal como foi concretizado nesta investigação, seria importante continuar a investir nos estudos que abrangem a população não clínica, onde a diversidade é maior, permitindo obter-se uma visão mais generalizável e realista acerca da população.

Referências Bibliográficas

- Acierno, R., Brady, K., Gray, M., Kilpatrick, D. G., Resnick, H., & Best, C. L. (2002). Psychopathology following interpersonal violence: A comparison of risk factors in older and younger adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 13-23.
- Adams, J. M., & Jones, W. H. (1999). *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 55-63.
- Ammaniti, M., van IJzendoorn, M. H., Speranza, M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2(3), 328-346.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Armour, C., Elklit, A., & Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: A latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. DOI:10.3402/ejpt.v2i0.6018.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. DOI:10.1037//0003-066X.55.5.469.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263. DOI:10.1080/14616730902814762.
- Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 371-379. DOI:10.1002/erv.951.
- Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G. Á., Broock, A., Hajak, G., & Rütther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors

- in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 269-278. DOI:10.1053/comp.2002.33492.
- Baptista, M. N., & Teodoro, M. L. M. (2012). *Psicologia de família: Teoria, avaliação e intervenções*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Portugal.
- Barone, L., & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the adult attachment interview. *Attachment & Human Development*, 11(4), 405-417. DOI:10.1080/14616730902814770.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bauman, Z. (2003). *Liquid love: On the frailty of human bonds*. Oxford: Blackwell Publishing, Ltd..
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(35), 2-6.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. DOI:10.1016/S0005-7894(70)80030-2.
- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the adult psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 734-740. DOI:10.1093/schbul/sbs049.
- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica*. (3ª ed. rev.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 3-30). New York: The Guilford Press.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 458-475.

- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1275-1282.
- Berry, K., Wearden, A., & Barrowclough, C. (2007). Adult attachment styles and psychosis: An investigation of associations between general attachment styles and attachment relationships with specific others. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 972-976. DOI:10.1007/s00127-007-0261-5.
- Biddulph, S. (2006). *Criando meninos*. São Paulo: Editora Fundamento.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 796-805. DOI:10.1007/s00127-006-0101-z.
- Bland, J., & Altman, D. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 314, 572.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2004). Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem com fator de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(3), 211-226. DOI:10.1590/S0103-166X2004000300006.
- Borelli, J. L., Goshin, L., Joestl, S., Clark, J., & Byrne, M. W. (2010). Attachment organization in a sample of incarcerated mothers: Distribution of classifications and associations with substance abuse history, depressive symptoms, perceptions of parenting competency, and social support. *Attachment & Human Development*, 12(4), 355-374. DOI:10.1080/14616730903416971.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Brás, A. T. S. C. (2008). *A influência da alexitimia e do estilo de vinculação no desencadeamento e na manutenção da perturbação de pânico* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Braun, J. D. (2000). *Order in disorder: An exploration of psychopathology using chaos theory* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Rand Afrikaans, África do Sul.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66(5), 835-878.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(5), 393-402. DOI:10.1016/j.appdev.2008.06.002.
- Burghardt, G. M. (2004). *The genesis of animal play: Testing the limits*. Cambridge: The MIT Press.
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. S. (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.
- Canguilhem, G. (1991). *The normal and the pathological*. New York: Zone Books.
- Cantazaro, A., & Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: A test of a mediational model. *Journal of Personality*, 78(4), 1135-1162. DOI:10.1111/j.1467-6494.2010.00645.x
- Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1995). The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.),

Developmental processes and psychopathology: Theoretical perspectives and methodological approaches (Vol. 1, pp. 581-617). New York: Cambridge University Press.

Carvalho, M. A. D. (2007). *Vinculação, temperamento e processamento da informação: Implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Portugal.

Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.

Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.

Collins, N. L., Guichard, A. C., Ford, M. B., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. In W. S. Rhodes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 196-266). New York: The Guilford Press.

Cook, K. (2001). *Trust in society* (Vol. 2). New York: The Russell Sage Foundation.

Cordeiro, R. A. C. (2012). *Vinculação e temperamento afetivo em jovens adultos* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.

Costa, L. F., & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: Uma perspetiva integradora. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 33-41. DOI:10.1590/S0102-71822005000200006.

Costa, P. T., Jr., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322-331. DOI:10.1037//0022-3514.81.2.322.

Couch, L., & Jones, W. (1997). Measuring levels of trust. *Journal of Research in Personality*, 31(3), 317-336. DOI:10.1006/jrpe.1997.2186.

Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 67-82. DOI:10.1002/jclp.20434.

Cummings-Robeau, T. L., Lopez, F. G., & Rice, K. G. (2009). Attachment-related predictors of college students' problems with interpersonal sensitivity and

- aggression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(3), 364-391.
DOI:10.1521/jscp.2009.28.3.364.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.).
Porto Alegre: Artmed.
- de Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol addiction and the attachment system: An empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44, 99-114.
DOI:10.1080/10826080802525744.
- de Ruiter, C., & van IJzendoorn, M. H. (1992). Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 365-381.
DOI:10.1016/0887-6185(92)90006-S.
- Declercq, F., & Willemsen, J. (2006). Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: Adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 256-263.
DOI:10.1002/cpp.492.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief symptom inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems, Inc..
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *Administration and procedures: BSI* (Vol. 1). Baltimore: Clinical Psychometric Research, Inc..
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dias, P. M. B. S. (2007). *Vinculação e regulação autonómica nas perturbações alimentares* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Portugal.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432. DOI:10.1016/j.cpr.2005.02.002.
- Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M., & Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 163-178. DOI:10.1111/j.2044-8341.2011.02028.x.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.

- Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2006). Interpersonal predictors of onset of depression during the transition to adulthood. *Personal Relationships*, *13*, 195-206.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adults attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, *1*, 365-380.
- Erskine, J. A. K., Kvavilashvili, L., Conway, M. A., & Myers, L. (2007). The effects of age on psychopathology, well-being and repressive coping. *Aging and Mental Health*, *11*(4), 394-404.
- Eugénio, I. C. D. F. (2009). *Ansiedade e percepções/attitudes profissionais da educação face à avaliação de desempenho* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Fortuna, K., & Roisman, G. I. (2008). Insecurity, stress, and symptoms of psychopathology: Constrasting results from self-reports versus interviews of adult attachment. *Attachment & Human Development*, *10*(1), 11-28. DOI:10.1080/14616730701868571.
- Fortunato, R. C. (2009). *Ecos da idade, sexo e nível sócio-económico em dimensões da conjugalidade: Satisfação, vinculação/afectividade e proximidade* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Franz, C. E., Lyons, M. J., Spoon, K. M., Hauger, R. L., Jacobson, K. C., Lohr, J. B., ..., & Kremen, W. S. (2014). Post-traumatic stress symptoms and adult attachment: A 24-year longitudinal study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(12), 1603-1612. DOI:10.1016/j.jagp.2014.02.003
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press Paperbacks.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, *31*(2), 189-195. DOI:10.1017/S0033291701003312.
- Geary, D. C. (2009). *Male, female: The evolution of human sex differences* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy: Sexuality, love & eroticism in modern societies*. Cambridge: Polity Press.

- Glick, J. (1975). Cognitive development in cross-cultural perspective. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 595-654). Chicago: The University of Chicago Press.
- Gomes, C. L. (2014). Lazer: Necessidade humana e dimensão da cultura. *Revista Brasileira de Estudos do Lazer*, 1(1), 3-20.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Hall, J. A., Andrzejewski, S. A., & Yopchick, J. E. (2009). Psychosocial correlates of interpersonal sensitivity: A meta-analysis. *Journal of Nonverbal Behavior*, 33, 149-180. DOI:10.1007/s10919-009-0070-5.
- Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. Z. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(1), 136-151. DOI:10.1177/0146167204271324.
- Hansen, A. L., Waage, L., Eid, J., Johnsen, B. H., & Hart, S. (2011). The relationship between attachment, personality and antisocial tendencies in a prison sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 268-276. DOI:10.1111/j.1467-9450.2010.00864.x.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Hong, Y. R., & Park, J. S. (2012). Impact of attachment, temperament and parenting on human development. *Korean Journal of Pediatrics*, 55(12), 449-454. DOI:10.3345/kjp.2012.55.12.449.
- Jamieson, L. (1999). Intimacy transformed? A critical look at the 'pure relationship'. *Sociology*, 33(3), 477-494.
- Johnson, R. A., & Wichern, D. W. (2002). *Applied multivariate statistical analysis* (5th ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.

- Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology, 11*(6), 863-876. DOI:10.1177/1359105306069084.
- Kerr, D. C. R., Preuss, L. J., & King, C. A. (2006). Suicidal adolescents' social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(1), 103-114. DOI:10.1007/s10802-005-9005-8.
- Keskin, G., & Çam, O. (2009). Adolescence and attachment process: Review of the literature in terms of mental health. *Yeni Symposium Journal, 47*(2), 52-59.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., Jr., & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues, 61*(2), 241-266.
- Klohnen, E. C., & Bera, S. (1996). Behavioral and experiential patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: A 30-year longitudinal perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 211-223. DOI:10.1037/0022-3514.74.1.211.
- Korol, S. (2008). Familial and social support as protective factors against the development of dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation, 9*(2), 249-267. DOI:10.1080/15299730802048744.
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C. J., & de Haan, L. (2013). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87*(2), 127-54. DOI:10.1111/papt.12010.
- Li, T., Li, J., & Dai, Q. (2008). Adult attachment, social support, and depression level of poststroke patients. *Social Behavior and Personality, 36*(10), 1341-1352.
- Liao, K. Y., & Wei, M. (2015). Insecure attachment and depressive symptoms: Forgiveness of self and others as moderators. *Personal Relationships*. Advance online publication. DOI:10.1111/per.12075.
- Luxen, M. F. (2007). Sex differences, evolutionary psychology and biosocial theory: Biosocial theory is no alternative. *Theory Psychology, 17*(3), 383-394.
- Lyddon, W. J., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counselling & Development, 79*, 405-414.

- Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal, 29*(3), 203-218. DOI:10.1002/imhj.20173.
- MacBeth, A., Schwannauer, M., & Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 81*(1), 79-93. DOI:10.1348/147608307X246156.
- Magalhães, M. C. A. (2012). *Histórias de vida: Os laços afetivos no mundo que criamos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: Uma revisão da área. *Temas em Psicologia, 13*(2), 91-103.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). New Jersey: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: The University of Chicago Press.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C., & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychology, 43*, 167-172.
- Martins, R. M. M. C. F. (2011). *Dimensões da personalidade e da vinculação em pacientes com sintomatologia depressiva: Estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Marrone, M. (1998). *Attachment and interaction*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*(3), 312-318.
- Matos, P. M. (2002). *(Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade do Porto, Portugal.

- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106. DOI:10.1037/0022-3514.73.5.1092.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 817-826. DOI:0022-3514/93/\$3.00.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 11-15.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc..
- Monteiro, I. M. S. (2009). *Contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão do adulto* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Portugal.
- Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Journal of Personality and Interpersonal Differences*, 22(6), 835-844. DOI:10.1016/S0191-8869(96)00277-2.
- Nunes, L. M. C. M. (2010). *Análise biográfica, do estilo de vinculação e da personalidade, em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Nunnally, J., & Bernstein, L. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Ohannessian, C. M., Lerner, R. M., Lerner, J. V., & von Eye, A. (1999). Does self-competence predict gender differences in adolescent depression and anxiety?. *Journal of Adolescence*, 22(3), 397-411.
- Ohannessian, C. M., Lerner, R. M., von Eye, A., & Lerner, J. V. (1996). Direct and indirect relations between perceived parental acceptance, perceptions of the self, and emotional adjustment during early adolescence. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 25(2), 159-183.

- Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483-522. DOI:10.1037//0033-295X.108.3.483.
- Oliveira, C. M. (2012). *Dor crónica, vinculação e acontecimentos de vida stressantes* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Shibuya, N., Sadahiro, R., & Enokido, M. (2014). Correlations of interpersonal sensitivity with negative working models of the self and other: Evidence for link with attachment insecurity. *Annals of General Psychiatry*, 13(5). DOI:10.1186/1744-859X-13-5.
- Paixão, N. R. D'A. (2009). *Um estudo exploratório: Busca da compreensão da toxicoddependência e da psicossomática no âmbito da vinculação* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *Human development* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Peluso, P. R., Peluso, J. P., White, J. F., & Kern, R. M. (2004). A comparison of attachment theory and individual psychology: A review of the literature. *Journal of Counselling & Development*, 82, 139-145.
- Piaget, J. (1929). *The child's conception of the world*. London: Routledge & Kegan Paul, Ltd..
- Piaget, J. (1964). Part I: Cognitive development in children: Piaget: Development and learning. *Journal of Research in Science Teaching*, 2(3), 176-186. DOI:10.1002/tea.3660020306.
- Picado, L. (2007). *Ansiedade, burnout e engagement nos professores do 1º ciclo do ensino básico: O papel dos esquemas precoces mal adaptativos no mal-estar e no bem-estar dos professores* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., di Gennaro, G., Meldolesi, G. N., & Martionotti, G. (2013). Attachment and parenting in adult patients with anxiety disorders. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 157-163.
- Pickering, L., Simpson, J., Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1212-1224. DOI:10.1016/j.paid.2007.11.

- Pielage, S. B., Gerlsma, J., & Schaap, C. P. D. R. (2000). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(4), 296-302. DOI:10.1002/1099-0879(200010)7:4<296::AID-CPP262>3.0.CO;2-8.
- Pini, S., Abelli, M., Troisi, A., Siracusano, A., Cassano, G. B., Shear, K. M., & Baldwin, D. (2014). The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 741-746. DOI:10.1016/j.janxdis.2014.06.010.
- Polanczyk, G. V. (2009). Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 6-12.
- Ponizovsky, A., & Drannikov, A. (2013). Contribution of attachment insecurity to health-related quality of life in depressed patients. *World Journal of Psychiatry*, 3(2), 41-49. DOI:10.5498/wjp.v3.i2.41.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439-454. DOI:10.14417/ap.456.
- Raíño, D. F. R. S. (2012). *Relações interpessoais, estilos de vinculação e esquizotipia* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ramos, P. M. G. (2011). *Consumo de álcool e vinculação: Relação significativa?* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Riggs, S. A., & Han, G. (2009). Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *Journal of Adult Development*, 16, 39-52. DOI:10.1007/s10804-009-9051-5.
- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130. DOI:10.1002/erv.761.
- Rocha, M. (2008). *O desenvolvimento das relações de vinculação na adolescência: Associações entre contextos relacionais com pais, pares e par amoroso* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade do Porto, Portugal.
- Salcovskis, P. (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43.
- Scheffé, H. A. (1953). A method for judging all possible contrasts in analysis of variance. *Biometrika*, 40, 87-104.

- Shallcross, S. L. (2013). *Social support mediates the relation between attachment and responses to potentially traumatic events* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de Minnesota, Estados Unidos da América.
- Shaver, P., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161.
- Sheinbaum, T., Bedoya, E., Ros-Morente, A., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2013). Association between attachment prototypes and schizotypy dimensions in two independent non-clinical samples of Spanish and American young adults. *Psychiatry Research*, 210, 408-413. DOI:10.1016/j.psychres.2013.07.020.
- Sherry, A., Lyddon, W. J., & Henson, R. K. (2007). Adult attachment and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counseling & Development*, 85, 337-348.
- Silva, A. Z. F. M. (2007). *O estilo de vinculação e o desenvolvimento de comportamentos delinquentes: Factor de risco ou de protecção* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.
- Silva, M. G. S. (2003). *A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: O papel da sensibilidade materna e do suporte social* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Silva, M. G., & Costa, M. E. (2005). Vinculação aos pais e ansiedade em jovens adultos. *Psicologia*, 28(2), 9-32.
- Silva, O. P. V. (2002). A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 15-24.
- Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 15-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Sousa, C. S. G. R. (2009). *A ansiedade social no jovem adulto: Sua relação com os estilos parentais e com a vinculação na infância* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Sroufe, L., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: The Guilford Press.
- Stevens, J. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (5th ed.). New York: Taylor & Francis Group.

- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of Psychology, 144*(6), 523-534.
- Thegethof, M. I. S. C. A. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Portugal.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(6), 1007-1021. DOI:10.1037//0022-3514.79.6.1007.
- Uytun M., Oztop D., & Esel, E. (2013). Evaluating the attachment behaviour in during puberty and adulthood. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 26*(2), 177-189. DOI:10.5350/DAJPN2013260208.
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., van Son, M. J. M., van der Heijden, P. G. M., & Buhning, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology, 2*. DOI:10.3402/ejpt.v2i0.5628.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin, 117*(3), 387-403.
- van Ryzin, M. J., Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (2011). Attachment discontinuity in a high-risk sample. *Attachment & Human Development, 13*(4), 381-401. DOI:10.1080/14616734.2011.584403.
- Vanheule, S., & Declerq, F. (2009). Burnout, adult attachment and critical incidents: A study of security guards. *Personality and Interpersonal Differences, 46*(3), 374-376. DOI:10.1016/j.paid.2008.10.015.
- Vieira, F. E. M. (2008). *Avaliação da representação das relações íntimas, comportamento diádico e percepção da vinculação: Estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Portugal.
- Ward, M. J., Lee, S. S., & Polan, H. J. (2006). Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development, 8*(4), 327-340. DOI:10.1080/14616730601048241.

- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development, 71*(3), 678-683.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*(3), 684-689.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 279-288. DOI:10.1016/j.jpsychores.2004.09.010.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development, 71*(3), 695-702.
- Wickham, S., Sitko, K., & Bentall, R. P. (2014). Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: The mediating role of negative self-esteem. *Psychological Medicine*. Advance online publication. DOI:10.1017/S0033291714002633.
- World Health Organization. (2002). *World health report: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

Anexos

Anexo 1 - Questionário Sociodemográfico

1. Sexo

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Feminino
<input type="checkbox"/>	Outro

2. Idade _____

3. Estado Civil

<input type="checkbox"/>	Solteiro/a
<input type="checkbox"/>	Casado/a
<input type="checkbox"/>	União de Facto
<input type="checkbox"/>	Divorciado/a
<input type="checkbox"/>	Viúvo/a

4. Habilitações Literárias

<input type="checkbox"/>	4º Ano
<input type="checkbox"/>	9º Ano
<input type="checkbox"/>	12º Ano
<input type="checkbox"/>	Licenciatura/Bacharelato
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento
<input type="checkbox"/>	Outro

5. Situação Profissional

<input type="checkbox"/>	Empregado/a
<input type="checkbox"/>	Desempregado/a
<input type="checkbox"/>	Estudante
<input type="checkbox"/>	Trabalhador(a)/Estudante

6. Já foi acompanhado/a por um profissional de Psicologia?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

6.1. Se respondeu “Sim” à questão anterior, por favor descreva o motivo do acompanhamento.

7. Já foi acompanhado/a por um profissional de Psiquiatria?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

7.1. Se respondeu “Sim” à questão anterior, por favor descreva o motivo do acompanhamento.

7.2. Se respondeu à questão anterior, por favor descreva qual o tipo de medicação que lhe foi prescrita aquando o acompanhamento psiquiátrico.

8. Alguma vez lhe foi atribuído algum diagnóstico de perturbação mental e/ou de personalidade?

Exemplos: depressão, perturbação de ansiedade, perturbação de personalidade borderline, perturbação de sono (e.g., insónia, hipersónia),...

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

8.1. Se respondeu “Sim” à questão anterior, por favor descreva qual/quais o/s diagnóstico/s atribuído/s.
