



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES-CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E
COMPORTAMENTO-PPGNEC
LABORATÓRIO DE PESQUISA COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO



**ALIANÇA TERAPÊUTICA ESTABELECIDADA ENTRE O FISIOTERAPEUTA E
PACIENTE COM BASE NA TEORIA DO APEGO E REGULAÇÃO
EMOCIONAL.**

Irys Arielly Bernardo De Alcântara

João Pessoa

Setembro, 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES-CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E
COMPORTAMENTO-PPGNEC
LABORATÓRIO DE PESQUISA COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

**ALIANÇA TERAPÊUTICA ESTABELECIDA ENTRE O FISIOTERAPEUTA E
PACIENTE COM BASE NA TEORIA DO APEGO E REGULAÇÃO
EMOCIONAL.**

Irys Arielly Bernardo De Alcântara

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba tem como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre de em Neurociência Cognitiva e Comportamento, na linha de pesquisa: Psicobiologia: Processos Psicológicos Básicos e Neuropsicologia.

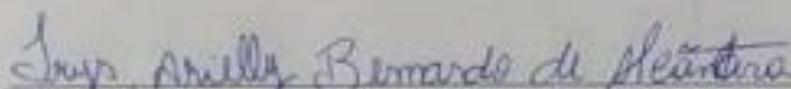
João Pessoa

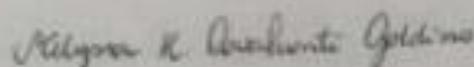
Setembro, 2023



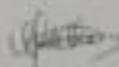
ATA DE DEFESA (DISSERTAÇÃO)

Aos vinte e oito dias do mês de setembro de dois mil e vinte e três, às nove horas, em formato remoto ([Meet: fbp-vvcc-eut \(google.com\)](https://meet.google.com/fbp-vvcc-eut)), reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento para o exame de dissertação de mestrado da discente **IRYS ARIELLY BERNADO DE ALCÂNTARA**, matrícula 20201014483. Foram componentes da banca examinadora os Professores Doutores: Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino (Presidente/orientadora), Maria Jose Nunes Gadelha (Membro Interno) e João Agnaldo do Nascimento (Membro externo – Departamento de Fisioterapia/UFPB). Dando início aos trabalhos, a presidente da banca, Profa. Dra. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino, após declarar o objetivo da reunião, apresentou a examinanda IRYS ARIELLY BERNADO DE ALCÂNTARA e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que defendesse sua pesquisa, intitulada “**ALIANÇA TERAPÊUTICA ESTABELECIDADA ENTRE O FISIOTERAPEUTA E PACIENTE COM BASE NA TEORIA DO APEGO E REGULAÇÃO EMOCIONAL**”. Passando então ao aludido tema, a examinanda foi a seguir arguida pelos examinadores na forma regimentar. Ato contínuo passou a comissão, em secreto, a proceder à avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito “Aprovada”, o qual foi proclamado pela presidência logo que esta foi franqueada ao recinto da solenidade pública. A versão final da dissertação deverá ser depositada em até 90 dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora. A discente não terá o título se não cumprir as exigências acima. Nada mais havendo a tratar, eu, **MELYSSA KELLYANE CAVALCANTI GADINO**, presidente da comissão examinadora, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos, assino juntamente aos demais membros da banca. João Pessoa, 28 de setembro de 2023.


Irys Arielly Bernardo de Alcântara (Mestranda/PPGNeC)



Dra. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino (Orientadora)



Dra. Maria Jose Nunes Gadelha (Membro Interno)



Dr. João Agnaldo do Nascimento (Membro Externo)

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A347a Alcântara, Irys Arielly Bernardo de.

Aliança terapêutica estabelecida entre o fisioterapeuta e paciente com base na teoria do apego e regulação emocional / Irys Arielly Bernardo de Alcântara. - João Pessoa, 2023.

106 f. : il.

Orientação: Malyssa Kellyane Cavalcanti Galdino.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Fisioterapia. 2. Fisioterapeuta e paciente - Interação. 3. Aliança terapêutica. 4. Regulação emocional. 5. Relação de apego. I. Galdino, Malyssa Kellyane Cavalcanti. II. Título.

UFPB/BC

CDU 615.8(043)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus com sua eterna generosidade e bondade sempre atendeu aos meus clamores e súplicas nunca me deixou um minuto desamparada me concedendo saúde e força para superar as dificuldades e obstáculos no qual me deparei.

Agradeço ao meu amado filho José Benício de Alcântara Oliveira pela beleza do sorriso em seu rosto que me dá forças todos os dias para continuar lutando, meu pilar.

Ao meu honroso e digníssimo pai, José de Arimatéia de Alcântara, por estar comigo sempre que precisei em todos os aspectos de minha vida apoiando dando a força necessária para chegar ao meu tão sonhado mérito.

A minha querida e amada mãe, Mariselma Bernardo de Alcântara, meu porto seguro, um espelho, exemplo a ser seguido, sempre me apoiou e respeitou todas as minhas tomadas de decisões, sei que sem seus incentivos encorajadores não teria chegado a esse momento de glória, sou grata por estar presente nos meus momentos de angústia, tristeza e preocupação me acalentando, como também, compartilhando os meus momentos de vitória louvando minhas conquistas.

Aos meus avôs Manuel Bernardo da Silva, *in memoriam*, e Matilde Martins da Costa por terem propagado seus sensores de ética em seus trabalhos árduos deixando legados de honestidade superando obstáculos durante todos esses anos em vida, que contribuíram para minha formação como pessoa, como cidadã e cristã.

Agradeço a minha competente orientadora, Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino, pelos ensinamentos, compreensão, conselhos e pelas horas dedicadas a meus momentos de incertezas que contribuiu para o meu crescimento acadêmico, seus conhecimentos são valiosos e de suma importância no âmbito da pesquisa científica, sou grata por ter acatado meu pedido para ser orientadora desse projeto magnífico que construímos juntas, seu brilhante trabalho é merecidamente reconhecido por todos que o conhecem.

Agradeço a todos meus colegas da Pós-Graduação pelos anos de aprendizagem e construção de um sonho que almejamos juntos.

Aos convidados da banca, por terem se debruçado sobre o texto afim de contribuir com suas brilhantes opiniões aprimorando o conhecimento sobre a temática.

Sumário

LISTA DE TABELAS	4
LISTA DE FIGURAS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
CAPÍTULO I: Introdução.....	8
1.1 Neurociência do apego	13
1.2 Neurociência da aliança terapêutica	13
1.3 Neurociência da regulação emocional.....	15
1.4 Justificativa.....	16
1.5 Objetivos	17
Objetivo geral.....	17
Objetivos específicos.....	17
1.6 Hipótese	17
CAPÍTULO II: Métodos.....	19
1.7 População do estudo	19
1.8 Desenho do estudo.....	19
1.9 Local.....	19
1.10 Considerações Éticas	19
1.11 Amostra.....	19
1.12 Critérios de Elegibilidade	19
1.13 Delineamento Metodológico	20
1.14 Instrumentos	20
Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)	20
Inventário de Aliança de Trabalho (<i>Working Alliance Inventory-WAI</i>)	21
Instrumento de vínculo parental (<i>Parental Bonding Instrument-PBI</i>)	21
Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS</i>)	24
Questionário de regulação emocional (<i>Emotion Regulation Questionnaire - ERQ</i>)	25
Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)	26
1.15 Procedimentos	26
Análise dos dados	26
CAPÍTULO III: Resultados.....	28
1.16 Participantes	28
1.17 Dados correlacionais.....	29

1.18 Análise dos preditores da Aliança terapêutica em relação fisioterapeutas e pacientes.
31

CAPÍTULO IV: Discussão	35
CAPÍTULO V: Conclusão.....	42
APÊNDICE A. FICHA DE SOCIODEMOGRAFICA.....	59
ANEXO A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO B. DASS-21	64
ANEXO C. Inventário de Aliança de Trabalho (<i>Working Alliance Inventory-WAI</i>)	65
ANEXO D. Instrumento de vínculo parental (<i>Parental Bonding Instrument-PBI</i>).....	68
ANEXO E. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS</i>).....	71
ANEXO F. Questionário de regulação emocional (<i>Emotion Regulation Questionnaire - ERQ</i>)....	75
ANEXO G. ARTIGO SUBMETIDO.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Faixas de Severidade - Escores de Corte – DASS-21.....	20
Tabela 2. Atribuições para escores dos itens do Parental Bonding Instrument.	22
Tabela 3. Características Sociodemográficas.....	26
Tabela 4. Média dos <i>Scores</i> dos instrumentos	27
Tabela 5. Correlação de Pearson.....	28
Tabela 6. Análise de coeficientes e variância do modelo de regressão linear simples entre as variáveis apego superproteção e aliança terapêutica.....	29
Tabela 7 . Análise de coeficientes e variância do modelo de Regressão Linear Simples entre as variáveis desregulação emocional e aliança terapêutica.	30
Tabela 8. Análise de variância do modelo da Regressão Linear Múltipla.....	30
Tabela 9 Análise de Coeficientes da Regressão Múltipla da análise de aliança terapêutica.....	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Associação entre dinâmica de troca de expressões faciais e concordância cérebro-cérebro durante a antecipação do tratamento da dor.....	14
Quadro 1. Vínculo parietal da PBI.....	23
Quadro 2. Instrumentos adotados no presente.....	25
Gráfico 1. Relação aliança terapêutica e desregulação emocional.....	31

RESUMO

Introdução: A Aliança terapêutica e apego são fatores predeterminantes para interação entre terapeuta e paciente, essa relação pode sofrer interferência da regulação emocional, diante da presença da desregulação, estratégias como supressão e reavaliação são válidas. Há evidências que o apego inseguro leva a alianças terapêuticas mais fracas, porém têm-se percebido menor ênfase sobre o papel do fisioterapeuta como facilitador ou dificultador da relação com seus pacientes. **Objetivo:** Investigar possíveis relações entre tipo de apego, regulação emocional a aliança terapêutica. **Métodos:** Esta pesquisa caracteriza-se como de natureza transversal e correlacional do tipo *ex post facto*, tendo como amostra 32 fisioterapeutas (15 mulheres e 17 homens) com média de idade de 30,5 anos, responderam os questionários de forma online através de um link disponibilizado todos eles completaram a pesquisa que utilizou os seguintes instrumentos: Inventário de Aliança de Trabalho (*Working Alliance Inventory-WAI*), Instrumento de vínculo parental (*Parental Bonding Instrument-PBI*), Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS*), Escala Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e o Questionário de regulação emocional (*Emotion Regulation Questionnaire-ERQ*). **Resultados:** Escores de indivíduos desregulados emocionalmente correlacionaram-se a maiores sintomatologias de ansiedade, depressão e estresse ($R=0,516$; $R=0,320$; $R=0,471$), além disso, foi encontrado que quando menor o apego superproteção, maior a intensidade da relação aliança quanto ao aspecto vínculo, tarefa e objetivo ($R=-0,229$; - $R=0,313$; $R=-0,404$). Realizada regressão linear simples demonstrou significativa associação do apego superproteção como forma de prevê aliança terapêutica [$F(1,30)=5,193$; $\beta=58,301$; $p<0,01$; $R^2=0,148$], mas não significativa para o apego cuidado [$F(1,30)= 2,078$; $\beta= 55,719$; $p>0,01$; $R^2=0,65$]. A dificuldade de regulação emocional prevê a aliança corresponde a [$F(1,30)= 9,841$; $\beta=64,063$; $p<0,01$; $R^2=0,247$]. **Discussão:** Sugere-se que os indivíduos com apego superprotetor e que apresentem dificuldade de regulação emocional estabeleçam alianças terapêuticas mais fracas e que a estratégia de regulação emocional mais utilizada pelos profissionais é a reavaliação. **Conclusão:** Menores níveis de apego superprotetor leva a objetivos e tarefas de aliança terapêutica mais fortes, para poder desenvolver suas habilidades com determinada quantidade pacientes recorrem a estratégias de supressão emocional, com tempo de

experiência profissional a favor aos objetivos estabelecidos em alianças terapêuticas mais fortes.

Palavras-Chave: Aliança Terapêutica, Apego, Regulação Emocional, Fisioterapeuta, Paciente.

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic alliance and attachment are predetermining factors for interaction between therapist and patient. This relationship can be interfered with by emotional regulation. In the presence of dysregulation, strategies such as suppression and reevaluation are valid. There is evidence that insecure attachment leads to weaker therapeutic alliances, but there has been less emphasis on the role of the physiotherapist as a facilitator or hinderer of the relationship with their patients. **Objective:** Investigate possible relationships between type of attachment, emotional regulation and therapeutic alliance. **Methods:** This research is characterized as a cross-sectional and correlational ex post facto type, with a sample of 32 physiotherapists (15 women and 17 men) with an average age of 30.5 years, answering the questionnaires online through a link made available to all of them completed the research that used the following instruments: therapeutic alliance assessment (Working Alliance Inventory), childhood attachment scale (Parental Bonding Instrument-PBI), Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS), Depression scale, Anxiety and Stress (DASS-21), Emotional Regulation Questionnaire (ERQ). **Results:** Emotionally dysregulated individuals are correlated with greater symptoms of anxiety, depression and stress, ($R=0.516$; $R=0.320$; $R=0.471$), the lower the overprotective attachment, the greater the intensity of the alliance relationship in terms of the bond, task aspect and objective ($R=-0.229$; $-R=0.313$; $R=-0.404$). Simple linear regression demonstrated a significant association of overprotective attachment as a form of therapeutic alliance predictions ($\beta=58.301$), but not significant for caring attachment. Difficulty in emotional regulation predicts the corresponding alliance ($\beta=64,063$). **Discussion:** It is suggested that individuals with overprotective attachment to emotionally dysregulated individuals present anxiety, depression and stress, in addition to regulation strategies, suppression and therapeutic alliances plus fights. **Conclusion:** Lower levels of overprotective attachment lead to stronger therapeutic alliance objectives and tasks, in order to develop their skills with a certain number of patients resort to

emotional suppression strategies, with time of professional experience in favor of the objectives proposed in stronger therapeutic alliances.

Keywords: Therapeutic Alliance, Attachment, Emotional Regulation, Physical Therapist, Patient.

CAPÍTULO I: Introdução

Os seres humanos por forma instintiva tendem a criar vínculos que lhe garantem sobrevivência, essa relação é presenciada nos primeiros dias de vida como descrita pela primeira vez pelo psicanalista John Bowlby, a teoria do apego em 1944, onde o psicanalista afirma que os precursores de distúrbios emocionais estariam relacionados a representações mentais baseadas em experiências precoces do apego, estabelecendo relação entre o desenvolvimento psíquico e a biológico (Waddington, 1957).

A teoria do apego evoluiu a partir da combinação de estudos John Bowlby e Mary Ainsworth observaram de forma detalhada as condutas maternas que apresentadas de forma segura é fundamental para o apego que se manifesta como base sólida para o desenvolvimento do sistema comportamental saudável. Os autores reforçam que o apego é fortalecido pela interação entre mãe e bebê justificada pela capacidade da mãe ser sensível a necessidade do bebê desenvolvendo segurança e confiança que influenciam em vários aspectos do desenvolvimento emocional e comportamental das crianças. A longo prazo a interação entre mãe e bebê associa-se as repercussões comportamentais, adaptativas e cognitiva (Jones, 2014).

Bowlby juntamente com Mary Ainsworth, fizeram observações em Uganda (Ainsworth, 1967) em seguida Baltimore, especularam cuidadosamente aspectos do comportamento materno que precederam as diferenças individuais no apego infantil. Com a criação da Strange Situation (técnica de avaliação que investiga como os apegos podem variar entre as crianças) foi possível classificar e diferenciar a segurança e insegurança do apego infantil (Ainsworth, 1978).

O apego é construído por representações de comportamento, cognição, emoção, fisiologia e genética. O sistema de apego é formado por representações mentais chamados (“*Internal Working Models*”-IWMs) ou Modelo Operacional Interno – MOI que tem como base o ambiente de cuidado (Bowlby, 1969; Bowlby, 1982). Estudos mostram que no primeiro ano de vida a criança constrói “bases seguras”, onde momentos relacionados

ao apego se afloram, geralmente os pais são revelados como porto seguro, onde no IWMS são referidos como “blocos de construção”. (Bretherton & Munholland, 2008). O MOI é responsável por essas formações de representações mentais e construção de sua visão sobre si, tipo de vinculação em relação aos demais. O MOI é interpretado de acordo com o comportamento do outro sobre si, o tipo de apego a desenvolver em situações de segurança e insegurança, com isso constrói estratégias de defesa, contornando determinadas situações em meio social (Cummings & Miller-Graff, 2015; Forman & Davies, 2005). As representações mentais foram esclarecidas no estudo de Ainsworth et al. (1978) a publicação é referência no tocante apego e nele foi avaliado o comportamento de crianças durante o contato, posteriormente, na separação com as mães, durante o experimento houve a inserção de uma pessoa desconhecida no ambiente experimental.

Bartholomew e Horowitz (1991), basearam na teoria do apego de Bowlby e apresentaram uma compreensão das percepções positivas e negativas de si e dos outros, com quatro dimensões: seguro, desorganizado, preocupado e com medo. As pessoas que apresentam um estilo de apego seguro carregam considerações positivas por si mesmas e dos outros. O estilo de apego desorganizado tem uma autoimagem positiva, porém uma imagem negativa das outras pessoas. Indivíduos com estilo de apego preocupado possuem uma autoimagem negativa, mas são positivos em relação às outras pessoas. Pessoas com um estilo de apego medroso percebem a si mesmas e aos outros como indignas e desagradáveis (Bartholomew & Horowitz, 1991).

A teoria do apego quando introduzida ao âmbito dos profissionais de saúde pode influenciar na relação terapeuta-paciente, considera-se que os estilos de apego dos profissionais de saúde como um pré-requisito potencial da qualidade do atendimento ao paciente (Norcross & Lambert, 2018).

Degnan, Seymour-Hyde e Harris (2016) investigaram o tipo de apego de profissionais de saúde e a qualidade do atendimento ao paciente. A revisão sistemática evidenciou que o estilo de apego do terapeuta é um preditor da aliança terapêutica e dos resultados de saúde dos pacientes.

A relação terapêutica contribui de maneira essencial em todos os tipos de terapia é importante em todos os modelos e orientações teóricas (Norcross & Lambert, 2018), embora ainda não saiba ao certo qual o modelo de apego terapêutico relacionado ao sucesso de processo terapêutico, várias pesquisas mostraram que o estilo de apego está fortemente relacionado à capacidade dos fisioterapeutas estabelecerem essas alianças. A capacidade de gerenciar emoções interpessoais, está diretamente relacionada ao estilo de apego seguro ou inseguro e na formação da aliança terapêutica estabelecida, nesse

contexto é importante resaltar a habilidade de regulação emocional do fisioterapeuta (Gimeno, 2021).

Fisioterapeutas com boa qualidade emocional são capazes de melhores respostas empáticas, apresentam-se mais confiantes em relações emocionais desafiadoras com seus pacientes, construindo uma melhor relação (Flückiger et al., 2018). Pressumi-se que o processo de tomada de decisão em diferentes níveis de complexidade parte de aspectos neurobiológicos das emoções que são formados por associações de experiências emocionais ao longo da vida (Esperidião-Antonio et al., 2017). As vivências emocionais combinadas as interferências realizadas de forma ativa através do toque em práticas fisioterapêutica somadas a estímulos sensoriais pode fortalecer ou enfraquecer a aliança terapêutica (Scalabrini et al., 2019).

Freud (1912/1976) remete aliança terapêutica a uma relação positiva, deve-se levar em consideração fatores que podem impactar o desenvolvimento e a manutenção desta variável no tratamento, um desses fatores é o apego entre pais e filhos, como foi visto anteriormente, trata-se do primeiro vínculo que serve como base em torno de outras figuras do apego ao longo da vida e exerce forte influência no desenvolvimento de relações futuras. Vínculo é uma variável importante a ser avaliada quando trata-se de aliança terapêutica. O engajamento é dependente do vínculo construído em relações já vivenciadas pelo indivíduo sendo considerada um fator determinante no processo de aliança terapêutica.

A eficácia de um tratamento é consequência de expectativas depositadas na terapêutica, na sensação de satisfação, no humor, no compromisso e no otimismo por parte dos fisioterapeutas e são considerados conceitos chaves para um bom engajamento. A natureza colaborativa do desenvolvimento de tarefas e objetivos do tratamento, vínculo pessoal entre paciente e fisioterapeuta faz com que origine o apego pessoal e estratégias de regulação das emoções (Thompson et al., 2010).

A regulação emocional refere-se a capacidade do indivíduo modificar diferentes aspectos emocionais, como intensidade, contexto para que possa ser atingido o que se espera. No âmbito clínico estudos revelaram associações moderadas a forte com índices de relacionamento interpessoal, incluindo a relação fisioterapeuta e paciente (Gross et al, 2015; Palma & Gondim, 2019). Gratz e Roemer, levaram em consideração a regulação emocional: a consciência e a compreensão das emoções, a aceitação das emoções, a capacidade em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos desejados e a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas

emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objetivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação.

O gerenciamento da regulação emocional se desenvolve na infância como parte do estilo de apego que tem continuidade na vida adulta. Em sua maioria, indivíduos com apego seguro está relacionado a estratégias de regulação emocional que enfatizam emoções positivas, tendo em vista que o apego é percebido como resistente ao longo do tempo enquanto que o manejo da regulação emocional é evolutiva e pode variar de acordo com as experiências da vida (Donise et al., 2022). É importante ressaltar a complexa interação entre o apego e o controle de regulação emocional no tocante do constructo de interação entre o fisioterapeuta e seu paciente (Cherry et al., 2013). O estilo de apego recebe interferência quando a regulação emocional está presente (Donise et al., 2022).

A atenção a regulação emocional é essencial no processo de relação terapeuta e paciente e esses fatores emocionais devem ser avaliados como parte das condutas terapêuticas (Ferraz et al., 2007). Em 2004, Gratz e Roemer desenvolveram a Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), atualmente, o instrumento mais utilizado para avaliar a dificuldade de regulação emocional clinicamente significativa.

A influência das emoções nas tomadas de decisão devem ser equilibradas através de estratégias de regulação emocional. Segundo Barrett, Wilson-Mendenhall e Barsalou, (2014), existem pelo menos cinco grupos de estratégias de regulação emocional: seleção de situação, modificação de situação, desdobramento atencional, mudança cognitiva e modulação de resposta. Sendo essas diferentes quanto ao processo utilizado para modular as respostas afetivas ou ao momento do processo afetivo em que são implementadas.

Os processos de modelos envolvidos na regulação emocional mais são: reavaliação cognitiva e supressão expressiva. A reavaliação cognitiva refere-se a tentativas iniciais de modificar as emoções que ocorrem antes da ativação completa da resposta emocional. A supressão expressiva consiste em tentativas tardias de modificar a emoção, quando a resposta emocional já foi gerada. Estudos mostram que a reavaliação cognitiva é mais eficaz do que a supressão expressiva (Gross, 2015; Kelley et al, 2019). Estudos de imagem cerebral, mostram que estratégia mais comumente estudada é a reavaliação e que as principais estruturas envolvidas nessa resposta afetiva é a amígdala e a ínsula. (Ochsner, Silvers & Buhle, 2012; Martin & Ochsner, 2016).

Estudos (Graßmann et al., 2020; Erdös & Ramseyer, 2021) recentes incorpora aliança terapêutica como uma variável interpessoal e a regulação emocional como moderadora, de tal forma que poderá enfraquecer ou fortalecer a forma como os pacientes e terapeutas se relacionam.

A intervenção específica para diversas patologias inclui a comunicação e interação psicológica entre terapeuta e paciente ao tratamento. A aliança terapeuta-paciente é fortalecida pela comunicação, cooperação e entendimento entre as duas partes, esse relacionamento integra parte positiva da evolução do tratamento, composta por três elementos essenciais: concordância sobre os objetivos do tratamento, concordância sobre as tarefas e o desenvolvimento de um vínculo pessoal (sentimentos positivos recíprocos) entre o cliente e o terapeuta. (Graves et al., 2017).

Estudos demonstraram a relação positiva terapeuta-paciente reflete melhoras significativas em casos de dores crônicas, tratamento de sequelas de AVC, reabilitação cardíaca e musculoesquelética (Jones et al., 2016; Fernandez et al., 2017; Martinez et al., 2016; Lawton et al., 2016), com diversos profissionais de saúde inclusive fisioterapeutas (Fuentes et al, 2014; Kinney et al, 2020; Alodaibi et al, 2021). Uma das limitações pertinentes é encontrar e identificar os componentes da terapia que são responsáveis pelas mudanças no quadro clínico, assim, desvendaria com maior precisão a progressão terapêutica, avanço de práticas elegíveis e com maior eficácia.

Algumas ferramentas são utilizadas para mensurar o relação terapeuta-paciente, a avaliação é por meio da classificação do entrevistador como também por meio de auto-relato. A avaliação da aliança terapeuta-paciente através do Inventário da Aliança de Trabalho (WAI) é um construto que segue um modelo pan-teórico tripartido de aliança de trabalho de Bordin (Bordin, 1979). O inventario é constituído por pilares : o vínculo, o acordo sobre os objetivos terapêuticos e o acordo sobre as tarefas terapêuticas. O inventário original possui 36 itens, 12 para cada subescala: vínculo afetivo entre paciente e terapeuta; acordo de metas; e tarefas. Outras versões da escala foram desenvolvidas uma versão curta (WAI-S) com 12 itens (Tracey & Kokotovic, 1989). Além disso, existe uma versão com 6 itens desenvolvida para utilização durante o tratamento, permitindo medir a mudança de aliança em uma base de sessão para sessão (Falkenstrom et al, 2015).

Uma versão *online* da escala WAI Short Form (Hatcher & Gillaspy, 2006), foi adaptada: Working Alliance Inventory para intervenções online (WAI-TECH-SF) uma forma de atingir uma população mais ampla. A WAI-TECH-SF contempla 12 itens, com respostas avaliadas em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre) e apresenta três dimensões: (1) objetivos terapêuticos (itens 1, 2, 8, 10), (2) tarefas (itens 4, 6, 10, 11) e (3) títulos (itens 3, 5, 7, 9), com pontuação total varia de 12 a 60. Estudo de Herreros et al. (2020) mostrou que WAI-TECH-SF é um questionário confiável para medir aliança terapêutica em ambiente virtual e aconselha calcular sua pontuação global para a escala total.

Evidências mostram que as intervenções realizadas através da Internet são eficazes no tratamento de diferentes distúrbios psicológicos, e podem ser tão eficazes quanto as presenciais. As Intervenções Baseadas na Internet (IBIs) são estratégias atraentes e úteis para serem aplicadas por profissionais de saúde em ambientes clínicos. (Topooco et al., 2017; Szein et al., 2018).

Embora os terapeutas tenham construído suas carreiras afim de mascarar suas experiências emocionais para facilitar a transferência e contratransferência do paciente, estudos apontam que a subjetividade é percebida pelos pacientes, seja pelo tom de voz pelo toque, linguagem corporal, isso interfere na relação terapeuta-paciente (Esheidt et al, 2021; Ramseyer et al., 2014).

Pensando na relação terapêutica entre fisioterapeuta e paciente que permanece incipiente, mesmo com estudos que fortaleçam essa aliança, ainda há poucos estudos sobre o que constitui uma relação terapêutica em fisioterapia. Na literatura ainda não existe estudos com essa população de profissionais da saúde que envolvam os potenciais benefícios de adotar uma perspectiva psicologicamente baseada no apego nos atendimentos aos pacientes.

1.1 Neurociência do apego

O apego faz parte da regulação que envolve o afeto, com isso aspectos motivacionais de incentivo são importantes determinantes nos vínculos de apego precoces. Os estímulos de recompensa está ligado a dopamina e às funções do núcleo accumbens, a amígdala e o córtex pré-frontal (PFC). (Kim, 2018).

O PFC comporta-se como codificador de respostas automáticas, a figura do apego, é considerado modulador dos processos cognitivos no sistema de apego. O eixo HPA é um coordenador de sistemas comportamentais e fisiológicos (Reebye et al, 2010).

O córtex orbitofrontal também é integrado ao ao processamento emocional e social junatamente com o sistema límbico. Um dano nessa região pode está relacionado ao comportamento social mal regulado. Siegel 2012, resalta que “as primeiras oito das nove funções do córtex pré-frontal médio são criadas pela comunicação integrativa e sintonizada entre pais e filhos”. Neurônios espelhos estão envolvido no processo de apego interagem na porção anterior do cíngulo, o córtex orbitofrontal, os aspectos dorsal e ventral da área pré-frontal medial e o córtex pré-frontal ventrolateral.

1.2 Neurociência da aliança terapêutica

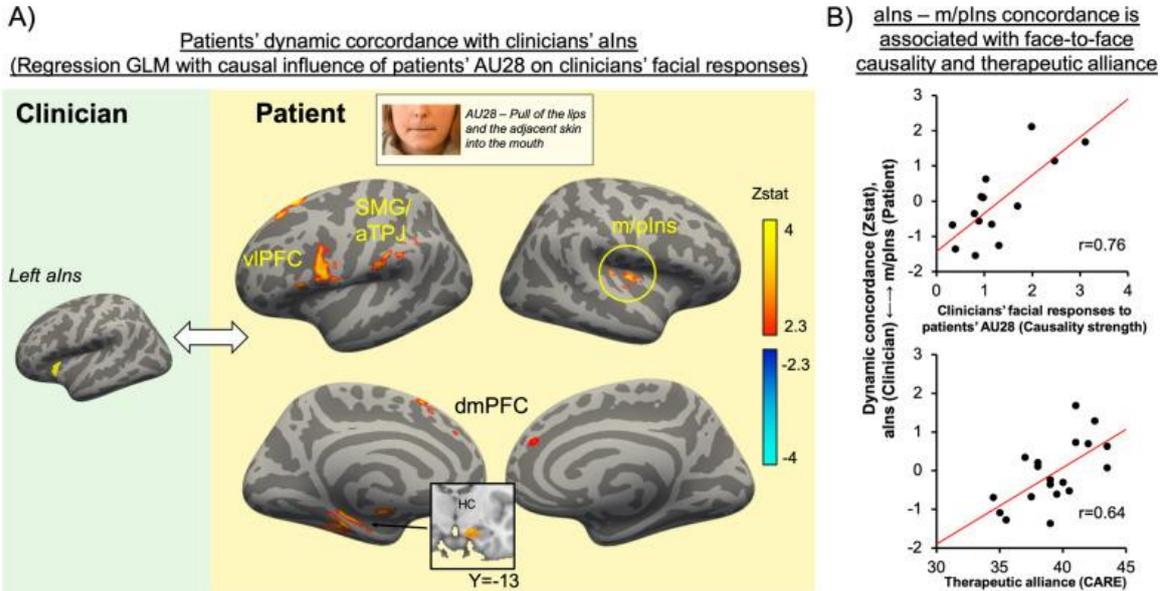
Estudo com eletroencefalografia (EEG) avaliaram aspectos neurofisiológicos de atividades neurais em locais do córtex pré-frontal, temporal, parietal e occipital durante o processo de aliança terapêutica (Stratford, Lal & Meara 2012).

Estudo de 2020 com ressonância magnética funcional de duas pessoas (fMRI hyperscanning) verificaram a concordância entre paciente e médico na atividade cerebral como um mecanismo potencialmente chave que apoia a aliança terapêutica, mostraram maior concordância dinâmica nos circuitos cerebrais envolvidos na teoria da mente e espelhamento social, como a ínsula, junção temporoparietal (TPJ), e córtex pré-frontal ventrolateral (vIPFC) (Ellingsen et al., 2020).

Um estudo recente (Ellingsen et al., 2022) avaliou a aliança terapêutica em vários aspectos entre eles o grau em que a influência causal das expressões faciais relacionadas à dor dos pacientes nas respostas faciais dos médicos, as atividades de fMR mostraram maior dinâmica do AU28 dos pacientes, como também foi observada maior concordância da dinâmica do cérebro entre a atividade de aIns dos médicos e a atividade de fMRI dos pacientes em média/ ínsula posterior (m/pIns), dorsomedial (dmPFC) e córtex pré-frontal ventrolateral (vIPFC), giro supramarginal (SMG)/junção temporoparietal anterior (aTPJ) e hipocampo (HC). A concordância da ínsula média/posterior com a resposta fMRI dos médicos na ínsula anterior entre pacientes e médicos foi positivamente associada aliança terapêutica.

Um estudo recente de Ellingsen et al. 2022, que avalia a concordância cérebro-cérebro entre paciente e o acupunturista, como também, aliança terapêutica estabelecida entre eles. Foram captadas as expressões faciais e imagens de ressonância magnética durante os estímulos dolorosos provocados por um manguito posicionado em um dos membros inferiores abaixo do joelho e tratamento realizado através de estimulação elétrica por agulhas acima do joelho receptor da dor. Os resultados mostraram que as interações entre as expressões faciais de ambos correspondiam as áreas que foram ativadas no momento em que os estímulos dolorosos e o tratamento foram aplicados e que as expressões faciais após a provocação da dor nos pacientes eram entendidas pelos profissionais e avaliadas através da escala de aliança terapêutica (WAI) obtendo maiores scores, com esses achados podemos ter como base que a aliança terapêutica é de suma importância para a compreensão do terapeuta em relação o paciente e que essa aliança reflete nos resultados da terapia. Na figura 1, podemos observar as áreas em atividade de ambos os cérebros no momento da dor e tratamento e o gráfico ao lado que revela o quão essa aliança é forte no momento de ativação dessas áreas.

Figura 1. Associação entre dinâmica de troca de expressões faciais e concordância cérebro-cérebro durante a antecipação do tratamento da dor.



Fonte: Patient-clinician brain concordance underlies causal dynamics in nonverbal communication and negative affective expressivity. *Transl Psychiatry*. 2022.

1.3 Neurociência da regulação emocional

Existem várias estratégias para regulação emocional de um indivíduo, sistemas envolvidos geralmente estão associados à resposta afetiva. O principal deles é a amígdala, uma estrutura subcortical importante para sinalizar a presença e modular a codificação de estímulos relevantes para o afeto. Recrutamento de uma rede de regiões, incluindo o córtex pré-frontal dorsolateral (dlPFC), córtex parietal posterior (PPC), córtex pré-frontal ventrolateral (vlPFC), córtex pré-frontal medial posterior (mPFC) e córtex cingulado anterior (ACC). Essas regiões não são exclusivas para regulação emocional, dlPFC pode ajudar a manter em mente as estratégias de regulação emocional. (Reebye et al, 2010).

1.4 Justificativa

Estudos de Bowlby (1973) e Ainsworth (1985) descreveram a teoria do apego da primeira infância, posteriormente traduzida em uma teoria do apego para adultos que segundo Bartolomeu e Horowitz (1991) refletem em como o indivíduo tem a percepção de si mesmo e dos outros. Essa relação pode ser constituída em base segura ou insegura, tendo em vista que ela não é autoperpetuante e sofre interferência ao longo da vida por eventos estressores e relacionamentos considerados chaves (Degan et al., 2016).

O tipo de apego envolve a forma de como lidar com as emoções apresentando maior facilidade ou dificuldade de como criar um vínculo com outros indivíduos (Peter & Wolf, 2021).

A teoria do apego é muito utilizada no tocante da relação terapêutica tendo em vista que o profissional é considerado como um bloco construtor para seus pacientes. A aliança terapêutica continua sendo um construto importante na pesquisa em psicoterapia e prática, na relação entre psicoterapeuta e cliente (Prusiński 2022).

Estudos voltados na teoria do apego com profissionais de saúde mostraram que o tipo de apego do profissional é um preditor do quadro clínico do paciente e seria uma alternativa importante como forma de manejo de terapia de pacientes atendidos por fisioterapeutas (Semmons, 2022). Além disso, estudos mostram ainda que as habilidade de regulação emocional por parte do terapeuta em suas competências emocionais e sociais relaciona-se ao quão forte poderá estabelecer aliança terapêutica (Shepard et al., 2022; Desireé et al., 2021; Heinonen & Nissen, 2020).

Entretanto, as pesquisas que investigam a aliança entre fisioterapeuta e paciente ainda são escassas (Peter & Böbel, 2020).

Embora tais estudos abordem o estilo de apego, aliança terapêutica e regulação emocional em relações terapêuticas, pesquisas voltadas ao terapeuta ainda são escassas, tendo em vista que a maior parte das publicações refere-se ao paciente (Peter & Böbel, 2020). Existe uma lacuna na literatura quanto a influência do estilo de apego e a regulação emocional na construção da aliança terapêutica com fisioterapeutas e pacientes.

1.5 Objetivos

Objetivo geral

Investigar relações entre tipo de apego, regulação emocional e a aliança terapêutica em fisioterapeutas.

Objetivos específicos

Caracterizar o tipo de apego dos profissionais fisioterapeutas, nível de regulação, estratégias de regulação emocional e nível de aliança terapêutica;

Averiguar correlações entre a desregulação emocional e sintomatologias como ansiedade, depressão e estresse em fisioterapeutas;

Investigar a relação entre apego e aliança terapêutica

Investigar correlações entre estratégias de regulação emocional e quantidade de pacientes por semana por parte dos profissionais;

Averiguar correlações entre a aliança terapêutica estabelecida e o tempo de serviço;

Investigar a relação entre desregulação emocional e aliança terapêutica.

1.6 Hipótese

Devemos considerar os pontos principais para embasamento de nossas hipóteses:

- Nos estudos que abordam aliança dos fisioterapeutas reforçam que os profissionais constroem sua comunicação de modo que haja interação com o paciente (Wijma et al., 2017).
- A comunicação contínua (verbal e não verbal) e a definição em conjunto dos objetivos em construir vínculos entre o terapeuta e paciente é relevante para resultados da terapia.
- Os pacientes alcançam melhores resultados quando o profissional mostra-se seguro e com consistência emocional (Wijma et al., 2017).
- A relação terapêutica recebe influência de experiências atuais e por referências de fases iniciais da vida, como a relação com os pais, base na teoria do apego.

- As variáveis emocionais do terapeuta também têm sido consideradas elementos essenciais para o estabelecimento de uma aliança terapêutica (Romero-Moreno et al.,2021) e os ajustes e ativação emocional adequados têm sido associados a um melhor prognóstico em psicoterapia (Wampold, 2017 ; Norcross & Wampold, 2018; Eubanks & Goldfried, 2019).
- A regulação emocional por parte do terapeuta em suas competências emocionais e sociais relaciona-se ao quão forte poderá estabelecer aliança terapêutica (Desireé et al., 2021; Shepard et al., 2022; Heinonen & Nissen, 2020).

Tendo em vista que estudos que investiguem tais variáveis na relação fisioterapeuta paciente são escassos, o objetivo do presente estudo foi investigar as possíveis relações entre o apego, desregulação emocional e construção da aliança terapêutica entre fisioterapeutas e pacientes. Hipotetiza-se que aspectos desse vínculo seja derivado de um reflexo da teoria do apego e que sejam influenciados pelo quanto os fisioterapeutas estão emocionalmente regulados (Pfeifer et al.,2019).

CAPÍTULO II: Métodos

1.7 População do estudo

A pesquisa foi realizada com fisioterapeutas que atuam em âmbito hospitalar, dispostos a contribuir com a pesquisa. Não havendo restrições quanto idade, tempo de atuação e especialidades que desenvolvem.

1.8 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e correlacional do tipo *ex post facto*.

1.9 Local

O estudo foi realizado de forma online pela plataforma google forms. Todos os profissionais preencheram um formulário que contiam todos os instrumentos que avalaiavam as variáveis em questão. As informações pessoais dos participantes foram mantidas em sigilo não sendo inseridas na análise do estudo.

1.10 Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB sob o CAAE: 68495523.7.0000.5188. Todos os participantes receberam as orientações de procedência da pesquisa, seus objetivos, seus riscos e benefícios, responderam em concordar com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A), conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da saúde.

1.11 Amostra

O cálculo amostral foi realizado software G*Power 3.1.9.2 para Windows que resultou no valor de 73 indivíduos, considerando possível perda amostral de 10 por cento, tamanho de efeito 0,15, probabilidade de erro (alfa de 0,005) e poder de 0,80, sendo considerados 6 preditores para modelos de regressão.

1.12 Critérios de Elegibilidade

Foram considerados fatores sociodemográficos como sexo, idade, carga horaria, tempo de atuação na profissão, setor no qual exerce a profissão. Foram selecionados indivíduos que atenda aos critérios de inclusão da pesquisa convocados a partir de busca em fisioterapeutas atuantes em hospitais. Como critério de exclusão, indivíduos com pontuações consideradas severas na escala seriam excluídos do estudo, nenhum deles apresentaram depressão em níveis severos.

Vantagens da pesquisa: Realizado de forma gratuita. Todas as escalas possuem boa confiabilidade de resultados na literatura, assim avaliamos de forma fidedigna as variáveis do tipo de apego vínculo, desregulação emocional e aliança terapêutica.

Riscos: Ofereceu previsíveis e mínimos, como o constrangimento ao responder o questionário.

1.13 Delineamento Metodológico

O estudo foi desenvolvido com fisioterapeutas, os quais todos responderam o questionário sociodemográfico (APÊNDICE A) e escalas clínicas: Avaliação de aliança terapêutica (Working Alliance Inventory) e Escala de apego relacionado a infância (Parental Bonding Instrument-PBI). Para avaliação da regulação emocional foi utilizado o instrumento Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS) e o Questionário De Regulação Emocional (Emotion Regulation Questionnaire - ERQ) para avaliação estratégias de regulação emocional. Os participantes foram avaliados de acordo com as respostas sinalizadas pelos mesmos.

1.14 Instrumentos

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) (ANEXO B), é adaptada e validada para a língua portuguesa por Vignola & Tucci, 2014, apresenta adequada validade, confiabilidade e invariância fatorial entre amostras independentes. Sendo considerado um instrumento de autorrelato estruturado em 21 questões e a pontuação é baseada por uma escala do tipo Likert de quatro pontos, variando de 0 (não se aplicou a mim) a 3 (aplicou-se muito), referente ao sentimento da última semana. As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19, e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. Para a pontuação final, os valores de cada subescala foram

somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42). Para fins de cálculo do escore final e aplicação do corte, foram considerado como os escores de correção da DASS-21 (Tabela 1):

Tabela 1. Faixas de Severidade - Escores de Corte – DASS-21

	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderada	14-20	10-14	19-25
Severa	21-27	15-19	26-33
Extremamente severa	28 +	20 +	34 +

Fonte: Manual Dass (Lovibond & Lovibond, 2004).

Inventário de Aliança de Trabalho (*Working Alliance Inventory-WAI*)

Diante das diversas escalas utilizadas para avaliar a interação médico-paciente a Inventário de Aliança de Trabalho (*Working Alliance Inventory-WAI*) (ANEXO C), possui mais vantagens pelo avaliar tanto a relação terapêutica quanto a tomada de decisão compartilhada, determinação de metas e demanda de tarefas acordada. A ferramenta foi desenvolvida por Bordin em 1971, aplicada na disciplina de psicologia, estendendo-se para utilização para qualquer “relação de ajuda”. A escala original possui 36 itens, posteriormente uma forma mais curta da escala foi adaptada com 12 itens (WAI-SF). (Hatcher e Gillaspay, 2006). Um estudo de Sturgiss e col. 2019, a versão curta (WAI-SF) foi inserida em uma plataforma de pesquisa online, esses autores reforçaram seu uso em ambientes de pesquisa, clínica e ensino para avaliar melhor a influência da aliança terapêutica na atenção primária efetiva.

Os 12 itens da escala constituem-se por domínios: acordo entre terapeuta e paciente, relação dos objetivos e tarefas da terapia, além disso o vínculo entre eles. Os itens são avaliados através da Likerd formado por 5 pontos, o escore geral varia de 12 a 60. Considerando os domínios objetivo, tarefa e vínculo cada um tem pontuações que variam de 5 a 20, pontuações mais altas indicam uma melhor aliança terapêutica.

Instrumento de vínculo parental (*Parental Bonding Instrument-PBI*)

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o tipo de apego é a *Parental Bonding Instrument*-PBI (ANEXO D) (Parker, 1989). Essa escala avalia estilos parentais através de relatos nos primeiros 16 anos de vida, é composto por 25 itens e escala *Likert* de 4 pontos. A escala é contemplada por duas dimensões dos estilos parentais: cuidado e superproteção. Uma pontuação baixa na dimensão cuidado indica uma rejeição por parte dos pais, enquanto que pontuações altas indica que o afeto foi perceptível e transferido pelos pais. Altas pontuações na dimensão superproteção indica a dedicação extra por parte dos pais, enquanto que baixos resultados nota-se independência parte da infância. A avaliação do estilo parental de apego por crianças mais velhas e adultos, o autorrelato da prole é mais utilizado. Para o devido fim, o PBI é bem aceito e validado. A relação dos pais é avaliada através da perspectiva do participante antes dos 16 anos sendo aplicada em indivíduos maiores de 16 anos (Parker, Tupling, Brown, 1979). A ferramenta é constituída por duas dimensões: o cuidado focada na parentalidade positiva, incluindo calor e afeto parental e a dimensão controle seu principal ponto é a parentalidade negativa, incluindo o controle e a restrição dos pais (Xu et al, 2018). A escala foi adaptada em diversos idiomas como japonês, inglês, francês, espanhol com destaque em estudos europeus. O indivíduo avaliado separadamente o comportamento da mãe e do pai em relação um ao outro nos primeiros 16 anos de vida.

O questionário contém 25 afirmações (itens) idênticas para pai/mãe incluindo 12 “cuidados” itens e 13 itens de “proteção”. A interpretação da escala segue dessa seguinte forma: “restrição afetiva” tem-se alto cuidado e alta proteção, “controle sem afeto” sugere-se uma alta proteção e baixo cuidado, “paternidade ideal” quando há um alto cuidado e baixa proteção e “paternidade negligente” quando tem-se uma baixo cuidado e baixa proteção. A atribuição às categorias “alta” ou “baixa” é baseada nas seguintes pontuações de corte: Para as mães, pontuação de cuidado de 27,0 e proteção de 13,5. Para os pais, pontuação de cuidado de 24,0 e pontuação de proteção de 12,5 (Parker, 1979). (Tabela 2)

Tabela 2. Atribuições para escores dos itens do *Parental Bonding Instrument*.

Pontuação PBI

Cuidado

Itens: 1, 5, 6, 11, 12, 17

Muito parecido = **3**

Moderadamente parecido = **2**

Moderadamente diferente = **1**

Muito diferente = **0**

Itens: 2, 4, 14, 16, 18, 24

Muito diferente = **3**

Moderadamente diferente = **2**

Moderadamente parecido = **1**

Muito parecido = **0**

Superproteção

Itens: 8, 9, 10, 13, 19, 20, 23

Muito parecido = **3**

Moderadamente parecido = **2**

Moderadamente diferente = **1**

Muito diferente = **0**

Itens: 3, 7, 15, 21, 22, 25

Muito diferente = **3**

Moderadamente diferente = **2**

Moderadamente parecido = **1**

Muito parecido = **0**

Fonte: (Parker et al.,1978; Hauck et al., 2006).

Além de gerar pontuações de cuidado e proteção para cada escala, a escala avalia a o vínculo parental:

Quadro1. Vínculo parental da PBI.

Vínculo parental	Estilo de apego
“restrição afetiva”	alto cuidado e alta proteção
“paternidade ideal”	alto cuidado e baixa proteção
“controle sem afeto”	alta proteção e baixo cuidado
“paternidade negligente”	baixo cuidado e baixa proteção
A atribuição às categorias “alta” ou “baixa” é baseada nas seguintes pontuações de corte:	cuidado 24,0 e 27,0 e nota de proteção 12,5 e 13,5.

Fonte: (Parker et al.,1978; Hauck et al., 2006).

A PIB tornou-se uma escala útil e popular para avaliação de atitudes paternas, estudos mostraram que o relacionamento paterno tem relação direta com a saúde mental e seu funcionamento, resultados de maior cuidado leva a transtornos de ansiedade e personalidade, como também menor risco de depressão quando considera-se um ótimo vínculo paterno (Heider et al, 2008; Wajda, 2013).

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS*)

A Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS*) (ANEXO E) avalia a dificuldade de regulação emocional clinicamente significativa. Contém 36 itens numa escala lickert de 5 pontos do 1 (quase nunca se aplica a mim) ao 5 (aplica-se quase sempre a mim). A escala revelou possuir

elevados valores de consistência interna (alfa = 0,93), boa fidelidade teste-reteste (alfa = 0,88) e adequada validade de constructo e preditiva. É constituída por seis domínios: não aceitação das emoções negativas, incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiência de emoções negativas, dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiência emoções negativas, acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efectivas, falta de consciência emocional e falta de clareza emocional.

A pontuação total do DERS é calculada a partir da soma de todas as seis subescalas, resultando em um intervalo de pontuação de 36 a 180. Pontuações mais altas sugerem mais dificuldades na regulação emocional (Hallion et al., 2018).

Questionário de regulação emocional (*Emotion Regulation Questionnaire - ERQ*)

O Questionário de regulação emocional (*Emotion Regulation Questionnaire - ERQ* (ANEXO F) Foi desenvolvida por Gross & John (2003), avalia estratégias individuais de regulação emocional. O instrumento possui duas modalidades de estratégias de regulação emocional, denominadas reavaliação cognitiva e supressão emocional. Possui 10 itens que indicam a concordância ou discordância em uma escala de classificação, variando de 1 para “ discordo totalmente ” a 7 para “ concordo totalmente”. Tem por finalidade avaliar diferenças individuais relacionadas ao uso de estratégias de regulação emocional, avaliando um processo antecedente (denominado reavaliação cognitiva) e um processo de modulação da emoção com foco na resposta (supressão expressiva). A reavalição cognitiva é avaliada por seis itens, a supressão através de 4 itens. A pontuação varia entre 6 a 42 para reavaliação cognitiva e de 4 a 28 para supressão expressiva. Pontuações mais altas indicam uso mais frequente de reavaliação ou supressão. A validade, fiabilidade e estrutura fatorial deste questionário foram demonstradas (Gross & John, 2003). Pontuações altas em um de seus fatores indicam maior propensão a usar essa estratégia de regulação emocional. O quadro 2 resume os instrumentos adotados, variáveis correspondentes e número de itens.

Quadro 2. Instrumentos adotados no presente.

Variáveis a serem avaliadas	Instrumento	Número de itens
-----------------------------	-------------	-----------------

Ansiedade Depressão Estresse	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)	21 itens
Aliança terapêutica	<i>Working Alliance Inventory</i>	12 itens
Apego	Apego infantil : <i>Parental Bonding Instrument-PBI</i>	25 itens
Dificuldade de Regulação emocional	<i>Emotion Regulation Scale</i> (DERS)	36 itens
Estratégias de regulação emocional	<i>Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)</i>	10 itens

Fonte: própria.

1.15 Procedimentos

Os participantes foram convidados por método bola de neve - um profissional convidam mais dois - a participarem do estudo preenchendo o formulário de forma online para facilitar a divulgação entre fisioterapeutas. O formulário incluía ficha explicando a natureza e objetivos do estudo, todos consentiram a participação e utilização dos dados do formulário antes do preenchimento deste. Antes de iniciar o questionário foram orientados a se concentrarem nos atendimentos realizados com seus pacientes.

Análise dos dados

As análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis, em seguida, os dados foram analisados através de medidas de tendência central (Média) e de medidas de dispersão (Desvio Padrão da Média). Na análise estatística inferencial foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk, inicialmente, para analisar possível distribuição normal dos dados. Todos os dados preencheram os critérios de normalidade. Em todas as análises, o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences – SPSS Inc. Chicago IL. EUA) foi usado para o Windows 7, versão 20.0, EUA. A significância foi estabelecida em $p \leq 0,05$.

Na análise estatística e discursiva foram levados em consideração valores de referência de pontos de cortes de cada escala utilizada. Também foram empregadas análises de estatística inferencial (análise fatorial, correlações, análise de regressão linear (Vis: Apego e regulação emocional; VD: aliança terapêutica), de modo a explorar os dados e testar as hipóteses da pesquisa.

CAPÍTULO III: Resultados

1.16 Participantes

Participaram da pesquisa 32 fisioterapeutas. A amostra foi composta em sua maioria pelo sexo feminino (n= 17; 53,1%), com idade variando entre 26 e 41 anos (m= 30,53; dp=3,7). A maioria dos participantes não tinham pais separados (59,4%). Com relação à escolaridade, 21,9% possuíam ensino superior completo, 56,3% com pós graduação *latu senso* (especialização) e 21,9% com pós graduação *strictu senso* (mestrado ou doutorado). Os participantes exercem em média 5,9 horas de serviço e realizam uma média de 26,5 (dp:17,4) atendimentos por semana. A maioria (65,6%) dos respondentes informou que não atendem pacientes graves.

Tabela 3. Características Sociodemográficas

	FISIOTERAPEUTAS n=32
Sexo-Homens, n (%)	15 (46,9) mulheres 17 (53,1) homens
Idade (anos), média ± DP	30,53 ± 3,72
Nível de escolaridade n (%)	
Ensino superior completo	7 (34,4)
Ensino superior (especialização)	18 (56,3)
Ensino superior (mestrado ou doutorado)	7 (21,9)
Numero de pacientes por semana (n), média ± DP	26,50 ± 17,47
Atende pacientes graves n (%)	
SIM	11 (34,4)
NÃO	21 (65,6)
Tempo de serviço (anos), média ± DP	5,91 ± 2,69

A média dos instrumentos que analisam as correspondentes variáveis apresentou pontuações alta para a escala DERS (M=87,59; dp=22,74), mostrando que os indivíduos apresentam desregulação emocional (Hallion et al., 2018). O efeito total da escala WAI indicou uma alta qualidade de aliança terapêutica (M=47,19; dp=8,81), a escala PBI pontuou baixo índice para o apego superproteção (M=19,94; dp=6,07), a estratégia de

supressão emocional foi a estratégia de regulação emocional menos utilizada ($M=17,69$; $dp=3,71$).

Tabela 4. Média dos *Scores* dos instrumentos

	FISIOTERAPEUTAS n=32
DERS média ± DP	87,59 ± 22,74
WAI (Aliança terapêutica)	47,19 ± 8,81
Objetivo	15,63 ± 3,38
Tarefa	15,91 ± 3,24
Vínculo	15,34 ± 3,36
PBI (APEGO) média ± DP	
Superproteção	19,94 ± 6,07
Cuidado	23,03 ± 6,05
Vínculo Patiental	“controle sem afeto”
QRE (ESTRATÉGIA DE REGULAÇÃO) média ± DP	
Reavaliação	28,72 ± 6,04
Supressão	17,69 ± 3,71

1.17 Dados correlacionais

Correlações de Pearson entre as medidas DERS, PBI, DASS-21, QRE e WAI-SF mostraram relações significativas entre as variáveis (Tabela 5). Observou-se correlação moderada, significativas e direta entre a escala DERS e o fator de ansiedade ($R=0,516$), depressão ($R=0,320$) e estresse ($R=0,471$) da DASS-21. Essa relação mostra que indivíduos desregulados emocionalmente levam a maior presença de sintomatologia como ansiedade, depressão e estresse.

Observou-se correlações significativas, moderada e direta entre o fator supressão da escala QRE e escala PBI cuidado ($R=0,446$). Observou-se ainda uma correlação significativa, moderada e inversa entre os fatores objetivo ($R=-0,229$), tarefa ($R=-0,313$) e vínculo ($R=-0,404$) da escala WAI-SF e a escala PBI estilo superproteção. Correlação significativa, moderada e inversa entre os fatores objetivo ($R=-0,524$) e tarefa ($R=-0,435$) da escala WAI-SF e escala DERS. Podemos dizer que quanto mais os indivíduos estão desregulados emocionalmente, menor a capacidade de aderirem as tarefas e objetivos traçados.

Observou-se uma correlação significativa, fraca e inversa entre o fator supressão QRE e a quantidade de pacientes por semana ($R=-0,342$). Outra correlação significativa, fraca e inversa surgiu entre o fator vínculo da escala WAI-SF e número de pacientes ($R=-0,307$). Como pode ser visto na tabela 5 a maioria correlações significativas e moderadas concentraram-se entre a escala PBI e WAI-SF, como também, DASS-21 e DERS. No entanto, correlações entre WAI-SF e PBI foram fracas.

Tabela 5. Correlação de Pearson

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Apego (cuidado)	1												
2. Apego (superproteção)	-0,051	1											
3. DERS	-0,111	-0,059	1										
4. DASS (ansiedade)	0,057	-0,002	,516**	1									
5. DASS (depressão)	-0,194	0,263	,320*	,461**	1								
6. DASS (estresse)	-0,045	0,159	,471**	,593**	,451**	1							
7. QRE (reavaliação)	0,119	-0,067	-0,199	-0,074	-,407*	-0,248	1						
8. QRE (supressão)	,446**	-0,154	-0,145	-0,052	-,336*	-0,203	,372*	1					
9. aliança objetivo	-0,256	-,299*	-,524**	-,439**	-,400*	-0,209	0,204	0,054	1				
10. aliança tarefa	-0,202	-,313*	-,435**	-0,170	-0,203	-0,080	0,038	-0,027	,733**	1			
11. aliança vinculo	-0,214	-,404*	-0,251	-0,084	-0,176	-0,221	0,114	0,212	,612**	,567**	1		
12. Número de pacientes por semana	-0,007	0,192	0,278	0,252	-0,229	0,295	0,032	-,342*	-0,091	-0,003	-,307*	1	
13. Tempo de serviço (horas)	-0,055	0,096	-0,221	-0,025	0,113	0,151	-0,099	-0,167	,346*	0,231	0,160	-0,061	1

Nota: DERS: Escala de dificuldades de regulação emocional . DASS: Escala de depressão, ansiedade e estresse. QRE: Questionário de regulação emocional. ** A correlação é significativa no nível $p<0,01$. * A correlação é significativa no nível $p<0,05$.

1.18 Análise dos preditores da Aliança terapêutica em relação fisioterapeutas e pacientes.

Após a verificação da adequação das escalas utilizadas no estudo, foi aplicada a análise de Regressão Linear Simples. A Tabela 6 apresenta os coeficientes da regressão. Observou-se que o apego superproteção (variável independente) prevê a aliança terapêutica (variável dependente) ($p=0,030$). Observa-se que 14% da variação da aliança terapêutica é explicada pelo apego superprotetor, nesse sentido podemos dizer apego supreprotetor possui uma relação significativa e que diante a sua presença a aliança terapêutica torna-se mais fraca.

Tabela 6. Análise de coeficientes e variância do modelo de regressão linear simples entre as variáveis apego superproteção e aliança terapêutica.

Coeficientes				
Modelo (Resumo do modelo)	<i>R</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²	
	0,384 ^a	5,193	0,148	
Modelo	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Coefficiente padronizado (β)</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Constant	58,301		11,450	$p<0,01^*$
Apego superproteção	-0,557	-0,384	-2,279	0,030

Nota: onde ** $p<0,001$; * $p<0,05$. nota: onde ** $p<0,001$; * $p<0,05$. Variável dependente: aliança terapêutica. Variáveis independentes: apego superproteção avaliada pela escala PBI.

Ao realizar o teste com forma de apego cuidado, não houve previsao da aliança terapêutica ($p=0,160$). O modelo de apego cuidado não possui relação com aliança terapêutica estabelecida entre fisioterapêuta e paciente.

Observou-se que o regulação emocional (variável independente) prevê a aliança terapêutica (variável dependente) ($p=0,004$). Observa-se que 24% da variação da aliança terapêutica é explicada pela regulação emocional. A aliança terapêutica prevista corresponde a 64,063 da dificuldade de regulação emocional considerando uma pontuação total (Tabela 7). Os resultados mostraram que a aliança terapêutica possui uma relação direta de quanto o fisioterapêuta está desregulado emocionalmente. Em suma, na presença da desregulação emocional a aliança terapêutica é prejudicada.

Tabela 7 . Análise de coeficientes e variância do modelo de Regressão Linear Simples entre as variáveis desregulação emocional e aliança terapêutica.

Modelo (Resumo do modelo)	<i>R</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²	
	0,497 ^a	9,841	0,247	

Modelo	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>Coefficiente padronizado (β)</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Constant	64,063		11,538	p<0,01
DERS	-0,193	-0,497	-3,137	0,004

Nota: onde ** p<0,001; * p<0,05. nota: onde ** p<0,001; * p<0,05. Variável dependente: aliança terapêutica. Variáveis independentes: desregulação emocional avaliada pela escala DERS.

Adotado o modelo de regressão linear múltipla pelo método Stepwise (Tabela 8), tendo como preditor aliança terapêutica, o modelo mostrou que a associação entre as variáveis de critério (aliança terapêutica) e as explicativas (variáveis selecionadas das escalas de apego e desregulação emocional) correspondem ao valor $R^2= 0,41$. Juntas as variáveis foram responsáveis por explicar 64,7% da aliança terapêutica. O valor de Durbin-Watson foi de 2,006 (está entre 1 e 3) o que indica que os erros na regressão são independentes, portanto, não decorrem de auto correlação, sendo a significância do modelo confiável (Field, 2009).

Tabela 8. Análise de variância do modelo da Regressão Linear Múltipla

Modelo (Resumo do modelo)	<i>R</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²	<i>P</i>
Regressão	0,647 ^a	10,438	0,419	0,001

A análise de ANOVA por sua vez (Tabela 9) mostrou-se significativa (p<0,001) com estatística F=10,438, de modo que é improvável que o resultado tenha ocorrido por acaso.

A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo (p<0,01). A superproteção (p<0,01) e a DERS (p<0,01) são precursores da aliança terapêutica (Tabela 9). A desregulação emocional e apego estilo superprotetor possuem relação direta com aliança estabelecida, sem que ocorra alta correlação entre as variáveis independentes. O

modelo de regressão múltipla confirma a hipótese de que a desregulação emocional e o estilo de apego superprotetor quando combinados prejudicam em proporções maiores a aliança terapêutica tornando-a mais fraca.

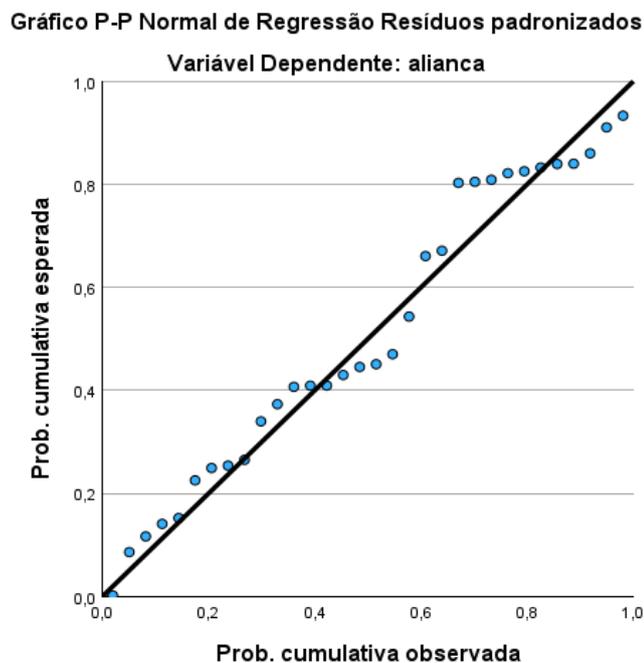
Tabela 9. Análise de Coeficientes da Regressão Múltipla da análise de aliança terapêutica

Modelo	<i>Coeficiente</i> (b)	<i>Coeficiente</i> <i>padronizado</i> (β)	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>tolerancia</i>	<i>VIF</i>
Constant	76,899		11,609	<0,001**	1,000	1,000
Superproteção		-0,415	-2,925	0,007	0,447	1,477
DERS		-0,521	-3,667	0,001**	0,447	1,477

Nota: onde ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$. Variável dependente: aliança terapêutica. Variáveis independentes: apego superproteção avaliada pela escala PBI e desregulação emocional avaliada pela escala DERS.

A DERS e apego superproteção presuppõe aliança terapêutica . (Gráfico 1).

Gráfico 1. Relação aliança terapêutica e desregulação emocional.



Nota:DERS: Escala de dificuldades de regulação emocional. QRE: Questionário de regulação emocional. Os pontos próximos a reta mostram que a influência da DERS e superproteção na aliança terapêutica.

Após análise dos resultados conclui-se que o apego e a desregulação emocional, interfere na aliança terapêutica. No entanto, apego cuidado não aparece como um fator que possa influenciar na aliança entre paciente e fisioterapeuta. Assim, a hipótese foi parcialmente confirmada.

CAPÍTULO IV: Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar possíveis relações entre tipo de apego, regulação emocional e a aliança terapêutica em fisioterapeutas no âmbito hospitalar. Os resultados obtidos evidenciam o efeito do apego e aliança terapêutica, expondo a contribuição particular dos domínios. De acordo com os resultados, o estilo de apego afeta significativamente a capacidade do terapeuta de estabelecer um vínculo de aliança terapêutica adequado.

Pensa-se que o comportamento de um indivíduo é construído ao nascer, mas há fortes evidências de que influências genéticas próprias estão envolvidas. Fatores pré natais como maiores níveis de cortisol durante a gravidez, maior dificuldade de regulação do estresse infantil e níveis elevados do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) parecem prever comportamentos negativos (Bush et al., 2017).

Após o nascimento, nos primeiros estágios da vida, a figura do apego através do cuidador torna-se fundamental com função primordial de proteção de predadores, como também na função de construtores de formação das representações neurais de si mesmo e com os outros nos chamados “modelos internos de funcionamento” (Takegata et al., 2021; Bowlby, 1998). Inicialmente a teoria do apego é formulada por John Bowlby em resposta às limitações do manejo comportamental à ansiedade e da depressão (Bowlby, 1998). Atualmente, são definidos alguns estilos de apego infantil: seguro, inseguro ambivalente e inseguro evitativo (Mathews et al., 2015).

O apego seguro, é desenvolvido quando os cuidadores promovem na criança um senso de segurança, conforto, proteção e autonomia, reflexos de cuidadores com características afetivas sensíveis e disponíveis. Enquanto que crianças que tem como referências cuidadores insensíveis, menos disponíveis, poderão utilizar como estratégia a hiperativação (cuidados excessivos). Quando os cuidadores são insensíveis, provavelmente a criança faz uso de estratégias de características de apego inseguro-ambivalente, ou utiliza a estratégia de evitação (afastando-se do cuidador), desenvolvendo assim o estilo de apego inseguro evitativo (Rajkumar, 2022; Mathews et al., 2015).

A necessidade de vinculação com o outro, incorporando a figura no apego, em situações de medo e estresse é característica do apego adulto, portanto eventos estressores e situações de medo na vida adulta remetem a figura do apego na infância (Mathews et al., 2015). Um estudo recente de Rajkumar (2022) refere duas dimensões do apego:

ansiedade e evitação, que dão origem aos tipos de apego em adultos: seguro e inseguros: evitador, medroso, preocupado.

O apego inseguro é associado a uma infância que remete aos maus tratos, sintomas de depressão e emoções negativas, ruminação, busca excessiva de segurança e desregulação emocional (Calvo & Bianco, 2015; Mathews et al., 2015).

O vínculo parental, predominante nos resultados do presente estudos, caracterizado pelo alto ou baixo cuidado ou proteção dos pais constroem um apego seguro ou inseguro. Já a falta de cuidado ou a superproteção dos pais criam um apego inseguro na criança (na perspectiva da teoria do apego), tendo como referência de si mesma como indefesa e indigna (Otani et al., 2013).

Os dados descritivos da escala PIB produzem resultados relacionados ao cuidado e proteção por parte dos cuidadores. A intensidade do apego, apresenta-se em níveis altos ou baixos, e no atual estudo ocorreu a predominância do "Controle sem afeto" (baixo cuidado e alta superproteção) que corresponde a uma sub classificação de apego inseguro, medroso-evitante. Os achados não correspondem aos encontrados aos estudos Dinger, Strack, Sachsse, e Schauenburg (2009) e Schauenburg et al. (2010), que mostraram principalmente padrões de apego seguro em psicoterapeutas. O apego inseguro parece conferir risco por meio de estilos relacionais de comportamentos emocionalmente evitativos ou de emoções negativas excessivas (raiva e medo), além de dependência inapropriada dos outros (ansioso) (Newman, Castonguay, Jacobson, & Moore, 2015).

De forma geral, indivíduos com apego inseguro desenvolvem menos relações interpessoais. Talia, Muzi, Lingiard, e Taubner (2020) em seu estudo reuniram 50 psicoterapeutas com o objetivo de classificar qual o estilo de apego influencia no resultado da terapia e quais comportamentos os distinguem os estilos de apego dos terapeutas. Os autores retratam achados que corroboram com a correlação inversa entre apego superproteção e a formação de afinidades terapêuticas. Terapeutas mais seguros têm a capacidade de manter suas mentes abertas proporcionando um espaço para que seus pacientes reflitam sobre si mesmos, permitindo melhor engajamento de atividades propostas na terapia. Assim, observou-se que indivíduos/fisioterapeutas com estilo de apego superproteção, formam aliança mais fraca com seus pacientes, porém, vale resaltar que avaliação do apego se deu através da Entrevista de Apego ao Adulto (AAI), o que podem ter influenciado nos resultados encontrados, tendo em vista que avaliação por essa forma é válida, porém avaliada de maneira subjetiva. Outra limitação é que em estudos com grandes amostras ou estudos epidemiológicos impedem seu uso devido o tempo que requerem para ser aplicada (Imperatori, Adenzato, Palmiero, Farina, & Ardito, 2022).

Como esses são fatores cruciais para um tratamento terapêutico bem-sucedido, isso apóia a implicação de monitorar o apego durante o processo de intervenção na relação fisioterapeuta-paciente. Estudos mais recentes como de Aço, Mac donald, e Schroder (2018), Peter e Wolf (2021), Degnan, Seymour-Hyde, Harris, e Berry (2016) retratam que os terapeutas de apego mais seguros formam alianças terapêuticas mais fortes e com melhores resultados. Afirmam ainda que o comportamento dos profissionais da saúde que utilizam de métodos psicológicos especiais, como a psicoterapia, compartilham de perfis profissionais semelhantes, e os que diferem adicionalmente profissionais com estilo de apego inseguro. Ou seja, no processo terapêutico, tais aspectos podem fortalecer a aliança terapêutica e devem ser considerados.

Por outro lado, estudo de Peter e Bobel (2020), mostrou que terapeutas com apego inseguro não poderiam ser considerados “maus” terapeutas, porque a existência de fatores educacionais podem compensar possíveis estilos adversos de personalidade e apego. Esses autores confirmaram tais compensações confirmando que 20% dos profissionais com apego inseguro não tiveram tempo e opções suficientes para readaptar os seus estilos desfavoráveis às necessidades da sua profissão. Pode-se dizer que a experiência, uma educação continuada e auto-exploração, podem servir de correção, e como uma forma de compensar os déficits de apego dos terapeutas. Supõe-se que o mesmo possa ser considerado na relação fisioterapeuta paciente.

A teoria do apego foi conceituada como uma teoria de regulação (Schore & Schore, 2008; Mikulincer, Shaver,& Pereg, 2003). Caso enquanto criança, não houver experiência de proteção e cuidado consistentes por parte de seu(s) cuidador(es), o adulto pode desenvolver um modelo de hiperativação ou desativação do sistema de apego para obter objetivos direcionados ao apego. Tais adultos são ainda mais propensos a usar estratégias desativadoras para lidar com situações relacionadas ao estresse, para isso utilizam-se do processo de regulação emocional. Indivíduos com apego de baixo cuidado, tendem a manter emoções negativas, utilizando estratégias de supressão da expressividade emocional, repressão de memórias negativas, falta de acessibilidade cognitiva e auto-representações negativas (Liu & Ling Ma, 2019). Assim, como visto nos atuais resultados, adultos com um baixo estilo de apego cuidadoso, evitativo, tendem a utilizar como estratégia de regulação emocional a supressão emocional.

A menor facilidade em formar vínculos, traçar tarefas e alcançar os objetivos com profissionais com estilo de apego superprotetor como mostrado nos resultados levam a compreender que o estilo de apego superprotetor prejudica a formação da aliança terapêutica. Estudos de Watson J. (2019) e Romero-Moreno, Paramio, Cruces-Montes,

Zayas, e Guil (2021) reforçam tal ideia de que o estilo de apego superprotetor não seria o modelo ideal para repercussão de relações interpessoais. Um motivo seria um comportamento protetor consigo mesmo e com os outros desde a infância, que levaria a expressão de características de cuidadores superprotetores durante a terapia, gerando um problema em manter os limites no relacionamento com seus pacientes (Bruck, Winston, Aderholt, & Muran, 2016). Tais achados corroboram os a pesquisa de Rizou e Giannouli (2020) que ressaltam que os modelos internos de um terapeuta são moldados pelas experiências relacionais primárias e afetam na capacidade de se relacionar com seus pacientes.

Uma maior desregulação emocional leva a alianças terapêuticas mais fracas. Uma explicação para isso é a menor interação socioemocional por profissionais que possuem dificuldade de regular suas emoções (Koole & Tschacher, 2016). Os achados correspondem aos mesmos encontrados por Heinonen e Nissen-Lie (2020) em sua revisão sistemática que incluiu 31 estudos e mostrou que terapeutas capazes de compreender e regular as suas emoções, constroem relações de confiança e aceitação com os clientes, independentemente da sua segurança de apego.

Como vimos a dificuldade de regulação emocional associou-se a maior presença de sintomas como ansiedade, depressão e estresse. Vários artigos ressaltam que a desregulação emocional está positivamente correlacionada com duas variáveis, consideradas fortes contribuídores para o comportamento desadaptativo e problemas afetivos, são elas: ansiedade (Esbjorn et al., 2012 ; Nielsen et al., 2017) e depressão (Marques, Monteiro, Canavarro, & Fonseca, 2018 ; Owens, Held, Hamrick, & Keller, 2018 ; Read, Clark, Rock, & Coventry, 2018). Tal relação pode estar relacionada a existência de conexões neurais. Regiões límbicas associadas à reatividade afetiva que tem como base o medo mostram-se em hiperatividade relativa em indivíduos com sintomas de ansiedade, enquanto regiões pré-frontais envolvidas na regulação dos processos de controle cognitivo e emocional demonstram hipoativação relativa (Bomyea et al., 2020).

Para entender como ocorre o processo de gerenciamento das emoções e como a sintomatologia da depressão estão associados, faz-se necessário entender o relacionamento à nível neural. De fato, respostas emocionais desreguladas estão correlacionadas a compreensão da depressão. Estudos mostram que eventos estressores negativos exacerbam essa relação (Berking, Wirtz, Svaldi, & Hofmann, 2014; Cludius Mennin, & Ehring, 2020).

Os resultados identificaram que a estratégia da regulação supressão emocional correlacionou-se de forma inversa com a sintomatologia da depressão, mesmo que a

supressão tenha mostrado médias menores comparado a escolha da estratégia de reavaliação pelos participantes. Para Joormann e Gotlib (2010) a utilização da supressão como estratégia de regulação emocional, pode ser uma forma para tratamento da depressão. A estratégia de regulação emocional supressão emocional tem sido relacionada a menos afetos, cognições depressogênicas e sintomas depressivos, e tem sido repetidamente relatada na depressão em remissão (Van Kleef et al., 2022).

É importante lembrar que diferenças individuais no uso de estratégias de regulação emocional podem desempenhar um papel importante na recuperação da depressão. Dependendo da estratégia utilizada, aumenta-se o risco de recaída da sintomatologia. O efeito da supressão sobre maiores tendências a depressão pode ser aplicada a dificuldade em regular o afeto negativo, diminuição da experiência de afeto positivo e dificuldades interpessoais. Por outro lado, estudos de Compare et al. (2014) e Li et al. (2015), contrapõem tais achados resultando que indivíduos que regulam suas emoções através do uso da supressão, apresentam mais sintomas de depressão.

Diversos estudos com a população médica (Belot et al., 2021), psicoterapeutas (Petrowski et al., 2021; Ruiz-Aranda, Cardoso-Álvarez, & Fenollar-Cortés, 2021), psicólogos (Newman, et al., 2015) enfermeiros (Bar-Sela et al., 2018) e nutricionistas (Murray et al., 2019) foram relacionados ao estilo de apego ou modelo de aliança, e alguns relacionados a regulação emocional, porém nenhum dos estudos que pesquisamos até a presente data abarcaram tais temáticas associadas ao papel de fisioterapeutas. Apesar de não existir dados comparativos, com a mesma população do presente estudo hipotetiza-se que nossos resultados sejam considerados relevantes para fisioterapeutas em âmbito hospitalar.

Os níveis de funcionamento interpessoal dependem de quanto o fisioterapeuta está regulado emocionalmente (Kadović, 2022). Os dados desse estudo mostram que indivíduos desregulados emocionalmente tendem a estabelecer aliança terapêutica fracas nas dimensões objetivo e tarefa, assim, a capacidade de regular fatores emocionais é primordial para a eficiência da aliança terapêutica (Babapour, Gahassab-Mozaffari, & Fathnezhad-Kazemi, 2022). Por outro lado, os profissionais da saúde estão expostos a diversos fatores estressores dentro do âmbito hospitalar que também podem sofrer influência da regulação emocional. Profissionais com prejuízos emocional prejudicam diretamente na qualidade, nos objetivos da terapia e na segurança do paciente (Arapović & Lučanin, 2016). Fatores estressores como horas prolongadas de plantões, falta de tempo para concluir tarefas, trabalho sem intervalos, horas extras e trabalho em turnos,

acarretam em sobrecarga emocional, consequentemente maior dificuldade de manejo de objetivos e atividades fisioterapêuticas (Kadović, 2022; Arapović & Lučanin, 2016).

A aliança terapêutica pode sofrer interferência quanto ao número de sessões e quantidade de pacientes por semana. Nessa direção nossos resultados, levam a crêr que com maior número de pacientes, os profissionais provavelmente integram poucas informações da fisioterapia, tendo em vista a rotatividade de pacientes em hospitais reconhecendo que a aliança pode gerar vínculos mais fracos. Estudo anterior, Crits-Christoph et al. (2011) ressaltou que um menor número de pacientes está relacionado a maior probabilidade de médicos e outros profissionais em lembrar o caso clínico e recordar a sua impressão da aliança com os seus pacientes. O tempo de permanência do paciente no hospital e a duração da terapia, determinam vínculos com pacientes e seus cuidadores (De Geest & Meganck, 2019).

Não houve correlação significativa direta entre os tipos de apego e dificuldade de regulação emocional. Uma razão para a ausência de tais efeitos pode ser o pequeno tamanho da amostra de apenas 32 fisioterapeutas. Portanto, é necessária uma replicação dos resultados com um número maior de terapeutas como também avaliação da percepção da aliança e estado emocional dos pacientes atendidos. Além disso, a avaliação do apego ao terapeuta depende tanto do apego do terapeuta quanto do paciente (Petrowski et al., 2021).

O tempo de atuação na área correlacionou-se positivamente com o objetivo da aliança estabelecida, ou seja, fisioterapeutas com maior tempo de experiência, foram capazes de almejar os objetivos propostos inicialmente para a terapia. Os resultados foram análogos a revisão sistemática de Lingardi, Muzi, Tanzilli e Carone (2018) que ressaltam que competências terapêuticas como ouvir, demonstrar respeito e compreensão com pacientes na prática clínica, relacionam-se ao terapeuta apresentar mais foco e clareza nos objetivos da terapia, transmitindo mais segurança nos procedimentos para o paciente. Deve ser pontuado que o fato do fisioterapeuta em sua maioria com um estilo de apego superprotetor, com a presença do maior tempo de experiência profissional, relaciona-se a predominância maior da intensidade da aliança estabelecida. Tal fator pode ter compensado nesses achados. Como já citado, a educação em terapia pode mudar o estilo de apego inseguro em características similares ao apego seguro, então torna-se conflitantes as desvantagens relacionadas com o apego existente na maioria do estudo com profissionais experientes e maior aliança. Estudos com amostras maiores devem ser replicados afim de investigar a relação em entre estilo de apego, tempo de experiência e formação de vínculos.

A principal limitação do presente estudo é o tamanho da amostra, portanto sugere-se a replicação com amostras maiores de fisioterapeutas para confirmar os resultados. Seria também interessante investigar mais profundamente outros itens além do questionário, como horas de sono diária do profissional, a gravidade dos pacientes atendidos, o histórico familiar, presença de transtornos de personalidade e uso de medicações utilizadas de forma controlada. Por outro lado, seria essencial incluir muitas variáveis do terapeuta em estudos futuros, como escala de apego adulto e adição do inventário de aliança terapêutica observador. Por fim, diante da natureza do trabalho pode-se investigar várias considerações clínicas como as atribuições dos terapeutas, o tipo de patologia mais tratada, bem como qualquer outra variável relacionada ao paciente que aumentaria a compreensão dos resultados.

Embora haja necessidade de mais estudos com uma população maior de fisioterapeutas e inclusão de questionários para os pacientes como forma de confirmar os nossos resultados, nosso estudo formenta a ideia de que o fisioterapeuta com estilo de apego mais protetor forma alianças terapêuticas mais fracas, e esse poderá ser um ponto chave de início para futuras pesquisas voltadas ao estilo de apego do fisioterapeuta que se adeque aos estilos de apego dos pacientes.

Neste sentido, seria interessante desenvolver programas de formação e capacitação que permitissem aos fisioterapeutas, adquirir e desenvolver competências emocionais, como a empatia, a capacidade de escuta e a autorregulação emocional. Como também priorizar a saúde mental, como buscas de outras especialidades, como psicólogos, na busca de boas condições psíquicas e bem-estar profissional.

CAPÍTULO V: Conclusão

Na introdução ressaltamos que a formação de vínculos teriam como base a teoria do apego formulada por Bowlby em 1969 , posteriormente pesquisadores determinaram distintas formas de apego: seguro e inseguro. Diversos estudos incorporaram o apego como reflexo das interações interpessoais, servindo de base para modelos de alianças adquiridas ao longo da vida. No tocante a relação entre fisioterapeuta e paciente, a intensidade de como estabelecem essa relação é vista como espelho do estilo de apego. Outro fator importante é a dificuldade desses indivíduos em regular suas emoções em processos de aliança terapêutica, considerando que estratégias como supressão e reavaliação são formas de regular tais aspectos emocionais.

Os resultados deste estudo ampliam a investigação da teoria do apego na aliança terapeuta e regulação emocional, em um classe específica de profissionais de saúde, apresentando novas associações entre as variáveis. Especificamente, os resultados destacam que a associação entre apego superprotetor e a desregulação emocional dos profissionais da saúde, levam a intensificação de alianças mais fracas quando presentes. Estes resultados constituem, portanto, um contributo importante para a literatura existente sobre apego e aliança terapêutica, ao mostrarem, que fisioterapeutas com apego mais inseguro geram fracas alianças com seus pacientes e que a desregulação emocional acarreta em um prejuízo de forma mais acentuada na formação da aliança terapêutica. Em nossos achados, a presença de tendências a depressão, ansiedade e estresse também parecem estar envolvidos nesse processo de desregulação emocional.

Pode-se considerar que a aliança sofre interferência de estilos de apegos diferentes, que determinam a aliança a ser construída.

Entretanto, a experiência profissional pode interferir no processo da relação fisioterapeuta e paciente. Tomados em conjunto, com base nas análises realizadas, programas de prevenção e intervenção centrados na promoção de relações de apego mais seguras com seus cuidadores, bem como estratégias de regulação emocional mais adaptativas na idade adulta, são cruciais para melhorar a experiência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse. No entanto, a replicação dos nossos resultados com amostras maiores é necessária para corroborar as conclusões do estudo.

REFERÊNCIAS

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Childhood in Uganda: Child care and the growth of love*. Baltimore, MD: *The Johns Hopkins Press*.
- Aço, C., Mac donald, J., Schroder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*. 74(1):5-42. doi: 10.1002/jclp.22484.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Attachment Patterns: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: *Erlbaum*.
- Alodaibi, F., Beneciuk, J., Holmes, R., Kareha, S., Hayes, D., Fritz, J. (2021). The Relationship of the Therapeutic Alliance to Patient Characteristics and Functional Outcome During an Episode of Physical Therapy Care for Patients With Low Back Pain: An Observational Study. *Physical Therapy*. 4;101(4):pzab026.
- Arapović, M., Lučanin, J.D. (2016). The association between quality of life and coping strategies in nurses. *Journal of Clinical Psychology*. 2:257–270.
- Babapour, A.R., Gahassab-Mozaffari, N., Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nurs*. 21:75.
- Bar-Sela, G, Gruber, R, Mitnik, I, Lulav-Grinwald, D, Koren, D.(2018) Attachment Orientation and Relationships With Physicians and Nurses Among Israeli Patients With Advanced Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 45(5):631-638.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.

- Barrett, L. F., Wilson-Mendenhall, C. D., & Barsalou, L. W. (2014). A psychological construction account of emotion dysregulation. In Gross, J. *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 447–465). New York: Guilford Press.
- Belot, R.A., Bouteloup, M., Bonnet, M., Parmentier, A.L., Magnin, E., Mauny, F., Vuillier, F. (2021) Evaluation of Attachment Style and Social Support in Patients With Severe Migraine. Applications in Doctor-Patient Relationships and Treatment Adherence. *Frontiers in Neurology*. 12:706639.
- Berking, M., Wirtz, C.M., Svaldi, J., Hofmann, S.G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Journal Behaviour Research and Therapy*. 57:13–20.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their character and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19-52.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, Attachment. *Attachment and Loss*, 1, New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
- Bowlby, J. (1998). Apego e perda. *Separação: angústia e raiva*, 3 ed. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1973).
- Bomyea, J., Ball, T.M., Simmons, A.N., Campbell-Sills, L., Paulus, M.P., Stein, M.B. (2020). Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*. 271:207-214.
- Bordin, E. S.(1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.16:252-60.

- Boland, M., Papa, A., Oliver, E., Del Carlo, R. (2019). Depressive Suppression: Effects of Emotion Suppression on Multiple Emotions for Depressed Versus Nondepressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*. 4(3), 910–925.
- Bruck E., Winston A., Aderholt S., Muran J. (2006). Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 393-406.
- Bunea I. M., Szentágotai-Tătar A., Miu A. C. (2017) Early-life adversity and cortisol response to social stress: a meta-analysis. *Translational Psychiatry*.7(12):1274.
- Bush N.R., Jones-Mason K., Coccia M., Caron Z., Alkon A., Thomas M., Coleman-Phox K., Wadhwa P.D., Laraia B.A., Adler N.E., Epel E.S. (2017). Effects of pre- and postnatal maternal stress on infant temperament and autonomic nervous system reactivity and regulation in a diverse, low-income population. *Development and Psychopathology*. 29(5):1553-1571.
- Bussone S., Pesca C., Tambelli R., Carola V. (2020) Psychological Health Issues Subsequent to SARS-Cov 2 Restrictive Measures: The Role of Parental Bonding and Attachment Style. *Front Psychiatry*. 4 (11):589444.
- Calvo V., Bianco F. (2015). Influence of adult attachment insecurities on parenting self-esteem: the mediating role of dyadic adjustment. *Front Psychology*. 6:1461.
- Cancian A. C. M., Souza L. A. S. D., Silva V. H. P. E., Machado W. D. L., Oliveira M. D. S. (2019). Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 18– 26.
- Cherry, M.G., Fletcher, I., O'Sullivan, H. (2013). The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient Education and Counseling* ,93(2), 177-187.
- Cludius B., Mennin D., Ehring T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*. 20:37–42.

- Crits-Christoph P., Gibbons M. B., Hamilton J., Ring-Kurtz S., Gallop R. (2011). The dependability of alliance assessments: the alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79(3):267-78.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810–832.
- Compare A., Zarbo C., Shonin E., Van Gordon W., Marconi C.(2014). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*. 2014:324374.
- Cummings, E. M., Miller-Graff, L. E. (2015). Emotional security theory: An emerging theoretical model for youths' psychological and physiological responses across multiple developmental contexts. *Current Directions in Psychological Science*, 24(3), 208–213.
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., Berry K. (2016). The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 23(1):47-65.
- De Geest, R. M., Meganck, R. (2019). How Do Time Limits Affect Our Psychotherapies? A Literature Review. *Psychologica Belgica*. 59(1):206-226.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 46(3):277-290
- Donisi, V., Perlini, C, Mazzi, M. A., Rimondini M., Garbin, D., Ardenghi, S., Rampoldi, G., Montelisciani, L., Antolini, L., Strepparava, M. G., Piccolo, L.D. (2022). Training in communication and emotion handling skills for students attending medical school: Relationship with empathy, emotional intelligence, and attachment style, *Patient Education and Counseling*, 105 (9), 2871-2879.

- Ellingsen, D. M., Duggento, A., Isenburg, K., Jung, C., Lee, J., Gerber, J., Mawla, I., Sclocco, R., Edwards, R.R., Kelley, J. M., Kirsch, I., Kaptchuk, T.J., Toschi, N., Napadow, V. (2022). Patient-clinician brain concordance underlies causal dynamics in nonverbal communication and negative affective expressivity. *Translational Psychiatry*, 12(1), 44.
- Erdős, T., & Ramseyer, F.T. (2021). Change Process in Coaching: Interplay of Nonverbal Synchrony, Working Alliance, Self-Regulation, and Goal Attainment. *Front Psychology*, 23;12:580351.
- Esperidião-Antonio, V., Majeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J. J., Bauchiglioni de Assis, M., Montenegro, S., Siqueira-Batista, R. (2017). Neurobiology of emotions: an update. *International Review of Psychiatry*. 29(3):293-307.
- Esbjorn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A., and Ollendick, T. H. (2012). The development of anxiety disorders: considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 15, 129–143.
- Eubanks, C. F., Goldfried M. R. (2019). “A principle-based approach to psychotherapy integration,” in *Handbook of Psychotherapy Integration*, 3. Ed, Oxford: Oxford University Press, 88–104.
- Falkenstrom F., Hatcher R. L., Skjulsvik T., Larsson M. H., Holmqvist R. (2015). Development and validation of a 6-item Working Alliance Questionnaire for repeated administrations during psychotherapy. *Psychological Assessment*. 27:169-83.
- Fernandez, J. M., Cenador, M. B. G., Manuel López Millan, J., Méndez, J. Á. J., Ledesma M. J. S. (2017). Use of Information and Communication Technologies in Clinical Practice Related to the Treatment of Pain. Influence on the Professional Activity and the Doctor-Patient Relationship. *Journal of Medical Systems*. 41(5):77.

- Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade: uma revisão . *Revista Extraprensa*, 34(5), 234-242.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., and Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chic)*, 55 (4), 316–340.
- Freud, S. (1912/1976). *A dinâmica da transferência*. In J. Salomão (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 12, pp. 131-143). Rio de Janeiro: Imago.
- Forman, E. M., Davies, P. T. (2005). Assessing children’s appraisals of security in the family system: The development of the Security in the Family System (SIFS) scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 900–916.
- Fuentes, J., Armijio-Olivo, S., Funabashi, M., Miciak, M., Dick, B., Warren, S., Rashiq, S., Magee, D. J., Gross, D. P. (2014). Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Physical Therapy*.94(4):477-89.
- Gimeno, A. (2021). *Mejorando Los Resultados en Psicoterapia. Principios Terapéuticos Basados en la Evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Graßmann, C., Schölmerich, F., Schermuly, C. C. (2020). The relationship between working alliance and client outcomes in coaching: a meta-analysis. *Human Relations*, 73 (2), 35–58.
- Gratz, K. L, Roemer, L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.26:41-54.

- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy K. T., Bourion-Bedes S., Brown A., Constantino M. J., Flückiger C., Forsberg S., Isserlin L., Couturier J., Paulson Karlsson G., Mander J., Teufel M., Mitchell J. E., Crosby R. D., Prestano C., Satir D. A., Simpson S., Sly R., Lacey J. H., Stiles-Shields C., Tasca G. A., Waller G., Zaitsoff S.L., Rienecke R., Le Grange D., Thomas J. J. (2017) A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 50(4):323-340.
- Gross, J. J., John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-62.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401.
- Gross, J.J.(2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1–26.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin D. F., Diefenbach G. J. (2018). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Front Psychol*. 19;9:539.
- Hatcher, R. L., Gillaspay, J. A. (2006) Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16 (10), 12-25.
- Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., Brugha, T. S., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Dietrich, S., Angermeyer, M. C.; ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2008) Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders : a study in six European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4):266-72.
- Heinonen, E., Nissen-Lie, H. A. (2019) The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4):417-432.

- Herrero, R., Vara M. D., Miragall M., Botella C., García-Palacios A., Riper H., Kleiboer A., Baños R. M. (2020). Working Alliance Inventory for Online Interventions-Short Form (WAI-TECH-SF): The Role of the Therapeutic Alliance between Patient and Online Program in Therapeutic Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17):6169.
- Imperatori, C., Adenzato, M., Palmiero, L., Farina, B., Ardito, R. B. (2022). Assessment of Unresolved/Disorganized State of Mind in Relation to Attachment: A ROC Curve Study Using the Adult Attachment Interview and the Measure of Parental Style. *Clinical Neuropsychiatry*. 19(4):197-205.
- James, J. Gross (2015) Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects, *Psychological Inquiry*, 26:1, 1-26.
- Jones, J. D., Cassidy J., Shaver P. R. (2014) Parents' self-reported attachment styles: a review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology* ;19(1):44-76.
- Jones, A., Vallis M., Cooke D., Pouwer F. (2016) Working Together to Promote Diabetes Control: A Practical Guide for Diabetes Health Care Providers in Establishing a Working Alliance to Achieve Self-Management Support. *Journal of Diabetes Research*. 2016:2830910.
- Joormann, J., Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2):281-98.
- Kelley, N.J., Glazer, J.E., Pornpattananangkul, N., Nusslock, R (2019). Reappraisal and suppression emotion-regulation tendencies differentially predict reward-responsivity and psychological well-being. *Journal Biological Psychology*, 140, 35-47.
- Kim, S. (2018) Therapist's Empathy, Attachment, and Therapeutic Alliance: Neurobiological Perspective. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*, 4, 140-145.

- Kinney M., Seider J., Beaty A. F., Coughlin K., Dyal M., Clewley D.(2020) The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 36(8):886-898.
- Koole, S. L., Tschacher, W. (2016) Synchrony in Psychotherapy: A Review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance. *Front Psychology.*7:862.
- Kadović, M., Mikšić, Š., Lovrić, R.(2022). Ability of Emotional Regulation and Control as a Stress Predictor in Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1):541.
- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Sage, K. (2016). Therapeutic alliance in stroke rehabilitation: a meta-ethnography. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 97(11):1979-1993.
- Liotti, G. (2017). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *Journal Trauma Dissociation.* 18(3):304-318.
- Liu, C., Ling Ma, J. (2019). Adult Attachment Style, Emotion Regulation, and Social Networking Sites Addiction. *Front Psychology.* 10:2352.
- Li, L., Yang, Y., He J., Yi J., Wang Y., Zhang J., Zhu X. (2015). Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC Womens Health*, 15:91.
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 25 85–101.
- Martinez, K. A., Resnicow, K., Williams, G. C, Silva, M., Abrahamse, P., Shumway, D. A., Wallner, L. P., Katz, S. J., Hawley, S.T. (2016). Does physician communication style impact patient report decision quality for breasts cancer treatment? *Patient Education and Counseling*, 99(12):1947-1954.

- Martin, R.E., Ochsner, K.N. (2016). The Neuroscience of Emotion Regulation Development: Implications for Education. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10:142-148.
- Marques, R., Monteiro, F., Canavarro, M. C., and Fonseca, A. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*. 238, 39–46.
- Mathews, S., Onwumere, J., Bissoli, S., Ruggeri, M., Kuipers, E., Valmaggia, L., Valmaggia, L. (2015). Measuring attachment and parental bonding in psychosis and its clinical implications. *Psychiatric Sciences*. 25(2): 142–149.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77–102.
- Murray R, Baker A, Halpin S, Britton B, McCarter K, Palazzi K, Beck A K. (2019) Therapeutic Alliance Between Dietitians and Patients With Head and Neck Cancer: The Effect of Training in a Health Behavior Change Intervention. *Annals of Behavioral Medicine*. 53(8):756-768.
- Newman M.G., Castonguay L.G., Jacobson N.C., Moore G.A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* . 83(5):915-925.
- Nielsen, S. K. K., Lonfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., and Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety - the mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*. 218, 253–259.
- Norcross, J. C., Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy (Chic)*, 55(4):303-315.

- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*. 74 1889–1906.
- Ochsner, K.N., Silvers, J.A., Buhle, J.T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals Of The New York Academy Of Sciences Journal*,1251:E1–E24.
- Otani K., Suzuki A., Matsumoto Y., Shibuya N., Sadahiro R., Enokido M.(2013). Parental overprotection engenders dysfunctional attitudes about achievement and dependency in a gender-specific manner. *BMC Psychiatry*.13: 345.
- Owens, G. P., Held, P., Hamrick, L., Keller, E. (2018). The indirect effects of emotion regulation on the association between attachment style, depression, and meaning made among undergraduates who experienced stressful events. *Motivation and Emotion*. 42, 429–437.
- Palma, E. M., Gondim, S. M. (2019). Relations among psychotherapists' epistemic orientation, personal style and emotion regulation. *Clinical Psychology and Culture*. 35, 2019.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- Parker, G., Lipscombe, P.(1979) Parental characteristics of Jews and Greeks in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 13(3):225-9.
- Peter, B., Böbel, E. (2020). Significant differences in personality styles of securely and insecurely attached psychotherapists. Data, reflections and implications. *Frontiers in Psychology*, 11:611.
- Pfeifer, A.C., Meredith P., Schröder-Pfeifer, P., Gomez Penedo, J.M., Ehrenthal, J.C., Schroeter, C., Neubauer, E., Schiltenswolf, M. (2019). Effectiveness of an Attachment-Informed Working Alliance in Interdisciplinary Pain Therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3):364.

- Peter, B., Wolf, T.G. (2021). Replication Studies on Significant Differences in Personality Profiles of Securely and Insecurely Attached Psychotherapists and Dentists. *Frontiers in Psychology*, 12:662828.
- Petrowski, K., Berth, H., Beiling, P., Renner, V., Probst, T. (2021). Patient's and the Therapist's Attachment Representations, Attachment to Therapists, and Self-Esteem-Change Through Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 12:711296.
- Prusiński, T.(2022).The Strength of Alliance in Individual Psychotherapy and Patient's Wellbeing: The Relationships of the Therapeutic Alliance to Psychological Wellbeing, Satisfaction With Life, and Flourishing in Adult Patients Attending Individual Psychotherapy. *Front Psychiatry*.13:827321.
- Ramseyer, F., Tschacher, W.(2014). Nonverbal synchrony of head- and body-movement in psychotherapy: different signals have different associations with outcome. *Frontiers in Psychology*, 5, 979.
- Rajkumar, R. P. (2022). Comorbid depression and anxiety: Integration of insights from attachment theory and cognitive neuroscience, and their implications for research and treatment. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16:1104928.
- Read, D. L., Clark, G. I., Rock, A. J., and Coventry, W. L. (2018). Adult attachment and social anxiety: the mediating role of emotion regulation strategies. *PLoS One* 13:e0207514.
- Reebye, P. (2010). Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1):57–58.
- Rizou E., Giannouli, V. (2020) An exploration of the experience of trainee integrative psychotherapists on therapeutic alliance in the light of their attachment style. *Health Psychology Research*, 8(3):9177.
- Romero-Moreno, A., Paramio, A., Cruces-Montes, S., Zayas, A., Guil, R. (2021). Attributed Contribution of Therapist's Emotional Variables to Psychotherapeutic Effectiveness: A Preliminary Study. *Frontiers in Psychology*, 12:644805.

- Ruiz-Aranda, D., Cardoso-Álvarez, S., Fenollar-Cortés, J. (2021). Therapist Attachment and the Working Alliance: The Moderating Effect of Emotional Regulation. *Frontiers in Psychology*, 12:784010.
- Scalabrini, A, Ebisch, S.J.H., Huang, Z., Di Plinio, S., Perrucci, M.G., Romani, G.L., Mucci, C., Northoff, G. (2019). Spontaneous Brain Activity Predicts Task-Evoked Activity During Animate Versus Inanimate Touch. *Cerebral Cortex*. 29(11):4628-4645.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy [corrected]. *Psychotherapy Research*. 20(2):193-202.
- Scheidt, C. E, Pfänder, S., Ballati, A., Schmidt, S., Lahmann, C. (2021). Language and movement synchronization in dyadic psychotherapeutic interaction – a qualitative review and a proposal for a classification. *Frontiers in Psychology*, 12, 696448.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20.
- Semmons, J. (2022) The role of specialist physiotherapy in a pain management clinic – traditional and novel approaches. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 23(7):405–8.
- Shepard, C. A., Rufino, K. A., Daza, P., Pearson, A., Cuenod, M., Patriquin, M. A.(2022). Emotion Regulation Mediates the Relationship Between Therapeutic Alliance and Anxiety in Emerging Adults During Inpatient Psychiatric Treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 28(5):383-390.
- Silberschatz, G. (2009). Comment: What have we learned about how the alliance develops over the course of therapy? *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 46 (1):295–7.

- Sztejn, D., Koransky, C., Fegan, L., Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 24:527–539.
- Sturgiss, E. A., Rieger, E., Haesler, E., Ridd, M. J., Douglas, K., Galvin, S.L.(2019). Adaption and validation of the Working Alliance Inventory for General Practice: qualitative review and cross-sectional surveys. *Family Practice*, 36(4):516-522.
- Talia, A., Muzi, L., Lingiardi, V., Taubner, S. (2020). How to be a secure base: therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Attachment & Human Development*, 22(2):189-206.
- Takegata, M., Matsunaga, A., Ohashi, Y., Toizumi, M., Yoshida, L. M., Kitamura, T. (2021) Prenatal and Intrapartum Factors Associated With Infant Temperament: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 12:609020.
- Thompson, S. J., Bender, K., Lantry, J., Flynn, P.M. (2007) Treatment Engagement: Building Therapeutic Alliance in Home-Based Treatment with Adolescents and their Families. *Contemporary Family Therapy*, 29(1-2):39-55.
- Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreur, K., Cieslak, R., Ebert, D.D., Etchmendy E., Herrero, R., Kleiboer, A., Krieger, T., García-Palacios, A., Cerga-Pashoja, A., Smoktunowicz, E., Urech, A., Vis C., Andersson, G.; E-COMPARED consortium. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *Journal Internet Interventions*. 25;8:1-9.
- Van Kleef, R. S., Marsman, J.C., Van Valen, E., Bockting, C. L. H., Aleman, A., Van Tol, M. J. (2022). Neural basis of positive and negative emotion regulation in remitted depression. *Journal NeuroImage: Clinical*, 34:102988.

- Vignola, R. C., Tucci, A.M.(2014); Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*.155:104-9.
- Xu, M. K, Morin, A. J. S., Marsh, H. W., Richards, M., Jones, P. B. (2018). Psychometric Validation of the Parental Bonding Instrument in a U.K. Population-Based Sample: Role of Gender and Association With Mental Health in Mid-Late Life. *Journal Assessment*, 25(6):716-728.
- Watson, J. (2019). “Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy,” in *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*, eds Greenberg L. S., Goldman R. N. (Washington, DC: American Psychological Association), 111–128.
- Wijma, A.J. , Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs J., Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(11):825-840.
- Wajda, Z. (2013). Percepcja relacji między rodzicami oraz wzory przywiązania a nasilenie objawów psychopatologicznych u dziewcząt w późnej adolescencji [The perception of the relationship between parents, patterns of attachment and psychopathological symptoms in girls in late adolescence]. *Psychiatria Polska*, 47(5):853-64.
- Wampold, B. E., (2017). “What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works,” in *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training*. New York, NY: Wiley Publishers.
- Waddington, C. H. (1957) *The gene strategy*. London, UK: Allen & Unwin.
- Wampold, B. E., (2017). “What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works,” in *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training*. New York, NY: Wiley Publishers.

APÊNDICE A. FICHA DE SOCIODEMOGRAFICA

Data: __/__/__ Horário: _____h

Nome: _____

Data de Nasc.: __/__/__ idade:___ Sexo: __ Est. Civil: _____

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Tem irmãos: _____

Os seus pais se separaram ou se divorciaram até os seus 11 anos? Não () Sim () Se sim, quantos anos você tinha? _____

Você conviveu com padrasto ou madrasta até os seus 11 anos? Não () Sim () Se sim, () padrasto () madrasta. A partir de que idade? _____

Algum dos seus pais morreu durante sua infância? Não () Sim, pais biológicos (pai e mãe) () Que idade você tinha? _____

Sim, mãe biológica () Que idade você tinha? _____

Sim, pai biológico () Que idade você tinha? _____

Por quem você foi criada principalmente (pela maior parte do tempo)?

Marque apenas uma vez em cada coluna.

	De 0 a 3 anos	De 4 a 7 anos
Seus pais biológicos (pai e mãe)		
Sua mãe biológica		
Seu pai biológico		
Seus avós		
Outros parentes		
Pais adotivos ou de criação		
Mãe e padrasto		
Pai e madrasta		
Outras pessoas		
Num orfanato		

Todas as perguntas sobre pai/mãe podem ser respondidas com referência a outro homem/mulher que tenha exercido as funções de pai/mãe, até os seus 11 anos de idade.

Escolaridade do pai (anos concluídos) _____ Não houve figura paterna ()

Escolaridade da mãe (anos concluídos) _____ Não houve figura materna ()

Ocupação do pai _____

Ocupação da mãe _____

Por quanto tempo exerce a profissão? _____

Carga horária? _____

Em qual(is) setor(es) você ATUA? _____

Numero de pacientes por semana voce atende? _____

Quantas sessões por paciente? _____

Os pacientes são considerados graves? _____ Quantos? _____

ANEXO A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES-CCHLA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre o **ALIANÇA TERAPÊUTICA ESTABELECIDADA ENTRE O FISIOTERAPEUTA E PACIENTE COM BASE NA TEORIA DO APEGO E REGULAÇÃO EMOCIONAL**. e está sendo desenvolvida pela mestranda Irys Arielly Bernardo de Alcântara do PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E COMPORTAMENTO-PPGNEC da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação Prof.(a) Dra MELYSSA KELLYANE CAVALCANTI GALDINO.

O público alvo são fisioterapeutas que atuam em ambiente hospitalar e tem como objetivos avaliar se o apego do fisioterapeuta é relevante em relação a sua prática, verificar o vínculo fisioterapeuta-paciente é um facilitador no envolvimento do paciente à prática. E identificar fatores se a aliança terapeuta-paciente é influenciado pela regulação emocional.

A finalidade deste trabalho é contribuir com os estudos já existentes de se o tipo de vínculo fisioterapeuta e paciente é influenciado pelo estilo de apego desenvolvido e se ocorre interferencia modeladora emocional.

Solicitamos a sua colaboração para a avaliação de aliança terapêutica (Working Alliance Inventory) e escala de apego em relacionado a infância (Parental Bonding Instrument-PBI). Para avaliação da regulação emocional moderadora será utilizada o instrumento Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) e a Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) para avaliação de supressão emocional.

Rubrica da Pesquisadora

Rubrica da Voluntária

Necessitamos de sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome foi mantido em sigilo.

Benefícios: A pesquisa é gratuita. Todas as escalas possuem boa confiabilidade de resultados na literatura, para que possamos avaliar o tipo de apego vínculo e o moderador de regulação emocional.

Riscos: Oferece não previsíveis e mínimos, como constrangimento ao responder o questionário.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. O senhor(a) receberá uma cópia deste termo.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

João Pessoa, _____ de _____ 2023.

Contato dos Pesquisadores:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, entrar em contato.

Orientadora: Dra. Prof. MELYSSA KELLYANE CAVALCANTI GALDINO.; Profa. do departamento de Psicologia e da Pós Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento – PPGNeC- melyssa_cavalcanti@hotmail.com. Telefone:(83) 98767-3151

MESTRANDA: Irys Arielly Bernardo de Alcântara; Telefone:(83)99845-3387/iryslili24@hotmail.com;

Departamento Ciências Humanas, Letras E Artes – CCHLA- UFPB:(083)- (83) 3048-8517

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

ANEXO B. DASS-21

Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A)					
Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas					
0 Não aconteceu comigo nessa semana					
1 Aconteceu comigo algumas vezes na semana					
2 Aconteceu comigo em boa parte da semana					
3 Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana					
1	Eu tive dificuldade para me acalmar	0	1	2	3
2	Eu percebi que estava com a boca seca	0	1	2	3
3	Eu não conseguia ter sentimentos positivos	0	1	2	3
4	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	0	1	2	3
5	Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Em geral, tive reações exageradas às situações	0	1	2	3
7	Tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Eu senti que estava bastante nervoso(a)	0	1	2	3
9	Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobó(a)	0	1	2	3
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	0	1	2	3
11	Notei que estava ficando agitado(a)	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Eu me senti abatido(a) e triste	0	1	2	3
14	Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo	0	1	2	3
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me empolgar com nada	0	1	2	3
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Eu senti que eu estava muito irritado(a)	0	1	2	3
19	Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	0	1	2	3
20	Eu me senti assustado(a) sem ter motivo	0	1	2	3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO C. Inventário de Aliança de Trabalho (*Working Alliance Inventory-WAI*)

Inventário da Aliança de Trabalho Revisado (WAI-SR)					
	Quase nunca	Às vezes	Cerca de metade do tempo	A maioria dos tempo	Quase sempre
1 como resultado dessas sessões, estou certo de que posso mudar (tarefa)	1	2	3	4	5
2 o que estou fazendo com a terapêutica me dá novas maneiras de olhar para o meu problema (tarefa)	1	2	3	4	5
3 eu acredito o paciente gosta de mim (relação)	1	2	3	4	5
4 Meu paciente colabora com as metas da terapia (objetivo)	1	2	3	4	5
5 Meu paciente e eu temos respeito um ao outro (relação)	1	2	3	4	5

6 Meu paciente e eu trabalhamos em direção a metas mutuamente acordadas (objetivo)	1	2	3	4	5
7 Sinto que meu paciente me aprecia (relação)	1	2	3	4	5
8 Meu paciente concorda que é importante meu trabalho (objetivo)	1	2	3	4	5
9 Meu paciente se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que ele não aprova (relação)	1	2	3	4	5
10 sinto que as coisas que faço com a paciente vão ajudar a realizar as metas que ele deseja (tarefa)	1	2	3	4	5
11 Eu e meu paciente estabelecemos um bom entendimento sobre as	1	2	3	4	5

metas. (objetivo)					
12 acredito que a maneira que estou trabalhando com meu paciente está correta. (tarefa)	1	2	3	4	5

ANEXO D. Instrumento de vínculo parental (*Parental Bonding Instrument-PBI*)

Participante: _____ Idade: _____

Parental Bonding Instrument – PBI – Versão Adaptada para o português Brasileiro

Esse questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme lembra da sua MÃE/PAI até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

Muito Moderadamente Moderadamente Muito

Percido Parecido Diferente Diferente

Falava comigo com uma voz meiga e amigável.	()	()	()	()
Não me ajuda tanto quanto eu necessitava.	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer.	()	()	()	()
Parecia emocionalmente frio(a) comigo.	()	()	()	()
Parecia responder a meus problemas e preocupações.	()	()	()	()
Era carinhoso(a) comigo.	()	()	()	()
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões.	()	()	()	()

Não queria que eu crescesse.	()	()	()	()
Tentava controlar as coisas que eu fazia.	()	()	()	()
Invadia Minha Privacidade.	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre coisas comigo.	()	()	()	()
Frequentemente sorria para mim.	()	()	()	()
Tendia a me tratar como um bebê.	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria.	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse as coisas por mim mesmo.	()	()	()	()
Fazia com que eu me sentisse que não era querido(a).	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado(a)	()	()	()	()
Não conversava muito comigo.	()	()	()	()
Tenta me fazer dependente dele(a)	()	()	()	()
Ele(a) Sentia que não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele(a)	()	()	()	()

estivesse perto.	
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria.	() () () ()
Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria.	() () () ()
Era super protetor (a) comigo.	() () () ()
Não me elogiava	() () () ()

ANEXO E. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS*)

Informações de pontuação e interpretação

Pontuações mais altas sugerem maiores problemas com a regulação emocional. As pontuações são apresentadas como uma pontuação total, bem como uma pontuação para cada um das 6 subescalas. As pontuações também são apresentadas como uma classificação percentil, que compara os escores com adultos que procuram atendimento ambulatorial terapia psicológica (Hallion et al., 2018). Um percentil de 50 indica pontuações típicas em comparação com outros que apresentam para tratamento, com escores altos (mais graves) sendo preditivos de maior ganhos de tratamento.

1. Não aceitação de respostas emocionais: 11, 12, 21, 23, 25, 29
2. Dificuldade em se envolver em comportamento direcionado a um objetivo: 13, 18, 20R, 26, 33
3. Dificuldades de controle de impulso: 3, 14, 19, 24R, 27, 32
4. Falta de consciência emocional: 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R
5. Acesso limitado a estratégias de regulação emocional: 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36.
6. Falta de clareza emocional: 1R, 4, 5, 7R, 9

Dificuldades na Escala de Regulação Emocional (DERS)					
	Quase nunca	Às vezes	Cerca de metade do tempo	A maioria dos tempo	Quase sempre
1. Estou claro sobre meus sentimentos	5	4	3	2	1
2. Eu presto atenção em como me sinto	5	4	3	2	1
3. Eu experimento minhas emoções como esmagador e fora de controle	5	4	3	2	1
4. Eu não tenho ideia de como estou me sentindo	5	4	3	2	1

5. Eu tenho dificuldade em entender meus sentimentos	5	4	3	2	1
6. Estou atento aos meus sentimentos	5	4	3	2	1
7 Eu sei exatamente como estou me sentindo	5	4	3	2	1
8 Eu me preocupo com o que estou sentindo	5	4	3	2	1
9 Estou confuso sobre como me sinto	5	4	3	2	1
10 Quando estou chateado, reconheço minha emoções	5	4	3	2	1
11. Quando estou chateado, fico com raiva comigo mesmo por me sentir assim	5	4	3	2	1
12. Quando estou chateado, fico envergonhado por se sentir assim	5	4	3	2	1
13. Quando estou chateado, tenho dificuldade fazendo o trabalho	5	4	3	2	1
14. Quando estou chateado, fico fora de mim ao controle	5	4	3	2	1
15 Quando estou chateado, acredito que vou permanecer assim por muito tempo	5	4	3	2	1
16 Quando estou chateado, acredito que vou acaba se sentindo muito deprimido	5	4	3	2	1
17. Quando estou chateado, acredito que meu sentimentos são válidos e importantes	5	4	3	2	1
18. Quando estou chateado, tenho dificuldade focando em outras coisas	5	4	3	2	1

19 Quando estou chateado, sinto-me fora de ao controle	5	4	3	2	1
20. Quando estou chateado, ainda consigo coisas feitas	5	4	3	2	1
21. Quando estou chateado, sinto vergonha comigo mesmo por me sentir assim	5	4	3	2	1
22. Quando estou chateado, sei que posso encontrar uma maneira de eventualmente se sentir melhor	5	4	3	2	1
23. Quando estou chateado, sinto que estou fraco	5	4	3	2	1
24. Quando estou chateado, sinto que posso permanecer no controle de meus comportamentos	5	4	3	2	1
25. Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentindo assim	5	4	3	2	1
26. Quando estou chateado, tenho dificuldade concentrando	5	4	3	2	1
27. Quando estou chateado, tenho dificuldade controlando meus comportamentos	5	4	3	2	1
28. Quando estou chateado, acredito que há não há nada que eu possa fazer para me tornar sentir-se melhor	5	4	3	2	1
29. Quando estou chateado, fico irritado comigo mesmo por me sentir assim	5	4	3	2	1
30. Quando estou chateado, começo a me sentir muito mal comigo mesmo	5	4	3	2	1

31. Quando estou chateado, acredito que chafurdar nisso é tudo que posso fazer	5	4	3	2	1
32. Quando estou chateado, perco o controle sobre meus comportamentos	5	4	3	2	1
33. Quando estou chateado, tenho dificuldade pensando em mais nada	5	4	3	2	1
34. Quando estou chateado, reservo um tempo para descobrir o que realmente estou sentindo.	5	4	3	2	1
35. Quando estou chateado, demoro muito hora de se sentir melhor	5	4	3	2	1
36. Quando estou chateado, minhas emoções muito pesado	5	4	3	2	1

situação.

8. ____ Controlo as minhas emoções mudando a forma como penso sobre a situação em que me encontro.

9. ____ Quando sinto emoções negativas, procuro não expressá-las.

10. ____ Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a maneira como penso sobre o

situação.



#Lar

Autor

Confirmação de envio

Imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Ciência e Saúde Coletiva

ID do manuscrito

CSC-2023-2002

Título

ALIANÇA TERAPÊUTICA ESTABELECIDADA ENTRE O FISIOTERAPEUTA E PACIENTE COM BASE NA TEORIA DO APEGO E REGULAÇÃO EMOCIONAL

Autores

Alcântara, Irys

Data Enviada

26 de dezembro de 2023

Painel do autor

© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2023. Todos os direitos reservados.

ScholarOne Manuscripts e ScholarOne são marcas registradas da ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patentes nº 7.257.767 e nº 7.263.655 .

[@Clarivate para Academia e Governo](#) | [Requisitos do sistema](#) | [Declaração de privacidade](#) | [Termos de Uso](#) | [Definições de cookies](#)

ANEXO G. ARTIGO SUBMETIDO

ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

ALIANÇA TERAPÊUTICA ESTABELECIDA ENTRE O FISIOTERAPEUTA E PACIENTE COM BASE NA TEORIA DO APEGO E REGULAÇÃO EMOCIONAL

THERAPEUTIC ALLIANCE ESTABLISHED BETWEEN THE PHYSIOTHERAPIST AND PATIENT BASED ON THE THEORY OF ATTACHMENT AND EMOTIONAL REGULATION

RESUMO

Objetivo: Investigar possíveis relações entre tipo de apego, regulação emocional e aliança terapêutica. Métodos: Trata-se de um estudo de natureza transversal e correlacional do tipo *ex post facto*. Foram incluídos no estudo 32 fisioterapeutas que responderam os seguintes instrumentos de forma online. Resultados: Indivíduos desregulados emocionalmente apresentaram correlações fracas no fator vínculo, tarefa e objetivo da escala de aliança terapêutica e predominância de apego inseguro, associado a maior presença de sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Conclusão: O vínculo estabelecido entre fisioterapeutas e seus pacientes é influenciado pela regulação emocional do profissional.

Palavras-Chave: Aliança Terapêutica; Apego; Regulação Emocional; Fisioterapeuta; Paciente.

ABSTRACT

Objective: Investigate possible relationships between type of attachment, emotional regulation and therapeutic alliance. Methods: This is a cross-sectional and correlational *ex post facto* study. 32 physiotherapists were included in the study and completed the following instruments online. Results: Emotionally dysregulated individuals showed weak correlations in the bond, task and objective factor of the therapeutic alliance scale and the predominance of insecure attachment, associated with a greater presence of symptoms of anxiety, depression and stress. Conclusion: The bond established between physiotherapists and their patients is influenced by the professional's emotional regulation.

Keywords: Therapeutic Alliance; Attachment; Emotional Regulation; Physical Therapist; Patient.

INTRODUÇÃO

A teoria do apego, desenvolvida pelos psicanalistas John Bowlby e Mary Ainsworth em 1967¹, preconiza que o apego, ativado por volta dos seis meses de vida,¹⁻² é fortalecido pela interação entre mãe e bebê, e justificado pela capacidade da mãe ser sensível as necessidades do bebê, desenvolvendo segurança e confiança que influenciam em vários aspectos no desenvolvimento emocional e comportamental da criança².

O processo evolutivo do apego, fundamentado com o papel do cuidador, se manifesta em várias tipagens, e sua investigação detalhada foi observada com a criação da Strange Situation (técnica de avaliação que investiga como os apegos podem variar entre as crianças). Com isso, tornou-se possível classificação e diferenciação do estilo de apego infantil como seguro e inseguro², e este último apego inseguro pode ainda apresentar -se em duas dimensões: evitativo e ansioso³.

A rejeição ou não aceitação por parte dos cuidadores desenvolve um apego de evitação na criança, que tende a perpetuar na adultez, com a emissão de comportamentos como evitar decepções, frustrações, afastar-se de relacionamentos sociais com receio da rejeição, distanciar-se ou desligar-se para bloquear emoções⁴. Por outro lado, cuidadores que demonstram-se indiferentes ou inconsistentes, distantes que negligenciam as necessidades da criança, ou ainda cuidadores que buscam proximidade emocional para satisfazer suas necessidades, sendo intrusivos e superprotetores, facilitam o desenvolvimento do apego ansioso³.

O processamento e consolidação de comportamentos é realizado por meio de representações mentais, que são “blocos de construção”²⁻³ e contemplam as representações de si mesmo, dos outros e da construção de vínculos⁴⁻⁵. À nível neuronal o sistema límbico é uma das principais regiões cerebrais responsáveis por tais representação mentais e pela capacidade de regular emoções⁶.

A consolidação do apego na infância serve de base para as relações interpessoais na idade adulta, estendendo-se ao campo profissional^{7,8,9,10}. Embora ainda não se saiba ao certo qual o modelo de apego relacionado ao sucesso do processo terapêutico, várias pesquisas mostraram que o estilo de apego está fortemente relacionado a capacidade de estabelecimento de aliança terapêutica entre profissionais e pacientes¹¹. Na literatura pouco sabe-se sobre a intensidade da relação terapêutica em termos de apego¹².

Estudos^{13,14,15} investigaram como o apego dos terapeutas pode influenciar no resultado da psicoterapia, tendo em vista que o comportamento de apego molda os relacionamentos ao longo da vida¹⁶. Supõe-se que o apego seguro e a personalidade são variáveis construtoras para formação da aliança terapêutica que refletem no resultado terapêutico, e que psicoterapeutas que conseguem desenvolver empatia sem deixar sua própria opinião influenciar, levando em consideração o ouvir o outro, são mais abertos à viver as experiências emocionais dos seus pacientes¹⁶⁻¹⁷. A aliança terapêutica de boa qualidade é contruída através da confiança entre terapeuta e paciente¹⁸.

O modelo de apego seguro ou inseguro é determinante para capacidade de gerenciamento de emoções interpessoais, dessa forma, a eficácia da aliança terapêutica é

consequência de uma cascata de fatores comportamentais e cognitivos envolvidos. Além disso, o modelo de apego está relacionado a habilidade de regulação emocional do terapeuta que reflete nos ganhos da terapia ¹⁹.

Como citado acima, alterações emocionais precisam ser reguladas, ou seja, modificadas em diferentes aspectos emocionais, como intensidade e contexto, para que possam produzir aliança terapêutica e atingir os resultados esperados da terapia como um bom relacionamento e objetivos propostos inicialmente¹⁹. Por sua vez, a presença de diversos fatores estressantes como o papel individual, ambiente de trabalho, horas e condições de trabalho e a progressão na carreira interferem no aspecto emocional¹⁹⁻²⁰. Por isso se faz tão importante entender e compreender tais aspectos emocionais²⁰. Em públicos específicos como profissionais de saúde, em especial fisioterapeutas que no âmbito clínico afloram associações com os índices de relacionamento interpessoal, essas habilidades quando manejadas adequadamente promovem ganhos como o fortalecimento da aliança terapêutica por parte do fisioterapeuta²¹.

Estratégias de regulação emocional são utilizadas nos ajuste de expressões da regulação emocional, entre elas, a reavaliação cognitiva e a supressão expressiva. O processo cujo o controle das emoções envolve estratégias antes do sistema de resposta comportamental, modificando ou reformulando o significado emocional dá-se pela reavaliação cognitiva. Já a modulação do comportamento emocional orientado pela inibição das emoções é uma estratégia focada na resposta a supressão ²².

Tendo em vista que estudos que abordem o estilo de apego, aliança terapêutica e regulação emocional em relações terapêuticas, envolvendo fisioterapeutas, ainda são escassas, e que a maior parte das publicações refere-se ao paciente¹⁶⁻¹⁷, o objetivo do presente estudo foi investigar as possíveis relações entre o apego, regulação emocional e construção da aliança terapêutica em fisioterapeutas em âmbito hospitalar. Hipotetizou-se que o apego seguro fortalece aliança terapêutica, além disso pressupos-se que a força da aliança terapêutica fosse influenciada pelo quão regulados emocionalmente estão os fisioterapeutas^{23,24}. Hipotetizou-se ainda interações entre o tipo de estratégia de regulação emocional e aliança terapêutica estabelecida^{24,25,26,27}.

MÉTODOS

Participantes

A pesquisa foi realizada com fisioterapeutas que atuam em âmbito hospitalar, dispostos a contribuir com a pesquisa. Não havendo restrições quanto idade, tempo de atuação e especialidades que desenvolvem.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e correlacional do tipo ex post facto.

Local

O estudo foi realizado de forma online pela plataforma google forms. Todos os profissionais preencheram um formulário que contiam todos os instrumentos que avaliaram as variáveis em questão. As informações pessoais dos participantes foram mantidas em sigilo não sendo inseridas na análise do estudo.

Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB sob o CAAE: 68495523.7.0000.5188. Todos os participantes receberam as orientações de procedência da pesquisa, seus objetivos, seus riscos e benefícios, responderam em concordar com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da saúde.

Procedimentos

Os participantes foram convidados por método bola de neve - um profissional convida mais dois - a participarem do estudo preenchendo o formulário de forma online para facilitar a divulgação entre fisioterapeutas. O formulário incluía ficha explicando a natureza e objetivos do estudo e os instrumentos. Todos consentiram a participação e utilização dos dados do formulário antes do preenchimento deste. Antes de iniciar o questionário foram orientados a se concentrarem nos atendimentos realizados com seus pacientes.

Crítérios de Elegibilidade

Foram considerados fatores sociodemográficos e ocupacional como sexo, idade, carga horaria, tempo de atuação na profissão e setor no qual exerce a profissão. Foram selecionados indivíduos que atenderam o critério de inclusão da pesquisa, convocados a partir de busca em fisioterapeutas atuantes em hospitais. Como critério de exclusão,

indivíduos com pontuações consideradas severas na escala DASS-21 foram excluídos do estudo. Entretanto, nenhum deles apresentou alto nível de depressão.

Vantagens da pesquisa

A pesquisa foi realizada de forma gratuita. Todas as escalas possuem boa confiabilidade de resultados na literatura, assim as variáveis do tipo de apego ,vínculo, desregulação emocional e aliança terapêutica foram avaliadas de forma fidedigna. Os riscos foram previsíveis e mínimos , como o constrangimento ao responder o questionário.

Instrumentos

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

A escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), adaptada e validada para a língua portuguesa ²⁸, é considerada um instrumento de autorrelato estruturado em 21 questões e com pontuação baseada em uma escala do tipo likert de quatro pontos, variando de 0 (não se aplicou a mim) a 3 (aplicou-se muito), referente ao sentimento da última semana. As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19, e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. Para a pontuação final, os valores de cada subescala foram somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42).

Inventário de Aliança de Trabalho

Diante das diversas escalas utilizadas para avaliar a interação médico-paciente o Inventário de Aliança de Trabalho, em inglês, Working Alliance Inventory (WAI) possui mais vantagens pelo avaliar tanto a relação terapêutica quanto a tomada de decisão compartilhada, a determinação de metas e demanda de tarefas acordada. A ferramenta foi desenvolvida por Bordin em 1971, estendendo-se para utilização para qualquer “relação de ajuda”. A escala original possui 36 itens, mas posteriormente uma forma mais curta da escala foi adaptada com 12 itens (WAI-SF) com alfa de 0,88 ²⁹. No estudo ³⁰, a versão curta (WAI-SF) foi inserida em uma plataforma de pesquisa online. Os 12 itens da escala constituem-se por domínios: tarefa entre terapeuta e paciente, relação dos objetivos e tarefas da terapia, além disso o vínculo entre eles. Os itens são avaliados através de uma escala likert formado por 5 pontos, e o escore geral varia de 12 a 60. Considerando os

domínios objetivo, tarefa e vínculo cada um tem pontuações que variam de 5 a 20, pontuações mais altas indicam uma melhor aliança terapêutica.

Instrumento De Vínculo Parental

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o tipo de apego é o Instrumento De Vínculo Parental, em inglês, Parental Bonding Instrument (PBI)³¹. Essa escala avalia estilos parentais através de relatos nos primeiros 16 anos de vida, e é composta por 25 itens em uma escala likert de 4 pontos. A escala é contemplada por duas dimensões dos estilos parentais: cuidado e superproteção. Uma pontuação baixa na dimensão cuidado indica uma rejeição por parte dos pais, enquanto que pontuações altas indicam que o afeto foi perceptível e transferido pelos pais. Altas pontuações na dimensão superproteção indicam a dedicação extra por parte dos pais, enquanto que baixos resultados nota-se independência na infância. Para o devido fim, o instrumento Parental Bonding Instrument (PBI) é bem aceito e validado³². A escala foi adaptada em diversos idiomas como japonês, inglês, francês, espanhol com destaque em estudos europeus³³. O indivíduo avalia separadamente o comportamento da mãe e do pai em relação um ao outro nos primeiros 16 anos de vida.

O questionário contém 25 afirmações (itens) idênticas para pai/mãe incluindo 12 “cuidados” itens e 13 itens de “proteção”. A interpretação da escala segue dessa seguinte forma: “restrição afetiva” tem-se alto cuidado e alta proteção, “controle sem afeto” sugere-se uma alta proteção e baixo cuidado, “paternidade ideal” quando há um alto cuidado e baixa proteção e “paternidade negligente” quando tem-se um baixo cuidado e baixa proteção. A atribuição às categorias “alta” ou “baixa” é baseada nas seguintes pontuações de corte: Para as mães, pontuação de cuidado de 27,0 e proteção de 13,5. Para os pais, pontuação de cuidado de 24,0 e pontuação de proteção de 12,5³¹.

As soluções de respostas são quatro em uma escala likert de 4 pontos: gosto muito, gosto moderadamente, pouco diferente, muito diferente. A PIB tornou-se uma escala útil e popular para avaliação de atitudes paternas. Estudos mostraram que o relacionamento paternal tem relação direta com a saúde mental e seu funcionamento. Resultados de maior cuidado levam a transtornos de ansiedade e personalidade, como também menor risco de depressão quando considera-se um ótimo vínculo paternal³¹⁻³³.

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS)

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional, em inglês, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) é um instrumento avalia a dificuldade de regulação emocional clinicamente significativa. Contém 36 itens numa escala lickert de cinco pontos do um (quase nunca se aplica a mim) ao cinco (aplica-se quase sempre a mim). A escala revelou possuir elevados valores de consistência interna (alfa = 0,93), boa fidelidade teste-reteste (alfa = 0,88) e adequada validade de constructo e preditiva³⁴. É constituída por seis domínios: não aceitação das emoções negativas, incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiência emoções negativas, dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiência emoções negativas, acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, falta de consciência emocional e falta de clareza emocional.

A pontuação total da DERS é calculada a partir da soma de todas as seis subescalas, resultando em um intervalo de pontuação de 36 a 180. Pontuações mais altas sugerem mais dificuldade na regulação emocional ³⁵⁻³⁶.

Questionário De Regulação Emocional (QRE)

O Questionário De Regulação Emocional tem o objetivo de avaliar estratégias individuais de regulação emocional. O instrumento possui duas modalidades de estratégias de regulação emocional, denominadas reavaliação cognitiva e supressão emocional. Possui dez itens que indicam a concordância ou discordância em uma escala de classificação, variando de um para “ discordo totalmente ” a sete para “ concordo totalmente”. A reavalição cognitiva é avaliada por seis itens, a supressão através de quatro itens. A pontuação varia entre 6 a 42 para reavaliação cognitiva e de 4 a 28 para supressão expressiva. Pontuações mais altas indicam uso mais frequente de reavaliação ou supressão. A validade, fiabilidade e estrutura fatorial deste questionário foram demonstradas³⁷. Pontuações altas em um de seus fatores indicam maior propensão a usar essa estratégia de regulação emocional.

Análise Estatística

As análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis. Em seguida, os dados foram analisados através de medidas de tendência central (Média) e de medidas de dispersão (Desvio Padrão da Média). Na análise estatística inferencial foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk, inicialmente, para analisar possível distribuição normal dos dados. Todos os dados preencheram os critérios de normalidade. Em todas as análises, o pacote

estatístico SPSS (Statistikal Package for Social Sciences – SPSS Inc. Chicago IL. EUA) foi usado para o Windows 7, versão 20.0, EUA. A significância foi estabelecida em $p \leq$

		FISIOTERAPEUTAS
		N:32
Sexo-Homens, n (%)		15 (46,9) mulheres 17 (53,1) homens
Idade (anos), média ± DP		30,53 ± 3,72
Nível de escolaridade n (%)		
	Ensino superior completo	7 (34,4)
	Ensino superior (especialização)	18 (56,3)
	Ensino superior (mestrado ou doutorado)	7 (21,9)
Número de pacientes por semana (n), média ± DP		26,50 ± 17,47
Atende pacientes graves n (%)		
	SIM	11 (34,4)
	NÃO	21 (65,6)
Tempo de serviço (anos), média ± DP		5,91 ± 2,69

0,05. Na análise estatística e discursiva foram levados em consideração valores de referência de pontos de cortes de cada escada utilizada. Também foram empregadas análises de estatística inferencial (correlações e análise de regressão linear (VIs: Apego e regulação emocional; VD: aliança terapêutica), de modo a explorar os dados e testar as hipóteses da pesquisa.

RESULTADOS

Participantes

Participaram da pesquisa 32 adultos. A amostra foi composta em sua maioria pelo sexo feminino ($n= 17$; 53,1%), com idade variando entre 26 e 41 anos ($M= 30,53$; $dp=3,7$). A maioria dos participantes não possuem pais separados (59,4%). Com relação à escolaridade, 21,9% possuíam ensino superior completo, 56,3% com pós graduação *latu senso* (especialização) e 21,9% com pós graduação *strictu senso* (mestrado ou doutorado). Os participantes exercem em média 5,9 horas de serviço e realizam uma média de 26,5 ($dp:17,4$) atendimentos por semana.

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais

Fonte própria.

A média dos resultados obtidos pelos instrumentos para análise das variáveis apresentou pontuações alta para a escala DERS (M=87,59; dp=22,74), mostrando que os indivíduos apresentam desregulação³⁹. O efeito total da escala WAI - SF indicou uma alta qualidade de aliança terapêutica (M=47,19; dp=8,81), a escala PBI pontuou baixo índice para o apego superproteção (M=19,94; dp=6,07), e a estratégia supressão emocional foi a estratégia de regulação emocional menos utilizada (M=17,69; dp=3,71).

Tabela 2. Média da pontuação dos instrumentos

Instrumentos De Avaliação Das Variáveis	FISIOTERAPEUTAS N:32
DERS média ± DP	87,59 ± 22,74
WAI (Aliança terapêutica)	47,19 ± 8,81
Objetivo	15,63 ± 3,38
Tarefa	15,91 ± 3,24
Vínculo	15,34 ± 3,36
PBI (APEGO) média ± DP	
Superproteção	19,94 ± 6,07
Cuidado	23,03 ± 6,05
Vínculo Patiental	“controle sem afeto”
QRE (ESTRATÉGIA DE REGULACÃO) média ± DP	
Reavaliação	28,72 ± 6,04
Supressão	17,69 ± 3,71

Fonte: autoria própria

Correlações de Pearson entre as medidas DERS, PBI, DASS-21, QRE e WAI-SF mostraram relações significativas entre as variáveis (Tabela 3). Observou-se correlação moderada, significativas e direta entre a escala DERS e o fator de ansiedade (R= 0,516), depressão (R= 0,320) e estresse (R=0,471) da DASS-21.

Observou-se correlações significativas, moderada e direta entre o fator supressão da escala QRE e escala PBI no fator cuidado (R=0,446). Observou-se ainda uma correlação significativa, moderada e inversa entre os fatores objetivo, tarefa e vínculo da escala WAI-SF e a escala PBI fator superproteção (R=-0,229; R=-0,313; R=-0,404). Correlação significativa, moderada e inversa entre os fatores objetivo e tarefa da escala WAI-SF e escala DERS (R=-0,524; R=-0,435). Pode-se dizer que quanto mais os indivíduos estão desregulados emocionalmente, menor a capacidade de aderirem as tarefas e objetivos traçados na aliança terapêutica estabelecida.

Observou-se uma correlação significativa, fraca e inversa entre o fator supressão QRE e a quantidade de pacientes por semana (R=-0,342). Outra correlação significativa,

fraca e inversa surgiu entre o fator vínculo da escala WAI-SF e número de pacientes ($R=-0,307$). Como pode ser visto na tabela 3 a maioria das correlações significativas e moderadas concentraram-se entre a escala PBI e WAI-SF, como também, DASS-21 e DERS. No entanto, correlações entre WAI-SF e PBI foram fracas.

Tabela 3. Correlação de Pearson

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Apego (cuidado)	1												
2. Apego (superproteção)	-0,051	1											
3. DERS	-0,111	-0,059	1										
4. DASS (ansiedade)	0,057	-0,002	,516**	1									
5. DASS (depressão)	-0,194	0,263	,320*	,461**	1								
6. DASS (estresse)	-0,045	0,159	,471**	,593**	,451**	1							
7. QRE (reavaliação)	0,119	-0,067	-0,199	-0,074	-,407*	-0,248	1						
8. QRE (supressão)	,446**	-0,154	-0,145	-0,052	-,336*	-0,203	,372*	1					
9. aliança objetivo	-0,256	-,299*	-,524**	-,439**	-,400*	-0,209	0,204	0,054	1				
10. aliança tarefa	-0,202	-,313*	-,435**	-0,170	-0,203	-0,080	0,038	-0,027	,733**	1			
11. aliança vinculo	-0,214	-,404*	-0,251	-0,084	-0,176	-0,221	0,114	0,212	,612**	,567**	1		
12. Número de pacientes por semana	-0,007	0,192	0,278	0,252	-0,229	0,295	0,032	-,342*	-0,091	-0,003	-,307*	1	
13. Tempo de serviço (horas)	-0,055	0,096	-0,221	-0,025	0,113	0,151	-0,099	-0,167	,346*	0,231	0,160	-0,061	1

Nota: DERS: Escala de dificuldades de regulação emocional . DASS: Escala de depressão, ansiedade e estresse. QRE: Questionário de regulação emocional. ** A correlação é significativa no nível $p<0,01$. * A correlação é significativa no nível $p<0,05$.

Após a verificação da adequação das escalas utilizadas no estudo, foi aplicada a análise de Regressão Linear Simples. A Tabela 4 apresenta os coeficientes da regressão. Observou-se que o apego superproteção (variável independente) prevê a aliança terapêutica (variável dependente) ($p=0,030$). Observa-se que 14% da variação da aliança terapêutica é explicada pelo apego superprotetor, nesse sentido pode-se dizer que o apego superprotetor possui uma relação significativa e que diante a sua presença a aliança terapêutica torna-se mais fraca.

Tabela 4. Análise de coeficientes e variância do modelo de regressão linear simples entre as variáveis apego superproteção e aliança terapêutica.

Coeficientes				
Modelo (Resumo do modelo)	<i>R</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²	
	0,384 ^a	5,193	0,148	
Modelo	<i>Coeficiente (b)</i>	<i>Coeficiente padronizado (β)</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Constant	58,301		11,450	p<0,01*
Apego superproteção	-0,557	-0,384	-2,279	0,030

Nota: onde ** p<0,001; * p<0,05. nota: onde ** p<0,001; * p<0,05. Variável dependente: aliança terapêutica. Variáveis independentes: apego superproteção avaliada pela escala PBI.

Ao realizar o teste com forma de apego cuidado, não houve previsão da aliança terapêutica (p=0,160). O modelo de apego do tipo cuidado não possui relação com aliança terapêutica estabelecida entre fisioterapeuta e paciente.

Observou-se que a regulação emocional (variável independente) prevê a aliança terapêutica (variável dependente) (p=0,004). Observa-se que 24% da variação da aliança terapêutica é explicada pela regulação emocional. A aliança terapêutica prevista corresponde a 64,063 da dificuldade de regulação emocional (Tabela 5). Nossos resultados mostraram que a aliança terapêutica possui uma relação direta de quanto o fisioterapeuta está desregulado emocionalmente. Em suma, na presença da desregulação emocional a aliança terapêutica é prejudicada.

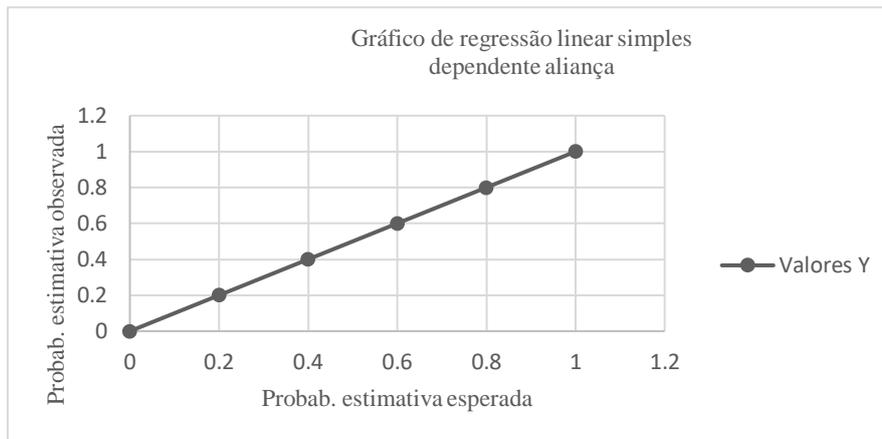
Tabela 5 . Análise de coeficientes e variância do modelo de Regressão Linear Simples entre as variáveis desregulação emocional e aliança terapêutica.

Modelo (Resumo do modelo)	<i>R</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²	
	0,497 ^a	9,841	0,247	
Modelo	<i>Coeficiente (b)</i>	<i>Coeficiente padronizado (β)</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Constant	64,063		11,538	p<0,01
DERS	-0,193	-0,497	-3,137	0,004

Nota: onde ** p<0,001; * p<0,05. nota: onde ** p<0,001; * p<0,05. Variável dependente: aliança terapêutica. Variáveis independentes: desregulação emocional avaliada pela escala DERS.

A Desregulação emocional (DERS) e apego superprotetor presuppõe aliança terapêutica.

Gráfico 1. Relação entre aliança terapêutica e níveis de dificuldade de regulação emocional.



Nota: Os pontos próximos a reta mostram que a influência da DERS e superproteção na aliança terapêutica.

Após análise dos resultados conclui-se que o apego superprotetor e a desregulação emocional, interferem na aliança terapêutica. No entanto, apego do tipo cuidado não aparece como um fator que possa influenciar na aliança entre paciente e fisioterapeuta.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre a desregulação emocional, formas de apego e aliança terapêutica em fisioterapeutas no âmbito hospitalar. Os resultados obtidos evidenciam o efeito do apego e aliança terapêutica, expondo a contribuição particular dos domínios. De acordo com os resultados, o estilo de apego afeta significativamente a capacidade do terapeuta de estabelecer um vínculo de aliança terapêutica adequado.

Pensa-se que o comportamento de um indivíduo é construído ao nascer, mas há fortes evidências de que influências genéticas próprias estão envolvidas⁴⁰. Fatores pré-natais como maiores níveis de cortisol durante a gravidez, maior dificuldade de regulação do estresse infantil e níveis elevados do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) parecem prever comportamentos negativos^{41,42}.

Após o nascimento, nos primeiros estágios da vida, a figura do apego através do cuidador torna-se fundamental, com função primordial de proteção de predadores,mas

também na função de contrutor de formação das representações neurais de si mesmo e com os outros nos chamados “modelos internos de funcionamento”^{1-43,44,45}.

Os dados descritivos da escala PIB produzem resultados relacionados ao cuidado e proteção por parte dos cuidadores. A intensidade do apego, apresenta-se em níveis altos ou baixos, e no atual estudo ocorreu a predominância do "controle sem afeto" (baixo cuidado e alta superproteção) que corresponde a uma sub classificação de apego inseguro, do tipo medroso-evitante. Os achados não correspondem aos encontrados em outros estudos^{3,46,47,48} que mostraram principalmente padrões de apego seguro em psicoterapeutas. O apego inseguro parece conferir risco por meio de estilos relacionais de comportamentos emocionalmente evitativos ou de emoções negativas excessivas (raiva e medo), além de dependência inapropriada dos outros (ansioso)^{3:9;49,50}.

De forma geral, indivíduos com apego inseguro desenvolvem menos relações interpessoais. Um estudo recente^{51,52} reuniu 50 psicoterapeutas com o objetivo de classificar qual o estilo de apego influencia no resultado da terapia e quais comportamentos os distinguem dos estilos de apego dos terapeutas. Os autores retratam achados que corroboram com a correlação inversa entre apego superproteção e a formação de afinidades terapêuticas. Terapeutas mais seguros têm a capacidade de manter sua mente aberta proporcionando um espaço para que seus pacientes reflitam sobre si mesmos, permitindo melhor engajamento de atividades propostas na terapia.

A aliança e a relação terapeutica são cruciais para um tratamento terapêutico bem-sucedido, isso apoia a implicação de monitorar o apego durante o processo de intervenção na relação fisioterapeuta-paciente. Estudos mais recentes^{13:51-52}, retratam que os terapeutas com apego mais seguro formam alianças terapêuticas mais fortes e com melhores resultados. Ou seja, no processo terapêutico, o tipo de apego pode fortalecer a aliança terapêutica e deve ser considerado⁵².

Por outro lado, terapeutas com apego inseguro não poderiam ser considerados “maus” terapeutas, porque a existência de fatores educacionais podem compensar possíveis estilos adversos de personalidade e apego⁵³. Esses autores confirmaram tais compensações confirmando que 20% dos profissionais com apego inseguro tiveram tempo e opções suficientes para readaptar os seus estilos desfavoráveis às necessidades da sua profissão. Pode-se dizer que a experiência, uma educação contínua e auto-exploração, podem servir de correção, e como uma forma de compensar os déficits de apego dos terapeutas. Supõe-se que o mesmo possa ser considerado na relação fisioterapeuta paciente.

A teoria do apego foi conceituada como uma teoria de regulação ^{54,55}. Caso enquanto criança, não ocorra o experienciar de proteção e cuidado consistentes por parte de seu(s) cuidador(es), o adulto pode desenvolver um modelo de hiperativação ou desativação do sistema de apego para obter objetivos direcionados ao apego. Tais adultos são ainda mais propensos a usar estratégias desativadoras para lidar com situações relacionadas ao estresse, para isso utilizam-se do processo de regulação emocional. Indivíduos com apego de baixo cuidado, tendem a manter emoções negativas, utilizando estratégias como supressão da expressividade emocional, repressão de memórias negativas, falta de acessibilidade cognitiva e auto-representações negativas⁵⁶. Assim, como visto nos atuais resultados, adultos com um baixo estilo de apego cuidadoso, evitativo, tendem a utilizar como estratégia de regulação emocional a supressão emocional.

A menor facilidade em formar vínculos, traçar tarefas e alcançar os objetivos com profissionais com estilo de apego superprotetor como mostrado nos resultados levam a compreender que o estilo de apego superprotetor prejudica a formação da aliança terapêutica. Estudos ⁵⁷⁻⁵⁸ reforçam tal ideia de que o estilo de apego superprotetor não seria o modelo ideal para repercussão de relações interpessoais. Um motivo seria um comportamento protetor consigo mesmo e com os outros desde a infância, que levaria a expressão de características de cuidadores superprotetores durante a terapia, gerando um problema em manter os limites no relacionamento com seus pacientes⁵⁹. Tais achados corroboram com a pesquisa que ressalta que os modelos internos de um terapeuta são moldados pelas experiências relacionais primárias e afetam na capacidade de se relacionar com seus pacientes⁶⁰.

Uma maior desregulação emocional leva a aliança terapêutica mais fraca. Uma explicação para isso é a menor interação socioemocional por profissionais que possuem dificuldade de regular suas emoções⁶¹. Os achados correspondem aos mesmos encontrados em uma revisão sistemática que incluiu 31 estudos e mostrou que terapeutas capazes de compreender e regular as suas emoções, constroem relações de confiança e aceitação com os clientes, independentemente da sua segurança de apego⁶².

Como visto a dificuldade de regulação emocional associou-se a maior presença de sintomas como ansiedade, depressão e estresse. Vários artigos ressaltam que a desregulação emocional está positivamente correlacionada com duas variáveis, consideradas fortes contribuintes para o comportamento desadaptativo e problemas afetivos, são elas: ansiedade ^{63, 64} e depressão ^{65, 66, 67}. Tal relação pode estar relacionada a existência de conexões neurais. Regiões límbicas associadas à reatividade afetiva que

tem como base o medo, mostram-se em hiperatividade relativa em indivíduos com sintomas de ansiedade, enquanto regiões pré-frontais envolvidas na regulação dos processos de controle cognitivo e emocional demonstram hipoativação relativa ⁶⁸.

Para entender como ocorre o processo de gerenciamento das emoções e como a sintomatologia da depressão estão associados, faz-se necessário entender o relacionamento à nível neural. De fato, respostas emocionais desreguladas estão correlacionadas a compreensão da depressão. Estudos mostram que eventos estressores negativos exacerbam essa relação ^{69,70}.

Os resultados identificaram que a estratégia da regulação emocional supressão correlacionou-se de forma inversa com a sintomatologia da depressão, ainda que a supressão tenha apresentado uma média menor comparada a escolha da estratégia de reavaliação pelos participantes. Estudo anterior mostrou que a utilização da supressão como estratégia de regulação emocional pode ser uma forma para tratamento da depressão ⁷¹. A estratégia de regulação emocional supressão emocional tem sido relacionada a menos afeto, cognições depressogênicas e sintomas depressivos, e tem sido repetidamente relatada na depressão em remissão ⁷².

É importante lembrar que diferenças individuais no uso de estratégias de regulação emocional podem desempenhar um papel importante na recuperação da depressão. Dependendo da estratégia utilizada, aumenta-se o risco de recaída da sintomatologia. A utilização da supressão relacionada a maior tendência a depressão pode ser explicada por uma dificuldade em regular o afeto negativo, a diminuição da experiência de afeto positivo e dificuldades nas relações interpessoais. Estudos reforçam tais achados ressaltando que indivíduos que regulam suas emoções através do uso da supressão, apresentam mais sintomas de depressão ^{22,73}.

Diversos estudos com a população médica ⁷⁴, psicoterapeutas ^{75,76}, psicólogos ⁹ enfermeiros ⁷⁷ e nutricionistas ⁷⁸ foram relacionados ao estilo de apego ou modelo de aliança, e alguns relacionados a regulação emocional, porém nenhum dos estudos que pesquisamos até a presente data abarcaram tais temáticas associadas ao papel de fisioterapeutas. Apesar de não existir dados compartilhados, com a mesma população do presente estudo hipotetiza-se que os atuais resultados sejam considerados relevantes para fisioterapeutas em âmbito hospitalar.

Os níveis de funcionamento interpessoal dependem de quanto o fisioterapeuta está regulado emocionalmente ²¹. Os dados desse estudo mostram que indivíduos desregulados emocionalmente tendem a estabelecer aliança terapêutica fracas nas dimensões objetivo e tarefa, assim, a capacidade de regular fatores emocionais é

primordial para a eficiência da aliança terapêutica⁷⁹⁻⁸⁰. Por outro lado, os profissionais da saúde estão expostos a diversos fatores estressores dentro do âmbito hospitalar que também podem sofrer influência da regulação emocional. Profissionais com prejuízos emocional prejudicam diretamente na qualidade, nos objetivos da terapia e na segurança do paciente⁷⁹. Fatores estressores como horas prolongadas de plantões, falta de tempo para concluir tarefas, trabalho sem intervalos, horas extras e trabalho em turnos, acarretam em sobrecarga emocional, conseqüentemente maior dificuldade de manejo de objetivos e atividades fisioterapêuticas^{21, 79}.

A aliança terapêutica pode sofrer interferência quanto ao número de sessões e quantidade de pacientes por semana. Estudo anterior^{79,80}, ressaltou que um menor número de pacientes está relacionado a maior probabilidade de médicos e outros profissionais em lembrar o caso clínico e recordar a sua impressão da aliança com os seus pacientes. O tempo de permanência do paciente no hospital e a duração da terapia, determinam vínculos com pacientes e seus cuidadores⁷².

Não houve correlação significativa direta entre os tipos de apego e dificuldade de regulação emocional. Uma razão para a ausência de tais efeitos pode ser o pequeno tamanho da amostra de apenas 32 fisioterapeutas. Portanto, é necessária uma replicação dos resultados com um número maior de profissionais como também avaliação da percepção da aliança e estado emocional dos pacientes atendidos. Afinal, a avaliação do apego ao terapeuta depende tanto do apego do terapeuta quanto do paciente⁶⁸.

O tempo de atuação na área correlacionou-se positivamente com o objetivo da aliança estabelecida, ou seja, fisioterapeutas com maior tempo de experiência, foram capazes de almejar os objetivos propostos inicialmente para a terapia. Os resultados foram análogos a revisão sistemática⁸³ resalta que as competências terapêuticas como ouvir, demonstrar respeito e compreensão com pacientes na prática clínica, relacionam-se ao terapeuta apresentar mais foco e clareza nos objetivos da terapia, transmitindo mais segurança nos procedimentos para o paciente. Deve ser pontuado que o fato do fisioterapeuta, em sua maioria com um estilo de apego superprotetor, com a presença do maior tempo de experiência profissional, relaciona-se a predominância menor intensidade da aliança estabelecida. Tal fator pode ter compensado esses achados. Como já citado, a educação em terapia pode mudar o estilo de apego inseguro em características similares ao apego seguro, então torna-se conflitantes as desvantagens relacionadas com o apego existente na maioria do estudo com profissionais experientes e maior aliança. Estudos com amostras maiores devem ser replicados afim de investigar a relação em entre estilo de apego, tempo de experiência e formação de vínculos.

A principal limitação do presente estudo é o tamanho da amostra, portanto sugere-se a replicação com amostras maiores de fisioterapeutas para confirmar os resultados. Seria também interessante investigar mais profundamente outros itens além do questionário, como horas de sono diária do profissional, a gravidade dos pacientes atendidos, o histórico familiar, presença de transtornos de personalidade e uso de medicações utilizadas de forma controlada. Por outro lado, seria essencial incluir muitas variáveis do terapeuta em estudos futuros, como escala de apego adulto e adição do inventário de aliança terapêutica do observador. Por fim, diante da natureza do trabalho pode-se ainda investigar várias considerações clínicas como as atribuições dos terapeutas, o tipo de patologia mais tratada, bem como qualquer outra variável relacionada ao paciente que aumentaria a compreensão dos resultados.

Embora haja necessidade de mais estudos com uma população maior de fisioterapeutas e inclusão de questionários para os pacientes como forma de confirmar os nossos resultados, nosso estudo formenta a ideia de que o fisioterapeuta com estilo de apego mais protetor forma alianças terapêuticas mais fracas, e esse poderá ser um ponto chave de início para futuras pesquisas voltadas ao estilo de apego do fisioterapeuta que se adeque aos estilos de apego dos pacientes.

Neste sentido, seria interessante desenvolver estudos que evidenciem a ideia do apego para fisioterapeutas, tendo em vista a utilização do toque físico durante as sessões, o que difere do psicoterapeuta, que não utiliza do toque em suas atividades, atribuindo características de diálogos no âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Bowlby J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books. (1988).
2. Ulmer-Yaniv A, Waidergoren S, Shaked A, Salomon R, Feldman R. Neural representation of the parent-child attachment from infancy to adulthood. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2022; 17(7):609-624. doi: 10.1093/scan/nsab132.
3. Ainsworth BE, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1978.
4. Newman MG, Castonguay LG, Jacobson NC, Moore GA. Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal

- and emotional processing therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83(5):915-925. doi: 10.1037/a0039359.
5. Laurita AC, Hazan C, Spreng RN. Dissociable patterns of brain activity for mentalizing about known others: a role for attachment. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2017;12(7):1072-1082. doi: 10.1093/scan/nsx040.
 6. Sbarra D.A., Coan J.A. Relationships and health: the critical role of affective science. *Emotion Review*. 2018; 10(1), 40–54.
 7. Feldman R. The Neurobiology of Human Attachments. *Trends Cogn Sci*. 2017 ;21(2):80-99. doi: 10.1016/j.tics.2016.11.007.
 8. Lavy S, Mikulincer M, Shaver PR. Autonomy–proximity imbalance: An attachment theory perspective on intrusiveness in romantic relationships. *Pers. and Individ. Differ.*. 2010;48:552–556.
 9. Laurita AC, Hazan C, Spreng RN. An attachment theoretical perspective for the neural representation of close others. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2019;14(3):237-251. doi: 10.1093/scan/nsz010.
 10. Skourteli MC, Lennie C. The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counselling Psychology Review*. 2011;26:20–33.
 11. Pascuzzo, K., Moss, E., & Cyr, C. (2015). Attachment and Emotion Regulation Strategies in Predicting Adult Psychopathology. *SAGE Open*, 5(3). pp: 21582440156.
 12. Slade A. “The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: research and clinical perspectives,” In: Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York, NY: The Guilford Press; 2008. p. 762–782.
 13. Degnan A, Seymour-Hyde A, Harris A, Berry K. The role of therapist attachment in alliance and outcome: a systematic literature review. *Clin. Psychol. Psychother*. 2016; 23(1):47-65.
 14. Levy KN, Kivity Y, Johnson BN, Gooch CV. Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: a meta-analysis. *J. Clin. Psychol*. 2018; 74(11), 1996–2013.
 15. Levy KN, Johnson BN. Attachment and psychotherapy: implications from empirical research. *Can. Psychol*. 2019; 60(3), 178–1931.

16. Peter B, Wolf TG. Replication Studies on Significant Differences in Personality Profiles of Securely and Insecurely Attached Psychotherapists and Dentists. *Front Psychol.* 2021; 12:662828.
17. Peter B, Böbel E, Hagl M, Richter M, Kazén M. Personality styles of German-speaking psychotherapists differ from a norm, and male psychotherapists differ from their female colleagues. *Front. Psychol.* 2019;8:840.
18. Ryu J, Heisig S, McLaughlin C, Katz M, Mayberg HS, Gu X. A natural language processing approach reveals first-person pronoun usage and non-fluency as markers of therapeutic alliance in psychotherapy. *IScience.* 2023;26(6):106860.
19. Gimeno A. *Mejorando Los Resultados en Psicoterapia. Principios Terapéuticos Basados en la Evidencia.* Madrid: Pirámide. 2021.
20. Bolliger L, Lukan J, Colman E, Boersma L, Luštrek M, Bacquer DD, Clays E. Sources of Occupational Stress among Office Workers-A Focus Group Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19:1075.
21. James, J. Gross Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects, *Psychological Inquiry.* 2015; 26:1, 1-26.
22. Kadović M, Mikšić Š, Lovrić R. Ability of Emotional Regulation and Control as a Stress Predictor in Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;20(1):541.
23. Wijma AJ, Bletterman AN., Clark JR., Vervoort SCJM., Beetsma A, Keizer D, Nijs J, Van Wilgen CP. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2017; 33(11):825-840.
24. Wampold BE. "What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works," in *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training.* New York, NY: Wiley Publishers. 2017.
26. Wampold BE. "What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works," in *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training.* New York, NY: Wiley Publishers. 2017.

27. Compare A, Zarbo C, Shonin E, Van Gordon W, Marconi C. Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2014; 2014:324374.
28. Vignola RC, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord.* 2014; 155:104-9.
29. Hatcher RL, Gillaspay JA. Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psyc. Resea..* 2006; 16(10):12-25.
30. Sturgiss EA, Rieger E, Haesler E, Ridd MJ, Douglas K, Galvin SL. Adaption and validation of the Working Alliance Inventory for General Practice: qualitative review and cross-sectional surveys. *Fam Pract.* 2019; 36(4):516-522.
31. Parker G, Lipscombe P. Parental characteristics of Jews and Greeks in Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 1979;13(3):225-9.
32. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British J of Med Psy,* 1979;52(1), 1-10.
33. Xu MK, Morin AJS, Marsh HW, Richards M, Jones PB. Psychometric Validation of the Parental Bonding Instrument in a U.K. Population-Based Sample: Role of Gender and Association With Mental Health in Mid-Late Life. *Assessment.* 2018;25(6):716-728.
34. Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J, Brugha TS, Bruffaerts R, de Girolamo G, Dietrich S, Angermeyer MC; ESEMEd/MHEDEA 2000 investigators. Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders: a study in six European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(4):266-72.
35. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J of Psy and Beh Ass* 2004;26, 41–54.
36. Cancian ACM, Souza LASD, Silva VHPE, Machado WDL, Oliveira MDS. Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Tre in Psy and Psy,* 2019.41(1), 18– 26.
37. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;85 (2), 348-62.

38. Field, A. *Descobrimdo a estatística usando SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
39. Hallion LS, Steinman SA, Tolin DF, Diefenbach GJ. Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Front Psychol*. 2018;9:539.
40. Wajda Z. Percepcja relacji między rodzicami oraz wzory przywiązania a nasilenie objawów psychopatologicznych u dziewcząt w późnej adolescencji [The perception of the relationship between parents, patterns of attachment and psychopathological symptoms in girls in late adolescence]. *Psychiatr Pol*. 2013;47(5):853-64.
41. Bush NR, Jones-Mason K, Coccia M, Caron Z, Alkon A, Thomas M, Coleman-Phox K, Wadhwa PD, Laraia BA, Adler NE, Epel ES. Effects of pre- and postnatal maternal stress on infant temperament and autonomic nervous system reactivity and regulation in a diverse, low-income population. *Dev Psychopathol*. 2017;29(5):1553-157.
42. Takegata M, Matsunaga A, Ohashi Y, Toizumi M, Yoshida LM, Kitamura T. Prenatal and Intrapartum Factors Associated With Infant Temperament: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021; 12:609020.
43. Mathews S, Onwumere J, Bissoli S, Ruggeri M, Kuipers E, Valmaggia L, Valmaggia L. Measuring attachment and parental bonding in psychosis and its clinical implications. *Psy. Sci*. 2015;25(2): 142–149.
44. Rajkumar RP. Comorbid depression and anxiety: Integration of insights from attachment theory and cognitive neuroscience, and their implications for research and treatment. *Front Behav Neurosci*. 2022; 16:1104928.
45. Calvo V, Bianco F. Influence of adult attachment insecurities on parenting self-esteem: the mediating role of dyadic adjustment. *Front Psychol*. 2015; 6:1461.
46. Otani K, Suzuki A, Matsumoto Y, Shibuya N, Sadahiro R, Enokido M. Parental overprotection engenders dysfunctional attitudes about achievement and dependency in a gender-specific manner. *BMC Psychiatry*. 2013;13: 345.
47. Dinger U, Strack M, Sachsse T, Schauenburg H. Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)* 2009;46(3):277-290.

48. Schauenburg H, Buchheim A, Beckh K, Nolte T, Brenk-Franz K, Leichsenring F, Strack M, Dinger U. The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy [corrected]. *Psychother Res.* 2010;20(2):193-202.
49. Talia A, Muzi L, Lingiardi V, Taubner S. How to be a secure base: therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Attach Hum Dev.* 2020;22(2):189-206.
50. Imperatori C, Adenzato M, Palmiero L, Farina B, Ardito RB. Assessment of Unresolved/Disorganized State of Mind in Relation to Attachment: A ROC Curve Study Using the Adult Attachment Interview and the Measure of Parental Style. *Clin Neuropsychiatry.* 2022;19(4):197-205.
51. Aço C, Mac donald J, Schroder T. A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *J. Clin. Psychol.* 2018;74(1):5-42.
52. Peter B, Wolf TG. Replication Studies on Significant Differences in Personality Profiles of Securely and Insecurely Attached Psychotherapists and Dentists. *Front Psychol.* 2021;12:662828.
53. Peter B, Böbel E. Significant differences in personality styles of securely and insecurely attached psychotherapists. Data, reflections and implications. *Front Psychol.* 2020;11:611.
54. Schore JR, Schore AN. Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clin Soc Wor J* 2008;36(1), 9–20.
55. Mikulincer M, Shaver, PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv and Emot* 2003;27(2), 77–102.
56. Liu C, Ling Ma J. Adult Attachment Style, Emotion Regulation, and Social Networking Sites Addiction. *Front Psychol.* 2019; 10:2352.
57. Watson J. "Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy,". Greenberg LS, Goldman RN. In *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*, (Washington, DC: American Psychological Association), 2019; 111–128.

58. Romero-Moreno A, Paramio A, Cruces-Montes S, Zayas A, Guil R. Attributed Contribution of Therapist's Emotional Variables to Psychotherapeutic Effectiveness: A Preliminary Study. *Front Psychol.* 2021;12:644805.
59. Bruck E, Winston A, Aderholt S, Muran J. Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. *Am J of Psy*, 2006;60(4), 393-406.
60. Rizou E, Giannouli V. An exploration of the experience of trainee integrative psychotherapists on therapeutic alliance in the light of their attachment style. *Health Psychol Res.* 2020;8(3):9177.
61. Koole SL, Tschacher W. Synchrony in Psychotherapy: A Review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance. *Front Psychol.* 2016;7:862.
62. Heinonen E, Nissen-Lie HA. The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychother Res.* 2019;30(4):417-432.
63. Esbjorn BH, Bender PK., Reinholdt-Dunne ML, Munck LA., Ollendick, TH. The development of anxiety disorders: considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2012;15, 129–143.
64. Nielsen SKK, Lonfeldt N, Wolitzky-Taylor KB, Hageman I, Vangkilde S, Daniel SIF. Adult attachment style and anxiety - the mediating role of emotion regulation. *J. Affect. Disord.* 2017; 218, 253–259.
65. Marques R, Monteiro F, Canavarro MC, Fonseca, A. The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *J. Affect. Disord.* 2018; 238, 39–46.
66. Owens GP, Held P, Hamrick L, Keller E. The indirect effects of emotion regulation on the association between attachment style, depression, and meaning made among undergraduates who experienced stressful events. *Motiv. Emot.* 2018;42,429–437.
67. Read DL, Clark GI, Rock AJ, Coventry WL. Adult attachment and social anxiety: the mediating role of emotion regulation strategies. *PLoS One* 2018; 13:e0207514.
68. Bomyea J, Ball TM, Simmons NA, Campbell-Sills L, Paulus MP, Stein MB. Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2020;271:207-214.

69. Berking M, Wirtz CM, Svaldi J, Hofmann SG. Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behav. Res. Ther.* 2014;57:13–20.
70. Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion.* 2020; 20:37–42.
71. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot.* 2010;24(2):281-98.
72. Van Kleef RS, Marsman JC, Van Valen E, Bockting CLH, Aleman A, Van Tol MJ. Neural basis of positive and negative emotion regulation in remitted depression. *Neuroimage Clin.* 2022;34:102988.
73. Li L, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, Zhang J, Zhu X. Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC Womens Health* 2015;15:91.
74. Belot RA, Bouteloup M, Bonnet M, Parmentier AL, Magnin E, Mauny F, Vuillier F. Evaluation of Attachment Style and Social Support in Patients With Severe Migraine. Applications in Doctor-Patient Relationships and Treatment Adherence. *Front Neurol.* 2021;12:706639.
75. Petrowski K, Berth H, Beiling P, Renner V, Probst T. Patient's and the Therapist's Attachment Representations, Attachment to Therapists, and Self-Esteem-Change Through Psychotherapy. *Front Psychol.* 2021;12:711296.
76. Ruiz-Aranda D, Cardoso-Álvarez S, Fenollar-Cortés J. Therapist Attachment and the Working Alliance: The Moderating Effect of Emotional Regulation. *Front Psychol.* 2021;12:784010.
71. Bar-Sela G, Gruber R, Mitnik I, Lulav-Grinwald D, Koren D. Attachment Orientation and Relationships With Physicians and Nurses Among Israeli Patients With Advanced Cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2018;45(5):631-638.
72. Murray R, Baker A, Halpin S, Britton B, McCarter K, Palazzi K, Beck A K. Therapeutic Alliance Between Dietitians and Patients With Head and Neck Cancer: The Effect of Training in a Health Behavior Change Intervention. *Ann Behav Med.* 2019;53(8):756-768.
73. Arapović M, Lučanin JD. The association between quality of life and coping strategies in nurses. *Clin. Psychol.* 2016;2:257–270.

74. Babapour AR, Gahassab-Mozaffari N, Fathnezhad-Kazemi A. Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2022;21:75.
75. Crits-Christoph P, Gibbons MB, Hamilton J, Ring-Kurtz S, Gallop R. The dependability of alliance assessments: the alliance-outcome correlation is larger than you might think. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(3):267-78.
76. De Geest RM, Meganck R. How Do Time Limits Affect Our Psychotherapies? A Literature Review. *Psychol Belg.* 2019;59(1):206-226.
77. Lingardi V, Muzi L, Tanzilli A, Carone N. Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clin. Psychol. Psychother.* 2018;25 85–101.
83. Eubanks CF, Goldfried MR. "A principle-based approach to psychotherapy integration," in *Handbook of Psychotherapy Integration*, 3. Ed, Oxford: Oxford University Press. 2019; 88–104.

