

THALES EPOV SIMÕES

**O PSICOSSOMA NO COMPORTAMENTO ESPIRITUAL/RELIGIOSO
À LUZ DA TEORIA DO APEGO**

São Paulo

2024

THALES EPOV SIMÕES

**O PSICOSSOMA NO COMPORTAMENTO ESPIRITUAL/RELIGIOSO
À LUZ DA TEORIA DO APEGO
(Versão corrigida)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho - como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social, sob a orientação do professor Esdras Guerreiro Vasconcellos, PhD.

São Paulo

2024

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Epov Simões, Thales

O psicossoma no comportamento espiritual/religioso à luz da teoria do apego /
Thales Epov Simões; orientador Esdras Guerreiro Vasconcellos. -- São Paulo, 2024.
96 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2024.

1. Teoria do apego. 2. Coping Religioso. 3. Somatização. 4. Interocepção. 5.
Distress moral. I. Guerreiro Vasconcellos, Esdras, orient. II. Título.

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA TESE
Termo de Anuência do orientador

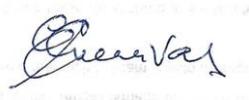
Nome do aluno: Thales Epov Simões

Data da defesa: 05/04/2024

Nome do Prof. orientador: Esdras Guerreiro Vasconcelos

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento ao Sistema Janus e publicação no **Portal Digital de Teses da USP**.

São Paulo, 23/04/2014



Orientador prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcelos

“Do meu ponto de vista, o que se passa é que a alma e o espírito, em toda a sua dignidade e dimensão humana, são os estados complexos e únicos de um organismo. Talvez a coisa que se torna mais indispensável fazermos, enquanto seres humanos, seja a de recordar a nós próprios e aos outros a complexidade, a fragilidade, a finalidade e a singularidade que nos caracterizam” (António Damásio, no livro “O erro de Descartes”).

RESUMO

O psicossoma é o eu – corporal na interação entre os processos do corpo e da psique e pode se comportar como uma interface. Nele, fatores psicológicos e somáticos interagem como um todo, por meio de processos homeostáticos de regulação e de desenvolvimento. A homeostase, por sua vez, é o background cooperativo comum das regulações interligadas entre o corpo, o cérebro e a mente e destes com o ambiente físico, social e cultural. Nesses processos de regulação e de equilíbrio fisiopsicológico do organismo como um todo, as crenças nucleares são capazes de atribuir realidade às percepções, emoções e pensamentos. Logo, elas estão envolvidas com a busca de equilíbrio entre o *self* e o ambiente, em dinâmicas cognitivas e afetivas de aprendizagem e sobrevivência. Nesses processos interativos, também estão presentes as emoções e os sentimentos. Os sentimentos funcionam como indicadores naturais da qualidade dos estados somáticos e dos vínculos intrassubjetivos e intersubjetivos. Essas experiências vinculares, por sua vez, dão gênese aos modelos operacionais a partir dos quais os estilos de apego e os estilos *coping* religioso se constituem como tentativas de regulação cognitiva e emocional. Os padrões de vinculação, dessa forma, com uma figura de apego específica, ou com uma figura de apego espiritual/religiosa, no caso do *coping* religioso, provavelmente são, ambos, indicadores da qualidade do psicossoma e de suas regulações. Temos evidências, portanto, de que os vínculos de apego, tanto seguros como inseguros, podem influenciar a percepção somática do sujeito e o estilo de *coping* religioso, positivo ou negativo.

Palavras-chave: Psicossoma, condição humana, experiência espiritual/religiosa, ressonância corporal, estilos de apego, *coping* religioso.

SUMMARY

The psychosome is the bodily self in interaction between the processes of the body and the psyche and can behave as an interface. In it, psychological and somatic factors interact through homeostatic processes of regulation and development. Homeostasis, in turn, is the common cooperative background of the inter-regulations between the body, the brain and the mind and of these with the physical, social and cultural environment. In these processes of regulation and physio psychological balance of the organism as a whole, core beliefs are processes of attributing reality to perceptions, emotions and thoughts. They are involved with the search for balance between the *self* and the environment, in cognitive and affective dynamics of learning and survival. In these interactive processes, emotions and feelings are also present. Feelings function as natural indicators of the quality of somatic states and intrasubjective and intersubjective bonds. These linking experiences, in turn, give rise to the operational models from which attachment styles and religious *coping* styles constitute themselves as attempts at cognitive and emotional regulation. Thus, attachment patterns, with a specific attachment figure, or with a spiritual/religious attachment figure, in the case of religious *coping*, are probably both indicators of the quality of the psychosome and its regulations. Therefore, we have evidence that attachment bonds, both secure and insecure, can influence the somatic perception of the subject and the style of religious *coping*, positive or negative.

Keywords: psychosome, human condition, spiritual/religious experience, body resonance, attachment styles, religious *coping*.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2.1 Objetivos do estudo.....	13
2.2 Objetivo geral.....	13
2.3 Objetivos específicos.....	13
2. Justificativa do estudo.....	13
3. Delimitações do estudo.....	14
4. Revisão da literatura.....	14
4.1 A Realidade biopsicossocial do organismo	14
4.1.1 A cooperação homeostática: o background entre corpo, cérebro e mente ...	14
4.1.2 O eu – corporal:	17
4.1.3 A experiência psicossomática mediada pela afetividade	19
4.1.4 Emoções e sentimentos no psicossoma	19
4.1.5 As imagens mentais do corpo e a ressonância corporal	21
4.1.6 O <i>self</i> autobiográfico e os <i>modelos internos de funcionamento</i> do apego	22
4.1.7 A formação das crenças	23
4.1.8 As crenças nucleares nos vínculos de apego e sua influência na saúde ..	25
4.2 A Teoria do Apego	26
4.2.1 O marco referencial: o experimento “situação estranha”	27
4.2.2 O apego e a questão da monotropia	30
4.2.3 O apego durante as fases da vida.....	31
4.2.4 Apego e comportamento	32
4.2.5 Apego e memória.....	33
4.2.6 A questão dos <i>modelos internos de funcionamento</i> nos vínculos de apego	35
4.2.7 O termo modelo operacional usado por Bowlby.....	36
4.2.8 Aspectos neuropsicológicos do apego.....	37
5.2.8.1 A motivação dopaminérgica	38
5.2.8.2 A amígdala e o hipocampo na formação dos vínculos de apego	39
5.2.8.3 O hipotálamo, o stress e a consolação no vínculo de apego	41
5.2.8.4 O córtex pré-frontal e a regulação emotiva	42
5.2.8.5 O apego e as redes neurais	43
5.2.9 Apego e experiência de sentido espiritual/religioso	44

5.2.9.1 Apego e <i>coping</i> religioso	45
4.3 As medidas psicométricas de apego em adultos	48
4.3.1 A medida psicométrica proposta por Cindy Hazen e Phillip Shaver	49
4.3.2 A medida psicométrica proposta por Nancy Collins e Stephen Read	50
4.3.3 A proposta de Kim Bartholomew e Leonard Horowitz sobre o apego ...	51
4.3.4 Desenvolvimentos das pesquisas com a <i>adult attachment scale</i> – AAS	52
5. Hipóteses.....	54
5.1 Hipótese central	54
5.2 Hipóteses complementares.....	54
6. Material e método.....	55
6.1 Participantes	55
6.2 Instrumentos psicométricos	55
6.3 Procedimentos	58
6.3.1 Procedimentos para a coleta de dados.....	58
6.3.2 Procedimentos para a análise	58
6.3.3 Procedimentos éticos	62
7. Apresentação dos resultados.....	62
7.1 A amostra	62
7.2 Procedimentos para a coleta de dados.....	63
7.3 Análises descritivas das variáveis em referência ao sexo e a faixa etária	63
7.3.1 Variáveis do questionário demográfico	64
7.3.2 Variável do questionário de ressonância corporal - RESCORP (1993)	
.....	65
7.3.3 Variáveis do questionário de apego – RAAS (1996/2018)	65
7.3.4 Variáveis do questionário sobre <i>coping</i> religioso – RCOPING-14	68
7.4 Matriz de intercorrelações	69
7.5 Comparações de grupos mais significativas	70
7.5.1 Comparação de faixa etária em relação à ressonância corporal.....	70
7.5.2 Comparação entre os sexos em relação à ressonância corporal.....	71
7.5.3 Comparação entre os tipos de apego em relação à ressonância corporal.	72
7.6 Regressões mais significativas	74
7.6.1 A ressonância corporal predita pelos fatores ansiedade e proximidade	
(método paramétrico – F)	74
7.6.2 A ressonância corporal predita pelos fatores ansiedade e proximidade	
(método paramétrico – H)	75

7.6.3	A ressonância corporal predita pelos fatores <i>close</i> , <i>dependence</i> e ansiedade.....	76
7.6.4	A ressonância corporal predita pelos estilos de apego	76
7.6.5	A ressonância corporal predita pelas variáveis insegurança e <i>coping</i> negativo.....	77
8.7	Modelagem por equações estruturais da pesquisa	78
9.	Discussão dos resultados	79
9.1	Participantes	79
9.2	Resultados em relação à ressonância corporal	80
9.2.1	Variáveis que mais impactam na ressonância corporal	81
9.3	Resultados mais significativos da modelagem por equações	84
9.4	Discussão teórica	84
10.	Conclusão	86
11.	Referências bibliográficas	88

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1: Padrões de apego segundo Ainsworth et all (1978)	28
Tabela 2: Descrição de apego segundo Hazan and Shaver's (1987)	49
Tabela 3: Propriedades psicométricas da escala RAAS.....	57
Tabela 4: Variáveis do questionário demográfico	64
Tabela 5: Variável ressonância corporal do questionário RESCORP	65
Tabela 6: Variáveis do questionário de apego – RAAS (1996/2018)	65
Tabela 7: Variáveis do questionário de <i>coping</i> religioso - RCOPING14	68
Tabela 8: Matriz de intercorrelações (<i>Spearman</i>)	69
Tabela 9: Comparação de faixa etária em relação à ressonância corporal.....	70
Tabela 10: Comparação entre os sexos em relação à ressonância corporal.....	71
Tabela 11: Comparação entre os tipos de apego em relação à ressonância corporal	72
Tabela 12: A ressonância corporal predita pelos fatores ansiedade e proximidade (F)	74
Tabela 13: A ressonância corporal predita pelos fatores ansiedade e proximidade (H).....	75
Tabela 14: A ressonância corporal predita pelos fatores <i>close</i> , <i>dependence</i> e ansiedade	76
Tabela 15: A ressonância corporal predita pelos estilos de apego	76
Tabela 16: A ressonância corporal predita pelas variáveis insegurança e <i>coping</i> negativo.....	77
Tabela 16: Modelagem por equações estruturais da pesquisa	78

1. INTRODUÇÃO

O tema “*Psicossoma no comportamento espiritual/religioso à luz da teoria do apego*” suscita perguntas a respeito da interação corpo, mente e cultura/religião. Como o psicossoma – o eu corporal - é afetado pelas crenças? Como as crenças nucleares, formadas pelos conceitos e afetos a respeito de si mesmo e a respeito dos outros, são capazes de despertar ressonâncias corporais? Os sistemas de crenças religiosas contêm as crenças nucleares e revelam algo sobre a saúde física e mental? A qualidade da saúde psicológica é observada na qualidade dos estilos de apego e dos estilos de *coping*?

Tendo o psicossoma (o eu – corporal) como referência, partimos do fato de que a homeostase é o *background* comum da regulação biopsicossocial do organismo (cf. Damásio, 2018). Esse *background* nos permite estudar a interação e a concomitância de realidades humanas distintas e aparentemente separadas, tais como a mente, o cérebro e o corpo, com suas implicações no comportamento pessoal, social e religioso. Nesse estudo, portanto, pesquisaremos as correlações, os impactos e os efeitos entre as variáveis ressonância corporal, tipos de apego e tipos de *coping* religioso.

As dinâmicas homeostáticas de regulação fisiológica e emotiva do eu-corporal estão na base da formação dos estilos de apego, visto que, principalmente na infância, as figuras de apego exercem uma função de cuidado capaz de ajudar a criança a lidar com seus próprios afetos: emoções e sentimentos (cf. Mikulincer, M.; Shaver, P., 2021). Os estilos de apego, por sua vez, são provenientes de um *modus operandi* afetivo e comportamental desenvolvido a partir dos relacionamentos intrassubjetivos e intersubjetivos, cuja qualidade é originalmente marcada pelas figuras de apego. A qualidade do apego, se seguro ou inseguro, além da qualidade do afeto, também é explicada pelas crenças nucleares do sujeito em relação a si e aos outros (cf. Bowlby, J., 1969). Essas crenças são construídas e moduladas pelos afetos, ao longo do histórico das relações filiais, amorosas e de amizade (cf. Mendes, M., A., 2021).

As crenças, em si, são processos de atribuição de realidade às percepções, às emoções e aos pensamentos (cf. Britton, 1998). Como tais, elas são capazes de influenciar a saúde do psicossoma, tanto de modo egossintônico, como de modo egodistônico. Isso em processos de associações entre emoções e eventos, entre desejos e ideias, entre carências e fantasias com pensamentos mágicos, entre outros processos (cf. Alcock, 2018). As crenças nucleares oferecerem um autoconceito e um conceito sobre os outros em relação aos sentimentos de segurança e de confiança. Elas estão, assim, envolvidas no

feedback consciente do psicossoma frente ao ambiente, modulando estados psicológicos (cf. Knapp, 2004).

Os *modelos internos de funcionamento*, subjacentes aos estilos de apego, se desenvolvem a partir das crenças nucleares. Elas recebem uma qualificação, não só cognitiva, mas principalmente afetiva, a partir da qualidade das relações com as figuras de apego estabelecidas durante a vida (cf. Mendes, 2021). Os afetos, tais como as emoções e os sentimentos, são considerados como indicadores naturais da qualidade dessas adaptações. O *modus operandi* do *modelo interno de funcionamento* e a sensopercepção corporal são regulados pelos afetos (cf. Damásio, A., 2018).

A qualidade das regulações afetivas se revela nos estilos de apego (cf. Abreu, 2019; Mendes, 2021). Ela tem, portanto, ressonâncias, não só no autoconceito e no conceito que o sujeito faz dos outros, mas, também, na percepção das sensações corporais (cf. Vasconcellos, E., G., 1992); com seus marcadores somáticos e imagens sensoriais (cf. Damásio, 2018).

As experiências positivas e adequadas com uma figura de apego, por exemplo, são capazes de desenvolver no sujeito a saúde psíquica, garantida por uma base emocional segura e, conseqüentemente, por disposições para explorar o mundo físico e social (cf. Bowlby, J., 1969). Os sentimentos de segurança – dos registros do se sentir contido por um cuidador suficientemente bom – também são proporcionados e/ou estimulados pela espiritualidade e pelos comportamentos religiosos (cf. Pargament, K., 1997). Isso, porque o sagrado, não raras vezes, funciona para o sujeito como uma figura de apego; um objeto internalizado capaz de proporcionar a sensação de cuidado, de integração e de pertença (cf. Kirkpatrick, L., A., 2005).

O comportamento religioso, por vezes, revela as projeções dos registros da qualidade afetiva dos vínculos de apego (cf. Kirkpatrick, 2016); ou seja, as projeções do *modelo interno de funcionamento* da qualidade do apego desenvolvido ao longo da vida, com pessoas que se tornaram *figuras de apego* (cf. Mendes, 2021). Para muitos, o ambiente religioso é um lugar propício tanto para confirmar quanto para compensar um *modus operandi* afetivo (cf. Kirkpatrick, 2016).

Estudos e pesquisas sobre o psicossoma no comportamento religioso, portanto, são possíveis de serem feitos tendo a teoria do apego como referência.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Analisar, mediante uma bateria de inventários apropriados, se os vínculos de apego, tanto os seguros como os inseguros, poderiam influenciar a percepção somática do sujeito e o seu estilo de *coping* religioso, positivo ou negativo.

2.2 Objetivos específicos

Verificar a prevalência dos padrões de apego, a intensidade de ressonância corporal percebida e a qualidade das estratégias de *coping* religioso, numa amostra de pessoas que frequentam uma Igreja.

Verificar, a partir das evidências encontradas, se os *modelos internos de funcionamento* são explicados a partir da intensidade da ressonância corporal percebida, do estilo de apego prevalecente e da qualidade do *coping* religioso demonstrado.

Verificar se os estilos de apego - seguro, preocupado, temeroso ou dispensador – são ou não variáveis que impactam na ressonância corporal percebida pelo sujeito.

Verificar se o *coping* religioso, positivo ou negativo, é ou não explicado pela prevalência de um dos estilos de apego.

Verificar se há diferenças significativas nas pontuações de ressonância corporal, de apego e de *coping* religioso, em relação à idade, sexo biológico, orientação sexual, cor da pele, relacionamento, grau acadêmico e situação profissional.

3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O presente estudo pretendeu encontrar evidências das correlações, impactos e efeitos entre as variáveis: ressonância corporal, estilos de apego e estilo de *coping* . Padrões entre as pontuações dos inventários usados puderam demonstrar a qualificar do *modelo interno de funcionamento* dos sujeitos. Os resultados ofereceram evidências da promoção de uma espiritualidade mais saudável do ponto de vista psicológico, em contrapartida às marcas culturais de uma concepção religiosa negativa do corpo e das emoções. Outros estudos científicos do psicossoma no campo religioso, tais como esse, são necessários, até mesmo para resgatar o sentido positivo do corpo como um espaço de vínculos saudáveis, para além de uma visão apenas ascética e penitencial.

4. DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou a fragilidade própria de qualquer estudo empírico no campo da psicologia social. Nem sempre os testes provam perfeitamente o que eles pretendem provar, por mais psicometricamente eficientes que sejam. Sempre existem forças subjacentes aos fenômenos que são mais complexas do que a teoria e, não raras vezes, desconhecidas. Houve, pois, uma série de forças e atividades intermediárias não captadas pelos inventários. Alguns entrevistados, por exemplo, não tiveram uma consciência exata de seus comportamentos por conta disso.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A REALIDADE BIOPSIKOSSOCIAL DO ORGANISMO

Nesse capítulo, responderemos como o psicossoma é afetado pelas crenças nucleares do sujeito e pelos *modelos internos de funcionamento* próprios do apego, destacando três características básicas de funcionamento biopsicossocial do organismo: 1) A cooperação homeostática do organismo (cf. Damásio, 2018); 2) O psicossoma como uma interface dos processos somáticos e psíquicos do eu-corporal (cf. Vasconcellos, 2017); 3) A formação das crenças nucleares (cf. Britton, 1998; Alcock, 2018).

5.1.1 A cooperação homeostática: *background* entre corpo, cérebro e mente

Dentre as propriedades básicas entre todos os seres vivos, está a capacidade de sobrevivência, num ambiente apropriado de adaptação (cf. Bowlby, 1969, p. 67); uma capacidade que se deve, em grande parte, à regulação fisiológica e psicológica (cf. Mendes, 2021, p. 187). A homeostase, em geral, se refere ao conjunto de operações biopsicossociais capazes de regular o ambiente interno de um organismo, quando em interação com o seu ambiente externo, de modo que seja mantido uma faixa variável saudável de alterações e resistências orgânicas (cf. Damásio, 2018, p. 34).

Em relação a manutenção da vida, a homeostase é entendida como uma regulação capaz de equilibrar, não só o organismo, mas também os ecossistemas, numa faixa de superação, desenvolvimento e prosperidade da espécie. A cultura humana, nesse sentido,

se torna uma expressão da homeostase, pois um modo de vida coletivo influencia no modo de vida individual. Essa ligação é possível graças a estreita relação entre a homeostase orgânica, as emoções e os sentimentos individuais e coletivos.

Segundo os estudos empíricos de Damásio, o corpo e seus sinais emotivos são referência básica para entender a gênese e o funcionamento da mente, visto que a primeira tradução dos sinais do ambiente se dá mediante o constante escaneamento neural das modificações sofridas pelo organismo nesse meio, a partir do qual são formadas representações primordiais do corpo em ação, em grande parte inconscientes¹. Esse sistema oferece atualizações dos estados do corpo para cérebro e deste para a mente, e vice-versa, num sistema constante de *feedbacks*. Paralelamente, o cérebro faria emergir dessas representações um sentido de *self*, ainda não consciente, chamado de *protossself* (Damásio, 1994/1999/2018/2021).

Uma segunda tradução dos sinais do ambiente para o organismo, quase sempre paralela e simultânea à primeira em virtude dos *feedbacks* corporais, neurais e mentais, se dá pelas emoções. As emoções são, frente ao ambiente interno ou externo, o conjunto de reações viscerais sofridas num dado momento. Elas, geralmente, fazem parte de padrões neurais e comportamentais da espécie e nem sempre são conscientes. Reações como fugir, lutar ou congelar, em virtude do medo ou da ira, são próprias do sistema límbico, por exemplo. Na verdade, elas se tornam conscientes quando há uma terceira tradução de sinais: a tradução das emoções para os sentimentos (Damásio, 2003)

A consciência não surge já como racionalidade, mas, sim, como sentimento e esse sentimento também tem um sentido de *self*, agora chamado de *self* – central, no aqui e agora da percepção (Damásio, 2021). A tradução racional seria a última e estaria atrelada ao *self* – autobiográfico, intermediado pela linguagem e pela cultura. Os sentimentos são a própria revelação consciente, a cada mente individual, da condição em que se encontra o próprio organismo em relação ao seu ambiente e, conseqüentemente, a qualidade da vida coletiva em geral (cf. Damásio, 2018, p. 191). Os sentimentos são expressões conscientes das emoções e dos fluxos orgânicos de segundo plano. Eles são espontâneos quando procedem diretamente dos fluxos orgânicos vitais, ou são provocados a partir de *feedbacks* orgânicos, dentre os quais estão as emoções. Os sentimentos possuem a capacidade de alertar e sacudir o sujeito sobre a condição do seu organismo em relação ao seu ambiente de adaptabilidade (cf. Damásio, 2018, p. 138).

¹ Haveria no pensamento de Damásio ressonâncias com a teoria de Freud (Carta 52, 1856) sobre os “signos de percepção”, totalmente inacessíveis à consciência, e os registros do inconsciente?

Devido à complexidade do sistema nervoso humano, que envolve interações viscerais, límbicas e cognitivas, as experiências mentais não implicam apenas em mapeamentos simples de padrões estritamente neurais que provocam ações, reações e congelamento diante de um estressor. Elas também envolvem um mapeamento afetivo e um imageamento multidimensional de fenômenos biopsicossociais de todo o organismo em seu meio de adaptação. A mente envolve dados de diversos processos somáticos, cerebrais e psíquicos, de forma inseparável e concomitante, justamente, porque a mente não existe sem o cérebro e, além disso, as experiências mentais também são afetadas pela cultura (cf. Damásio, 2018, p. 101).

As experiências mentais, como vimos, sugerem a consciência de um *self*², de algo que diz que a experiência é da pessoa e não de outra (cf. Damásio, 1999, p. 112). No ser humano, esse *self* foi sendo constituído biopsicossocialmente durante a evolução em três níveis de representações dos estados corporais na interação com o ambiente, numa graduação de imageamento do corpo cada vez mais sofisticada. Numa primeira ordem evolutiva, houve a formação de um *protosself* (o *self* – neural), a partir de mapas sensório-motores pertinentes aos objetos, ou seja, a padrões neurais dispersos pelo corpo, em resposta ao ambiente (Ibid., p. 203). Numa segunda ordem, houve a interpolação de imagens mentais, associadas aos sentimentos, capazes de produzir um fluxo de pensamento atribuído a um *self* central, no aqui e agora da percepção (Ibid., p. 218). Numa última instância, graças a ação de memórias que ajudam o sujeito a ter uma noção de vivências passadas e de um futuro antevisto, houve a formação de um *self* autobiográfico (Ibid., p. 223).

Interessante notar que a imagem mental funciona, atrelada às emoções e aos sentimentos, a princípio, como um relato não verbal das alterações do organismo (cf. Damásio, 2018, p. 92). A linguagem humana é a consequência de uma tradução simultânea da memória autobiográfica implícita em memória explícita. Fato que envolve o desenvolvimento das funções da amígdala cerebral, do hipocampo e da interação de ambas. A existência de memórias implícitas autobiográficas, por sua vez, sugere a existência de um inconsciente implícito que em parte está potencialmente acessível à consciência, e, portanto, a um *self* central, do aqui agora da percepção (Ibid., p. 107).

² António Damásio trata o *self* como o eu – total, numa compreensão monista da questão corpo e mente: eu sou o meu corpo. O *ego* – representação (imagem de si mesmo) e o *ego* – função (estrutura da personalidade) com suas funções inconscientes e conscientes, estariam unidos concomitantemente no *Self*, tal como sugeriu David Zimmerman, ao descrever o pensamento de Hartmann, no livro “*Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*”, verbete “As funções do Ego”, pag. 123.

As vivências que proporcionam o *self* autobiográfico, geralmente, são compartilhadas num grupo, num *modus operandi* coletivo e/ou num *sensus communis* referente à manutenção, à regulação e à interpretação da vida. O fato é que uma série de mecanismos biopsicossociais são capazes de proporcionar respostas emotivas complexas pró-homeostáticas que também são respostas sociais, com semelhantes propriedades de regulação, adaptação e desenvolvimento (cf. Damásio, 2018, p. 199).

Resumindo, a teoria do apego deve ser interpretada na perspectiva de um *background* biopsicossocial homeostático comum, visto que os vínculos afetivos se integram nas dinâmicas de regulação fisiológica, afetiva e social. Os sentimentos e as narrativas das experiências do *self*, por exemplo, não raras vezes, remontam culturas de ambientes familiares de como lidar com problemas relacionais e ambientais. A qualidade afetiva do ambiente social familiar é, portanto, capaz de impactar nas crenças do sujeito sobre si mesmo e sobre os outros.

5.1.2 O eu-corporal

Tanto Freud como Damásio, cada qual com sua hermenêutica, supõem ser o corpo a base para a consciência de si. Para Damásio, “*o eu-corporal inicial, totalmente inconsciente, é o fundamento psíquico da organização egóica autobiográfica*” (cf. Sollero-de-Campos e Winograd, 2010, p. 157). O *protossself*, o *self - central* e o *self - autobiográfico* são três registros das experiências de si. Cada qual com sua própria base neurofisiológica, mas em atuação sempre integrada uns com os outros. O *self - central*, capaz de gerar uma autopercepção no aqui e agora, ancora-se no *protossself*. No *self - autobiográfico*, essa autopercepção é confrontada com experiências de si do passado e projetada em possíveis experiências de si do futuro.

Freud (1923), por sua vez, argumenta que o *ego* é, essencialmente, um ego corporal, visto que ele também deriva das sensações orgânicas, de modo especial, daquelas da superfície do corpo. O ego mesmo é a projeção mental dessa superfície (cf. Freud, 1923, p. 27). O ego apresenta, então, uma estrutura dupla: a de paraexcitação, capaz de filtrar os sinais do mundo exterior, de modo que sejam aceitos pelo próprio ego, e a de recepção e inscrição sensorial desses estímulos exógenos. No ego também é possível encontrar, segundo Freud, a diferenciação entre a percepção consciente do aqui e agora e a memória pré-consciente capaz de registrar e conservar as experiências dessas percepções. Freud (1937) escreve que o ego procede do Id, mas se diferencia dele pelo

contato com a exterioridade, além de ser dotado de tendências inatas (Freud, 1937, p. 275).

A teoria de Damásio, porém, embora tenha algumas proximidades com a teoria de Freud, usa de outra hermenêutica, pela linha das evidências neuropsicológicas. Ele radicaliza a noção de um eu - corporal, destacando um monismo concomitante de funcionamento entre corpo, cérebro e mente. O corpo e suas emoções, para o autor, seriam a referência básica para o surgimento da mente. O psicossoma³ seria uma interação inseparável entre mente, cérebro e corpo.⁴

Interessante notar, que para Damásio (2021), o sentir não é o mesmo que estar consciente e nem mesmo requer uma mente. O *protossself*, por exemplo, não contém a percepção, nem a linguagem e nem a consciência. Ele envolve um conjunto inconsciente de representações dos estados correntes do corpo pelas modificações sofridas do organismo em contato com o ambiente (Damásio 1999).

Damásio aponta evidências de que a partir do *protossself* (o *self* - neural), em virtude da interpolação de sensações, emoções e imagens corporais escaneadas e produzidas pelos sistemas nervosos, um *self* central, sem lastro de memória, e inicialmente sem linguagem, emergiria, num curso de pensamento, no aqui agora da consciência. Aqui a consciência não surge como racionalidade, mas como sentimento. Dessas experiências, um *self* autobiográfico se formaria a partir de memórias capazes de conferir a percepção de um passado e de um futuro ao *self* (cf. Damásio, 1999, p. 223).

Na teoria de Damásio, o eu – corporal se dá no *protossself*, que é o conjunto inconsciente de representações dos estados corrente do corpo frente as modificações internas em contato com o exterior. A consciência não verbal de um eu-corporal, bem como o registro das sensações, no aqui e agora das percepções do *self* – *central*, surgiria antes mesmo de um eu-corporal sujeito à linguagem. O registro organizado verbal de

² Segundo o dicionário Michaelis da língua portuguesa, o psicossoma “é o conjunto de componentes físicos e psíquicos, ou a união do corpo e da alma; unidade psicofísica do ser humano” (Michaelis On -line, 2019). Nessa pesquisa, usaremos o termo psicossoma para ressaltar a interação concomitante entre mente, cérebro e corpo.

⁴ Embora Antônio Damásio não faça uma menção explícita da famosa carta 52 de Freud (1896), e tenha percorrido uma outra hermenêutica, aquela das evidências neuropsicológicas, poderíamos arriscar a fazer um paralelo conceitual entre a formação do *protossself* e os níveis de inscrição (*Niederschrift*) propostos por Freud a saber: o registro dos signos de percepção (*Wahrnehmungzeichen*) constituídos pelas impressões psíquicas decorrentes da percepção associados por simultaneidade e inacessíveis à consciência; o registro da inconsciência (*Unbewusstsein*), composto por traços mnêmicos organizados, não mais por simultaneidade, mas, também por causalidade; e o registro do pré – consciente (*Vorbewusstsein*) ligado à representação – palavra, da constituição do “eu” oficial (cf. Sollero-de-Campos, Flavia; Winograd Monah, 2010, p. 143).

experiências passadas e as projeções no futuro, se dariam no *self* – *autobiográfico*, na promoção de uma consciência ampliada (cf. Damásio, 1999, p. 144).

5.1.3 A experiência psicossomática mediada pela afetividade

Temos na experiência psicossomática, tanto a realidade somática em si, que se configura como o real do corpo, quanto a percepção somática subjetiva, essencialmente afetiva e historicizada, moduladas pelas experiências do *self* (cf. Damásio, 2018). Tais experiências se tornam conscientes, graças a sensopercepção que é a capacidade básica de percepção das sensações, e, portanto, das experiências psicossomáticas do *self* (cf. Levine, P., 2022).

A sensopercepção consiste na captação e codificação de estímulos sensorio-motores. Ela é, de modo geral, a percepção da interocepção, da exterocepção e da propriocepção. A interocepção se refere às sensações provocadas pelos fluxos vitais do próprio corpo. A exterocepção se refere às sensações provocadas pelo ambiente externo ao corpo. Já a propriocepção se refere às sensações provenientes das posições e dos movimentos do corpo em relação ao espaço (cf. Vezza, M., G.; Martins, E., F.; 2008). Essas experiências de percepção das sensações normalmente são moduladas pelos padrões afetivos, ou seja, são subjetivadas.

Os afetos, em si, são uma tradução subjetiva da quantidade e da qualidade das interações do *self*, na medida do sentir-se afetado pelas reações somáticas e psíquicas. Os afetos oferecem uma qualidade emotiva e/ou sentimental aos instintos, às representações e às linguagens corporais e verbais. Eles cobrem uma gama de realidades humanas como um elemento qualitativo da experiência (cf. Damásio, 2018, p. 118).

5.1.4 Emoções e sentimentos no psicossoma

Os afetos compreendem, basicamente, a mobilização corpórea, quase sempre inconscientes, proporcionada pelas emoções e a tradução consciente promovida pelos sentimentos. As emoções, em comparação aos sentimentos, são mais inconscientes, automáticas, viscerais e imaginárias, enquanto os sentimentos, em comparação às emoções, são mais secundários, simbólicos, conscientes e sociais. Ambos, emoções e sentimentos são afetos unidos nas dinâmicas cerebrais basais, límbicas e racionais (cf. Damásio, 2018, p. 118 - 137).

Os sentimentos surgem das emoções, na medida em que o sujeito se conscientiza dessas emoções e se torna capaz de criar, ou de adotar, *scripts* de comportamento. Muitos desses *scripts* de comportamento estão ligados às emoções e são estabelecidos numa cultura, como maneiras de manifestar alegria ou tristeza, dor ou prazer, satisfação ou insatisfação, entre outras emoções. No psicossoma, portanto, dentre os processos mais conscientes, os sentimentos são indicadores naturais mais conscientes do que está acontecendo no corpo (cf. Damásio, 2018, p. 138 ss.).

O cérebro é um intermediário permeável entre o mundo externo – real ou memorizado – e o corpo (cf. Damásio, 2018, p. 128). A partir daí, as experiências psicossomáticas são compreendidas pelos fluxos vitais do organismo, pelas respostas emotivas interoceptivas e pelas respostas emotivas exteroceptivas (cf. Damásio, 2018, p. 118 ss.).

Os fluxos dos processos vitais latentes, não raras vezes, vêm ao consciente, sem causa aparente, traduzidos por sentimentos espontâneos, como o sentimento mais generalizado de bem-estar ou o de mal-estar. As respostas emotivas estimuladas pelas regiões sensoriais determinam, por exemplo, em situações de *stress*, respostas emotivas de luta, de fuga ou de paralisação. Tais respostas, geralmente, vêm ao consciente por meio de sentimentos de medo, de raiva ou de frieza. Já as respostas emotivas resultantes de tensões externas, de motivações psicossociais e de *scripts* comportamentais coletivos, também vêm ao consciente por meio de sentimentos reativos, os quais são capazes de traduzir determinadas emoções numa cultura (Ibid.).

As emoções, dessa forma, são vistas de duas maneiras. Elas são respostas puramente viscerais do organismo quando são provenientes dos estímulos interoceptivos. Também são como programas automáticos de ação ativados por estímulos exteroceptivos, ou seja, pelas sensações do confronto com o ambiente físico e/ou social. Ambos os tipos traduzidos no consciente por sentimentos reativos (Ibid.).

Os sentimentos, em geral, espontâneos ou reativos, são possíveis porque as regiões sensoriais fornecem imagens do organismo ao cérebro, como se fossem relatos não-verbais das geometrias do corpo. Tais imagens das ressonâncias corporais são as formas mais primitivas de pensamento, cujo processo se dá a partir do sistema nervoso periférico para o central, e, também, da movimentação bioquímica periférica para a central. Tudo isso, num crescente que vai das dispersas percepções sensoriais, perpassa a imagem corporal unificada do “aqui e agora” da consciência, até as experiências corporais numa consciência histórica (cf. Damásio, 2018, p. 70 - 83).

5.1.5 As imagens mentais do corpo e a ressonância corporal

As imagens devem ser entendidas como produtos das atividades dos sistemas nervosos, com suas trilhas neurais e fluxos orgânicos. São impulsos nervosos e reações bioquímicas capazes de gerar uma ressonância corporal potencialmente perceptível (cf. Damásio, 2018, p. 87 ss.). Essas imagens de um *protossself* não consciente, fornecem conteúdo para uma imagem-noção de unidade do corpo, para além das sensações parciais, graças a interação entre os sistemas nervosos periféricos e centrais e a formação de um *self* central. O corpo, enquanto percebe o mundo e responde às mensagens cerebrais, altera as configurações orgânicas específicas dos sentidos. O cérebro, por sua vez, na medida em que escaneia as alterações das regiões sensoriais, elabora representações mentais das geometrias alteradas do organismo, também resgatando memórias de vivências e antecipando o futuro. Dá-se assim, a formação do *self* autobiográfico (cf. Damásio, 1999, p. 223 ss.).

Na medida em que as imagens do corpo adentram o pré-consciente e a consciência, o sujeito é capaz de sentir as alterações sensoriais escaneadas pelo cérebro, capacitando-o para a sensopercepção frente as alterações somáticas e psíquicas. Na sensopercepção, o sujeito se conscientiza de suas ressonâncias corporais, bem como das imagens daí formadas, e torna-se capaz de sentir e descrever o próprio corpo e as próprias dinâmicas psicossomáticas (cf. Levine, P., 2023).

Entendidos como produtos da capacidade de se afetar com as coisas, as pessoas e com as próprias reações, os afetos, em si, têm uma ligação especial com a linguagem corporal e verbal. Os afetos são, por isso, como uma tenda ampla de todos os sentimentos possíveis e dos mecanismos responsáveis de produzi-los (cf. Damásio, 2018, p.118 ss.). A sensopercepção dos afetos seria, portanto, a tomada de consciência das próprias emoções e sentimentos vivenciados (cf. Damásio, 2021; Levine, P., 2023).

A voz, nesses processos sensoperceptivos, é capacitada para ser a voz do corpo, promovendo ao sujeito a identidade, a autoestima e a inteligibilidade de si mesmo, e, portanto, dando bases para a compreensão das experiências de vida dos outros. A voz do corpo, no entanto, muito além de uma simples inteligibilidade, é investida pulsionalmente e afetivamente, e revela, desse modo, o ser, a personalidade, o temperamento e a energia vital do sujeito. Por outro lado, tudo o que o sujeito não diz, nega ou reprime, é capaz de ocultar, silenciar aquilo que o sujeito sente e é. A ressonância corporal, portanto, também, é entendida como a voz do corpo e o corpo da voz. (cf. Vasconcellos, E., G., 2013).

5.1.6 O *self* autobiográfico e os *modelos internos de funcionamento do apego*

A imagem corporal, proveniente da percepção das regiões sensoriais e motoras, é a forma mais arcaica e elementar de representação do próprio corpo e está ligada com a formação do *self*. A capacidade de imaginação, antes de contar com os registros cognitivos da linguagem verbal, conta com os registros dos estados somáticos e psicológicos. O registro de um relato não-verbal do corpo, e no corpo, vem antes do relato verbal sobre o corpo (cf. Damásio, 2018, p. 87 ss.).

A percepção de um *self*, por exemplo, começa a ser desenvolvida mediante uma vaga consciência das sensações das periferias do corpo. Um *self* disperso do corpo e no corpo, a princípio inconsciente e proveniente do *protossself*, ganha registros e relatos não verbais de um estado corporal mais íntegro, quando emerge para a consciência. O eu - corporal ganha uma representação sensoperceptiva unificada pela consciência de um *self* central, no aqui e agora da atenção. Depois, numa consciência ampliada, e, portanto, histórica, mediada pelas memórias implícitas e explícitas, ganha um registro verbal. Daí a formação de um *self* autobiográfico (cf. Damásio, 1999, p.223 ss.).

O *self* autobiográfico, mediado pelo trabalho conjunto da amígdala e do hipocampo, seria, então, o protagonista dos marcadores somáticos, de tal modo que acessar o registro mnêmico de alguns eventos, também seja um reviver de certos estados corporais e/ou psicológicos (cf. Damásio, 1994, p. 197 ss.). Logo, a memória de relatos não-verbais do corpo, em forma de imagens sensoriais afetivas, não necessita da linguagem verbal para vir a consciência, embora a voz do corpo possa vir a ser o corpo da voz do sujeito (cf. Vasconcellos, E., G., 2013).

A ação de um *self* autobiográfico e o registro de marcadores somáticas associadas às lembranças e revivências afetivas e psicossomáticas, em virtude do trabalho da amígdala e do hipocampo, parecem estar diretamente presentes na formação dos modelos operacionais, também chamados de *modelos internos de funcionamento* dos vínculos de apego. A formação de um padrão vincular a uma figura de apego, quase sempre envolve um reviver afetivo, em *scripts* de comportamento (cf. Mendes, 2021, p.65 ss.).

O modelo operacional, com todas as suas mediações afetivas, é um tipo de construção mental para efetuar experimentos em escala reduzida dentro da cabeça, em vista da adaptação e sobrevivência do indivíduo num ambiente (cf. Bowlby, 1969). As projeções prospectivas desses experimentos mentais não são apenas cognitivo-comportamentais. Eles também são capazes de promover a revivência de estados afetivos

ligados às experiências de vinculação, para além de um behaviorismo radical (cf. Mendes, 2021).

A formação de um estilo de apego, possivelmente, estaria dentro das tarefas provenientes de um *self* autobiográfico, também como um evento não-verbal, capaz de fazer o sujeito reviver experiências psicoafetivas. Isso, porque os *modelos internos de funcionamento* do apego estão debaixo da ampla tenda dos afetos e geralmente são revividos em outros vínculos.

5.1.7 A formação das crenças do ponto de vista evolutivo

As experiências de apego estão associadas a um *modus operandi* das percepções e dos sentimentos que o sujeito desenvolveu em interação com o seu meio físico e social. Interessante notar que o registro dessas experiências é feito a partir do sentimento-noção sobre o que é real. Crê-se que algo seja real a partir do sentimento de certeza e, por vezes, do desejo de que algo exista. Essa certeza do real adquire reforços e confirmações nas dinâmicas interpessoais e nos ambientes onde visões de mundo, estigmas e preconceitos são partilhados (cf. Bretton, R., 1998).

Que as crenças motivem o modo de agir e o modo de interpretar a realidade, parece evidente, mas, seu acionamento anterior nem sempre é. As crenças não envolvem apenas um conjunto de conteúdos internalizados ou de dogmas socialmente estabelecidos. Elas envolvem e se constituem no próprio ato de crer. Crer, na verdade, é uma ação e não apenas um conteúdo no qual se crê. Em acréscimo, o sujeito não apenas tem crenças, mas nelas está, porque nelas ele se aliena quando atribui realidade às suas percepções e sentimentos (cf. Bretton, R., 1998).

Num ponto de vista darwiniano, nosso cérebro foi dotado da capacidade de crer em virtude das dinâmicas evolutivas de sobrevivência e adaptação. O fato de se acreditar em associações entre os eventos possibilitou, em certo sentido, que a espécie humana aprendesse o que é útil para a sobrevivência e para o desenvolvimento da espécie. Para o homem primevo, por exemplo, fugir ao escutar um barulho na floresta, motivado pela crença de que pudesse ser um predador, mesmo sem ter as provas disso, foi muito mais vantajoso para a evolução do que não acreditar, ficar parado e ser atacado. Em alguma etapa de sua existência, o homem primevo associou, em virtude de suas reações emotivas, o barulho na floresta com o predador. Ele aprendeu que o predador pode matá-lo, seja por causa de alguma experiência real de se encontrar com o predador e ter sobrevivido, seja

pelo acolhimento do ensinamento de sua tribo, a partir de um conto mitológico aterrorizante a respeito de barulhos na floresta e predadores.

O fato é que há sempre mais vantagem em acreditar do que não acreditar. Se o humano primitivo fosse acostumado a verificar a origem dos ruídos na floresta, nos padrões científicos, suas chances de viver seriam menores. Na vida humana selvagem, as reações viscerais de luta, de fuga ou de congelamento, associadas às crenças proporcionadas por experiências e aprendizagens, se impuseram sobre o raciocínio lógico e reflexivo, de modo especial, em situações de perigo (cf. Alcock, J., 2018).

A capacidade de associar eventos numa padronicidade é uma tendência natural ao ser humano, até mesmo para se manter certa estabilidade emocional. Vale destacar que, se por um lado essa característica possibilitou a sobrevivência, por outro, não é raro que tenha promovido na história humana - e ainda promove -, a formulação de pensamentos mágicos. Os pensamentos mágicos são crenças resultantes da atribuição de causalidade entre dois eventos que não possuem nenhuma correlação comprovada na realidade. Em situações traumáticas, quando alguns eventos ocorrem ao mesmo tempo, as emoções funcionam como ligas mnêmicas entre eles; às vezes, sem qualquer intermédio da razão. Sob a influência de uma descarga de elementos bioquímicos ativados por uma emoção forte, a tendência é que o sujeito tenha o pensamento crítico suspenso e é nesse momento que as experiências são registradas na psique sem qualquer critério racional. As fobias são o melhor exemplo dessas ligas entre lembranças e emoções. Elas são um tipo de associação entre o medo, estimulado por um acontecimento anterior interpretado como perigoso, e um objeto específico, supostamente envolvido anteriormente nessa situação de perigo. O objeto se converte num ponto gatilho de memórias antigas e estados somáticos e psicológicos de medo, os quais passam a ser revividos pelo sujeito (cf. Alcock, J., 2018).

Em acréscimo, ao lado da tendência de encontrar padrões e causalidade, as pessoas também têm a tendência de atribuir intenções e ações aos eventos, como se eles tivessem propriedades de um ser pessoal, ou como se fossem regidos pela vontade e ação de um ser superior, de um destino, ou de uma força natural. A criação e o reforço desse tipo de crença são capazes de fornecer, para o sujeito, uma base cognitiva e emocional segura, frente ao acaso, aos descontroles e às incertezas (cf. Alcock, J., 2018).

O fato é que as crenças funcionam para o ser humano e o auxiliam no imperativo de existir, sobreviver e se desenvolver. Próximas ou não do real (ou da revelação divina) elas ajudam a lidar com as demandas de segurança e sentido, frente ao desconhecido e ao

inacessível, por vezes, percebidos como perigosos, caóticos e sem sentido (cf. Paiva, 2022, p. 47).

Resumindo, as crenças geram e reforçam estados psíquicos de segurança ou de insegurança, capazes de garantir ou não a integridade do *self*. Há evidências de elas estão ligadas diretamente aos *modelos internos de funcionamento* provenientes da qualidade das relações de apego construídas durante a vida da pessoa. As crenças também são capazes de gerar e reforçar um *modus operandi* coletivo, caracterizando uma cultura como pró - saudável ou não, em relação a saúde física e psíquica.

5.1.8 As crenças nucleares nos vínculos de apego e sua influência na saúde

As crenças que mais nos ajudam ou mais nos atrapalham a lidar com a realidade, são aquelas que envolvem representações sobre o próprio *self* e sobre os vínculos intrapsíquicos e interpssíquicos estabelecidos. Geralmente, são crenças nucleares, profundamente registradas na psique, elaboradas ainda no período dos processos de diferenciação e individuação, a partir dos registros das primeiras sensações de que o sujeito existe como um outro diante de alguém (cf. Knap, P., 2004).

As crenças nucleares se encontram na base da formação dos estilos de apego e se desenvolvem nas experiências de vinculação (cf. Bowlby, 1988). A qualidade dos vínculos estabelecidos desde o grupo familiar, está diretamente relacionada com a qualidade dos vínculos estabelecidos na vida adulta, em virtude das crenças a respeito de si mesmo e a respeito dos outros. Além disso, a partir das dinâmicas afetivas dos *modelos internos de funcionamento*, a qualidade do apego evolui ou retrocede do ponto de vista da saúde mental, conforme a pessoa estabelece novos vínculos e novas crenças sobre si e sobre os outros (cf. Mendes, 2021, p.139 ss.).

No processo de formação de um estilo de apego, se o cuidador é capaz de atender as demandas do bebê ou da criança, por exemplo, ou se o adulto consegue estabelecer relações de cuidado com um ente querido, a probabilidade do desenvolvimento intrassubjetivo de uma base afetivo-cognitiva mais segura é maior. Isso, porque a experiência de se ter um bom cuidador é internalizada. Essa internalização ajuda o sujeito a desenvolver uma boa autoestima e sentimentos de segurança que o ajudarão a lidar com a vida. Se sentirá cuidado e tenderá a elaborar crenças adequadas e positivas sobre si e sobre os outros. Do contrário, se o bebê ou a criança não tiver um cuidador suficientemente bom, ou se o adulto não conseguir estabelecer relações de cuidado com

alguém, provavelmente terá dificuldade de introjetar a experiência de um bom cuidador imaginário. O sujeito tenderá a elaborar crenças que distorcem a realidade e que são reforçadoras de baixa autoestima e de desconfiança nos outros, (cf. Mendes, 2021).

A qualidade do apego muda durante a vida do sujeito, conforme ele vai estabelecendo novos vínculos, mas, algo da qualidade dos primeiros vínculos de apego com os pais, se constitui no sujeito como traços psíquicos e não apenas como estados passageiros (cf. Bowlby, 1988). Os registros dos primeiros cuidados parentais acontecem quando o bebê, ou a criança, ainda não tem condições de lidar, nem de avaliar criticamente os comportamentos do cuidador; sejam eles bons ou ruins. Essa vulnerabilidade do *self* infantil, favorece o registro de traços psíquicos que permanecerão influentes na vida a longo prazo, até que o sujeito consiga ressignificá-los e superá-los na vida adulta, com figuras de apego capazes de oferecer cuidado, amor e segurança (cf. Mendes, 2021, p. 150 -151).

Os estilos de apego inseguros, potencializados por crenças distorcidas de si e da realidade, afetam o corpo quando promovem o desequilíbrio do organismo. Há evidências de que as crianças com vínculos parentais conflituosos, costumam apresentar maiores escores em relação aos padrões de apego inseguro e mais problemas de saúde. Os traumas precoces contribuem para distorções no desenvolvimento de regiões cerebrais envolvidas na regulação emocional, sugerindo, assim, que os traumas na infância contribuem para a formação de dissociações crônicas e a ocorrência de sintomas somáticos inexplicáveis na vida adulta (cf. Tomalski, P., 2005).

5.2 A TEORIA DO APEGO

A teoria sobre o apego foi desenvolvida por John Bowlby e Mary Ainsworth (1968/1970). Eles encontraram evidências de que a qualidade do apego entre a mãe, a principal figura de apego, e o filho, durante os primeiros anos de vida, é capaz modular padrões emocionais e comportamentais que influenciarão no modo como o sujeito lida consigo e com os outros na vida adulta (cf. Mendes, 2021, p. 19).

A princípio, Bowlby (1969), trabalhando como médico psiquiatra em orfanatos na Inglaterra, observou que o apego não era estabelecido a partir das satisfações alimentares que a mãe proporcionava ao filho, tal como Freud afirmou. Os filhos também não se apegavam às suas mães mediante fantasias esquizoparanóides, como pensavam os psicanalistas kleinianos de sua época. Na verdade, os bebês e as crianças, em geral,

estabeleciam apego com a mãe, ou com um cuidador, por questões de afeto e de sentimentos de segurança; por isso, temiam o fato, ou mesmo a imaginação, de se perderem ou de se separarem de seus cuidadores (cf. Bowlby, 1969, capítulo 1).

Bowlby também constatou que alguns fatos traumáticos acontecidos na infância, relacionados à perda ou a má qualidade das relações entre pais e filhos, deixavam consequências emocionais para o resto da vida. Para Bowlby e outros pesquisadores posteriores, parece evidente que a qualidade do afeto e as perdas em relação às figuras de apego são capazes de repercutir na formação de futuros vínculos e na forma como o sujeito se adapta às novas situações ambientais e sociais (cf. Mendes, 2021).

5.2.1 O Marco referencial: o experimento “situação estranha”

O marco referencial da pesquisa sobre o apego foi feito por Mary Ainsworth e Silvia Bell, em 1970, e está descrito no artigo *Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of on-year-olds in a strange situation*. No experimento, 56 bebês foram analisados por pediatras, em consultório particular, desde o nascimento até o experimento, do qual participaram 23 bebês com 49 semanas de vida e 33 com 51 semanas. Uma situação estranha foi projetada para provocar comportamentos reativos, relacionados ao apego e a exploração do ambiente, com estressores amenos, tais como a ausência da mãe e a presença de um desconhecido. A situação não foi mais perturbadora do que aquelas encontradas pela criança em sua experiência cotidiana.

Na sala, foram colocadas três cadeiras numa ordem triangular: uma cadeira cercada de brinquedos, outra para a mãe e outra para o estranho, do lado oposto, perto de uma porta de saída. Os bebês foram colocados na base triangular, para que pudessem se mover na direção em que quisessem. Aconteceram, então, oito episódios organizados do menos perturbador ao mais perturbador.

Dos resultados, vale destacar o seguinte. Desafiados pela situação estranha, os bebês manifestaram certos padrões comportamentais relacionados ao apego seguro ou inseguro, tanto em relação à mãe, quanto em relação ao estranho. Os comportamentos de um apego seguro foram observados em 70% das crianças. Os comportamentos de um apego evitante em 20% e os de um apego resistente, ou ambivalente, em 10%.

A principal característica comportamental observada se referiu à capacidade da criança em olhar a mãe como uma base segura para, então, se sentir à vontade para explorar o ambiente e/ou para lidar com a pessoa estranha. Isso, tanto na presença da mãe, quanto em sua ausência.

Tabela 1.

Padrões	Comportamentos dos bebês
Padrão A: Evitativo	Na presença da mãe, a exploração do ambiente e a interação com o estranho aconteceram sem a necessidade de apoio da mãe, contato visual com ela ou comportamento de proximidade com ela. No retorno da mãe, foram observados comportamentos de evitação, tais como o desvio de olhar, fuga e indiferença em relação a ela.
Padrão B: Seguro	Na presença da mãe, a exploração do ambiente aconteceu em meio às interações visuais e afetivas com ela. Houve partilha de emoções nos momentos das brincadeiras e o contato com o estranho foi feito tendo a mãe como apoio. No retorno da mãe ao ambiente, foram observados comportamentos de satisfação e alívio por parte do bebê. Muitos tiveram a iniciativa para reestabelecer a interação afetiva com ela.
Padrão C: Ansioso	Na presença da mãe, a frequência do comportamento exploratório foi baixa. Foi observado um receio paralisante diante das situações e pessoas diferentes e dificuldade de deixar a mãe para brincar. No retorno da mãe, foram observados comportamentos ambivalentes ora de procura e/ou ora de resistência com ela.

cf. Ainsworth et all., 1978

Experimentos como os de Mary Ainsworth sugerem uma ontogenia dos comportamentos de apego. A ontogenia se refere ao desenvolvimento fisiológico de um ser vivo, tanto em relação ao organismo total, como em relação às suas unidades estruturais, tais como as estruturas celulares, orgânicas, sistêmicas e sociais. A observação ontogênica, por sua vez, é estreitamente associada à filogenia; ou seja, ao estudo da evolução biopsicossocial de uma determinada espécie.

Uma série de estudos ontogênicos e filogênicos, bem como etológicos, tem encontrado evidências de que os comportamentos de apego, ao lado de comportamentos alimentares e reprodutivos, têm matrizes na evolução, em virtude de seu caráter instintivo para a sobrevivência e manutenção da espécie. Isso, porque os bebês, por exemplo, assim como os bebês de uma série de espécies de mamíferos, já nascem predispostos a apegarem-se às próprias mães, antes mesmo de falarem e de caminharem por conta própria (cf. Bowlby, 1969, p. 247 / p. 373).

O bebê humano já nasce equipado com uma série de comportamentos fixos, os quais naturalmente estimulam a mãe, ou um cuidador que se tornou figura de apego, a dar atenção, proteção e alimentação a ele. São comportamentos tais como: o sorriso; o choro; os grunhidos; as expressões faciais, entre outros. Mais tarde, quando adquire mobilidade, a própria criança começa a buscar, a manter e a preferir a proximidade com a mãe, ou com um cuidador, tornando-se coprotagonista desses e de outros comportamentos de apego (cf. Bowlby, 1969, p. 245).

Os comportamentos de apego por parte da criança se manifestam, mais ou menos, a partir da décima quinta semana de vida e se desenvolvem, de forma evidente e crítica, até os três anos. Surgem desde quando a criança começa a interagir com o ambiente e a distinguir melhor as pessoas a sua volta e se consolidam quando ela consegue internalizar, por meio da capacidade simbólica, a mãe ou o cuidador. Contudo, apenas a partir da quadragésima semana de vida, a criança consegue estabelecer apego com uma única figura que é, geralmente, a pessoa que mais presta cuidados físicos e afetivos a ela. Trata-se do período no qual o vínculo de apego possui um período de maior intensidade. Depois desse período, a intensidade do apego tende a diminuir, principalmente quando o afeto também é partilhado e deslocado para outras pessoas. A tendência monotrópica do apego não impede que outros vínculos afetivos possam ser estabelecidos no grupo familiar, ou no grupo escolar, por exemplo (cf. Bowlby, 1969, p. 254).

As dinâmicas vinculares do apego, portanto, são dinâmicas. Quando a principal figura de apego não está presente, outras pessoas familiares cumprem essa função: os irmãos, os avós, ou outras pessoas capazes de oferecer cuidados. A dinâmica vincular do apego existe porque a base emocional, seja ela segura ou insegura, estabelecida com a principal figura de apego nos primeiros anos de vida, tende a permanecer como um registro psíquico (cf. Bowlby, 1969, p. 377), com crenças positivas ou negativas a respeito de si mesmo e dos outros (cf. Mendes, 2021).

O apego também se desenvolve com outras pessoas do convívio familiar, mas, apesar do apego ser um tipo de vínculo, nem todo vínculo é constituído como um vínculo de apego. O apego, em si, em padrões seguros e inseguros, costuma ser um tipo de vínculo afetivo intenso, cuja manutenção é vivida como fonte de prazer e de segurança e a perda como desprazer e luto, de modo que as características que distinguem o apego de outros vínculos são as seguintes: 1) a busca constante de proximidade por uma figura de apego específica que seja capaz de oferecer proteção e conforto emocional; ou, numa situação inversa, o desconforto emocional diante da ausência ou da perda da figura de apego,

mesmo que o cuidador não seja suficientemente bom; 2) a percepção da presença da figura de apego como se fosse uma base segura, capaz de compensar a própria insegurança, de modo que o sujeito se sinta incentivado a explorar o ambiente e a conviver com pessoas não familiares, mesmo com algum desconforto; 3) A percepção de uma presença internalizada da figura de apego, vivida como fonte de segurança emocional, ou como uma compensação frente a própria insegurança, como se essa experiência fosse um porto seguro (cf. Bowlby, 1969, p. 285).

5.2.2 O apego e a questão da monotropia

As observações de que as experiências de apego da primeira infância, tendiam a ser duradouras e profundamente marcantes na vida psíquica, em virtude da formação afetivo-cognitiva dos *modelos operacionais*, levou os estudiosos do apego a desenvolverem diferentes teorias. Os estilos de apego foram vistos ora como resultados de uma fixação psicoafetiva da qualidade das inter-relações parentais com a criança e ora como o resultado de um padrão subjetivo não fixado construído ao longo do desenvolvimento (cf. Mendes, 2021).

Algumas abordagens priorizaram o impacto da primeira relação de apego como algo único e determinante, como se o apego fosse cristalizado a partir da qualidade da relação cuidador- bebê. Outras consideram a importância do primeiro vínculo de apego, mas não descartaram a influência de figuras secundárias de apego, visto que os registros de apego são modelados por uma hierarquia de relações significativas e influentes. Há outras abordagens, porém, que não consideram nem a monotropia, nem a hierarquia de figuras de apego, visto que o padrão de apego é modelado de forma independente, conforme a qualidade de cada relação estabelecida. Por fim, há abordagens que consideraram as características de apego como um desfecho da qualidade de uma série de relacionamentos estabelecidos durante a vida (cf. Mendes, 2021, p. 150).

Existe, possivelmente, uma dialética de experiências de apego antigas e novas, marcantes na vida do sujeito, porém, de caráter flexível e dinâmico. A vivência de novos vínculos de apego, com pessoas tão significativas quanto os pais, ou os primeiros cuidadores, também é capaz de promover uma remodelação interna das experiências afetivas e das crenças nucleares, embora as primeiras relações de apego tenham um impacto significativo na formação de um *modelo interno de funcionamento* e de um padrão de regulação afetiva. (cf. Mendes, 2021, p.151).

5.2.3 O apego durante as fases da vida

Na primeira infância, entre zero e seis anos, o apego estabelecido com os pais, mesmo que seja inseguro, não é apenas decorrente de uma carência afetiva, mas, se trata de uma questão de sobrevivência. A criança é dependente de cuidados e instintivamente procura a mãe, ou outro cuidador no grupo familiar, porque ela sabe instintivamente que corre riscos se estiver sem a proteção de alguém mais velho, em situações estranhas, ou com pessoas não familiares. Além disso, se a principal figura de apego se ausentar por muito tempo, a criança instintivamente elegerá, no lugar, outra pessoa como figura de apego, geralmente, alguém que, até então, estava exercendo o papel de uma figura de apego secundária (cf. Ainsworth, M.; Blehar, M. C.; Waters, E.; Wall, S., 1978).

Para uma criança entre seis e doze anos, em virtude da capacidade preditiva proporcionada pelos *modelos internos de funcionamento*, a necessidade da presença física da mãe ou do cuidador, vai sendo substituída por sensações afetivas proporcionadas pela internalização dessas figuras de apego. Na segunda infância, embora o sujeito tenha o círculo social mais amplo do que antes, e até desenvolva algum apego secundário com algum educador ou colega escolar, as primeiras e principais figuras de apego ainda são a principal referência diante de situações estressoras (cf. Kerns, K. A.; Abtahi, M, 2017).

Na adolescência, em virtude do desenvolvimento da autonomia, da capacidade crítica e da sexualidade, o mundo infantil é colocado em questão; inclusive, o apego parental. Alguns adolescentes vivem um luto diante da perda da fase infantil, enquanto outros se aventuram diante de novos relacionamentos. Também é importante destacar que, em virtude do aguçado sistema de recompensa dopaminérgico, a adolescência é uma fase sensível ao julgamento social, aos desafios de grupo, às amizades e aos romances. O cérebro adolescente, por exemplo, tende a ser mais límbico do que o cérebro de um adulto e apresenta baixos níveis de serotonina e dopamina que o deixa suscetível aos seus impulsos e propenso a compensar a falta da sensação de bem-estar pela procura de recompensas prazerosas entre seus pares (cf. Rosenthal, N. L.; Kobak, R., 2010).

Na fase adulta, as relações amorosas e de amizade começam a ocupar lugar de destaque na hierarquia de apego, ao lado ou no lugar dos vínculos parentais. As relações se tornam mais complexas e são desenvolvidas num espectro afetivo de grande amplitude. Os sistemas de comportamento de apego, por exemplo, se desenvolvem em harmonia ou em conflito frente aos comportamentos sexuais. Não é raro, por exemplo, o esposo ou a esposa projetar o antigo estilo de apego dos pais na relação amorosa.

Na vida adulta, se houver um amadurecimento afetivo adequado, maior será a probabilidade de profundas reformulações dos *modelos internos de funcionamento* estabelecidos. Geralmente, existem mudanças nos padrões de apego, quando o sujeito encontra novas experiências afetivas tão significativas quanto as antigas, ou ainda mais impactantes do que elas. As relações maduras de apego oferecem a oportunidade para o desenvolvimento de uma regulação afetiva equilibrada e de um senso interno de segurança mais constante (cf. Collins, N. L.; Read, S. J., 1994).

Na velhice, devido a fragilização física e psicológica, o sistema de apego reassume um papel central na vida social. Os idosos geralmente estabelecem, ou reestabelecem, apego com parentes mais próximos a procura de cuidados. Por vezes, o agente de saúde, que passa a exercer assistência geriátrica, não raras vezes se torna uma figura de apego para os idosos. Alguns costumam acessar recordações que sejam capazes de proporcionar lembranças de um laço afetivo com um ente querido já falecido. Outros costumam manter ou reestabelecer contatos religiosos, seja com pessoas de uma comunidade eclesial, ou mesmo com Deus, os quais funcionam para o sujeito como figuras de apego (cf. Miesen, B. M. L, 1993).

5.2.4 Apego e comportamento

Os comportamentos de apego são uma classe de comportamentos equivalentes aos de acasalamento, ou aos de procura por alimentação, visto que também possuem funções biológicas: a de sobrevivência e a de desenvolvimento da espécie (cf. Bowlby (1969, p.222). A proximidade a uma figura de apego, para obter apoio e proteção, numa situação adversa de perigo, ou frente ao que é estranho, é uma característica que a evolução selecionou e explica o porquê o ser humano é, desde o nascimento, um ser social de vínculo e apego (cf. Mendes, 2021, p. 47).

Os comportamentos, em geral, são resultantes de ativações orgânicas, em interação ao meio ambiente de adaptabilidade. O ambiente de adaptabilidade, por sua vez, é o ambiente original no qual a espécie é capaz de encontrar meios para sobreviver e se desenvolver com mais facilidade. Fora desse ambiente, a probabilidade de não adaptação, e até de morte, é maior. Para um bebê, por exemplo, o ambiente de adaptabilidade adequado é o familiar, próximo de sua mãe (cf. Bowlby, 1969, cap 4).

Os comportamentos se organizam em sistemas de *feedback*, seja como sistemas orientados em cadeias de ações fixas, puramente instintivas e reativas, ou como sistemas

organizados numa hierarquia de ações corrigidas para uma meta. No primeiro sistema, as ações são predominantemente inatas e automáticas. No segundo sistema, mais complexo, as ações são intermediadas pelas capacidades de planejamento, que permitem uma reorganização das ações conforme um objetivo (cf. Bowlby, 1969, cap 5).

No primeiro sistema, as ações fixas têm como base uma programação genética que é estimulada instintivamente. Ações tais como, o choro de um bebê, para chamar a atenção, quando está com fome, ou a capacidade inata dele de agarrar-se a mãe e de sugar o seio dela. Esses comportamentos fixos do bebê geralmente estão organizados numa cadeia de ações fixas, estimuladas pela necessidade de se alimentar: o chorar, o agarrar e o sugar (cf. Bowlby, 1969).

No segundo sistema, os comportamentos estão organizados de acordo com um plano de instrução, desenvolvido e apreendido pela experiência de vida. Ele está sujeito a ajustes, em virtude dos sistemas orgânicos de *feedback*, que corrigem ou selecionam os comportamentos mais adequados para se atingir uma meta. Já a meta é o resultado de uma função básica da espécie ou do planejamento por parte do indivíduo (cf. Bowlby, 1969). A sobrevivência, de modo geral, é a meta por excelência. Ela é a consequência direta, ou indireta, da execução bem-sucedida de ações fixas em cadeias e/ou de ações organizadas em hierarquias, sujeitas a correção em vista de metas intermediárias, capazes de contribuir para a meta principal (cf. Bowlby, 1969).

Vale notar que no seu início, a teoria do apego foi influenciada pela Etologia. Em virtude disso, foram destacados os aspectos comportamentais e cognitivos dos vínculos de apego. Com o desenvolvimento da Teoria da vinculação, porém, outros elementos foram estudados, tais como a afetividade e a sua subjacente regulação emotiva e somática, visto que a mobilização para a sobrevivência envolve o sujeito por inteiro, em suas relações (cf. Damásio, 2018; Mendes, 2021).

5.2.5 Apego e memória

As memórias desempenham um papel fundamental na consolidação dos *modelos internos de funcionamento* e, portanto, nos estilos de apego (cf. Collins, N., e Read, S., 1994). A memória é a capacidade humana de adquirir, armazenar e evocar informações. Ela também está relacionada com a noção de constância na identidade pessoal, com as funções executivas, com o aprendizado, com os comportamentos automáticos e com os condicionamentos emocionais e cognitivos (cf. Izquierdo, 2018).

Uma série de ações são realizadas repetidamente no dia a dia, sem a plena atenção, em virtude de memórias não conscientes. Esses comportamentos não conscientes, em geral, estão associados a estados mentais e emocionais. Eles são reativados de forma automática, em virtude das memórias corporais implícitas registradas. No sistema de apego, por exemplo, destaca-se o aspecto implícito das memórias na formação dos *modelos internos de funcionamento*, responsáveis pela prevalência de um estilo de apego na vida relacional do sujeito (cf. Mendes, 2021, p.75).

Há memórias explícitas de natureza mais consciente e memórias implícitas de natureza menos consciente. As memórias explícitas são aquelas de cunho episódico e semântico, de fácil evocação. Dentre elas, estão as memórias declarativas, relacionadas aos fatos e aos eventos. Já as memórias implícitas são aquelas de cunho não declarativo, nem sempre acessíveis à linguagem, porém, quase sempre influentes no psicossoma. Algumas delas, por exemplo, são adquiridas pelas experiências de vida e permanecem subjacentes aos processos de ativação de sentimentos, pensamentos e ações (cf. Manns e Squire, 2017).

Dentre as categorias de memórias não declarativas, de cunho implícito, destacamos as memórias de procedimento, também chamadas procedurais. Elas estão por trás dos hábitos e das habilidades, e, portanto, associadas às atividades cerebrais do corpo estriado; um dos núcleos de base do diencéfalo. O corpo estriado é uma das áreas mais afetadas por problemas que prejudicam a coordenação motora, tais como a epilepsia, o Alzheimer, o Parkinson e a doença de Huntington (cf. Izquierdo, 2018).

As memórias procedurais estão envolvidas na formação das expectativas factuais e das reações afetivas intuitivas. O sujeito as adquire ao desenvolver um conhecimento prévio de como as pessoas se comportam e de como devem ser as suas próprias reações em determinadas situações. Dessa forma, elas também estão envolvidas nos estímulos comportamentais de apego de caráter procedural; de como o sujeito lida consigo e com os outros (cf. Watters, H.; Watters, E., 2006).

As memórias procedurais, de natureza não declarativa, estão por trás dos condicionamentos clássicos, ou condicionamentos pavlovianos respondentes; os quais são a base dos efeitos binomiais de estímulo e resposta sobre o sistema nervoso central. Elas estão envolvidas na ativação da musculatura esquelética, associadas a ativações na região do cerebelo. O cerebelo é uma porção do sistema nervoso central relacionado à postura, à coordenação e ao equilíbrio, bem como ao controle emocional. Não é raro, portanto, que algumas categorias de memórias não declarativas ativem respostas

emocionais, tais como aquelas envolvidas nas reações de luta ou fuga, diante de um estressor, na primeira fase do *stress*. As respostas emocionais e a aprendizagem de conteúdos de cunho emocional, por sua vez, estão fortemente associadas com as atividades da amígdala cerebral e do hipocampo (cf. Izquierdo, 2018).

As memórias implícitas são a base dos *modelos internos de funcionamento* nos sistemas de apego, visto que os bebês, antes de aprenderem a falar, já são capazes de registrar lembranças sensoriais, motoras e afetivas. Eles já são capazes de associar, por exemplo, estímulos do ambiente físico e social, com as emoções sofridas numa determinada situação, ou com os sentimentos apreendidos os quais seus cuidadores revelaram no momento de um estímulo percebido. A linguagem psicossomática é um dos principais recursos na primeira infância, até que, com o desenvolvimento da capacidade simbólica, passe a funcionar de modo paralelo, ou de modo concomitante, com a linguagem verbal (cf. Mendes, 2021, p. 81).

Os bebês e as crianças pequenas, a partir das percepções de suas primeiras relações de apego, formam os primeiros registros mnêmicos das experiências de como se relacionar com as outras pessoas, em vista de serem aceitas e cuidadas. Os modelos psíquicos de aceitabilidade daí formados, se fundamentam na autopercepção de quão aceitáveis ou não os bebês, ou as crianças, se percebem aos olhos dos cuidadores, e se elas são merecedoras ou não desses cuidados alheios (cf. Mendes, 2021).

Na vida adulta, os registros infantis dos primeiros *modelos internos de funcionamento* do apego, quase sempre interferem no modo como o sujeito se autoavalia e no modo como confia nos outros: se ele se sente ou não merecedor de ajuda; se ele confia ou não na generosidade e no altruísmo de familiares e amigos; e se ele tem uma visão positiva ou não da humanidade, em geral. Logo, em virtude das memórias implícitas, ao mesmo tempo em que o sujeito cria conceitos cognitivo-emocionais de si mesmo e os expressa em padrões de comportamento, também são criados crenças, conceitos e expectativas sobre os outros e o mundo.

5.2.6 A questão dos *modelos internos de funcionamento* nos vínculos de apego.

A formação da mente, provavelmente, se desenvolveu a partir da capacidade do organismo de elaborar, mediante suas reações bioquímicas, nervosas e emocionais, imagens internas sobre os estados do corpo (cf. Damásio, 2018, p. 87). Posteriormente, na evolução, a capacidade simbólica foi acoplada em colaboração à capacidade de

imaginação permitindo, assim, elaborações mais sofisticadas dos estados fisiológicos e emotivos do *self* em interação com o meio (cf. Damásio, 1999, p. 38).

Em associação com as representações do corpo, a memória, a imaginação e a simbolização dão base para a formação dos *modelos internos de funcionamento*, associados às regulações psicossomáticas do organismo. Esses modelos nascem das experiências intrasubjetivas e intersubjetivas do sujeito com suas figuras de apego (cf. Mendes, 2021, p. 65), dentro de um ambiente de adaptabilidade (Bowlby, 1969, p. 95). O ambiente de adaptabilidade, por sua vez, é o conjunto de características ambientais e sociais propício para o funcionamento e o desenvolvimento do organismo; ou seja, propício para adaptações que permitem ao organismo conservar ou manter a saúde da melhor maneira possível (cf. Damásio, 2018, p. 57).

As experiências mais significativas na formação dos *modelos internos de funcionamento* são os vínculos parentais e os novos vínculos de amizade e namoro que também se tornam vínculos de apego. Os registros mnêmicos da qualidade desses vínculos são desenvolvidos, não só a partir dos reforços e punições de ações, mas, principalmente, a partir dos estímulos e desestímulos afetivos, mediados pelos sistemas de recompensa cerebral. As experiências afetivas registradas colaboram para a formação de um padrão de regulação afetiva do *self*, associados à aprendizagem cognitivo-sentimental (cf. Mendes, 2021, p.67).

Destaca-se, também, o papel regulador das figuras de apego nas dinâmicas da afetividade. Os sistemas de regulação psicossomática do bebê ou da criança, são estimulados e condicionados pela qualidade dos cuidados recebidos no ambiente familiar. A capacidade de regulação tem, inicialmente, o incentivo dos estímulos externos, proporcionados pelo ambiente e pelas ações do cuidador e é modulada pelas experiências emocionais frente a esses estímulos. Uma mãe suficientemente boa para o seu filho, por exemplo, o ajuda a conter e a controlar suas próprias emoções. Com o passar dos anos, na medida em que as atitudes do sujeito costumam a ser de determinada maneira, *modelos internos de funcionamento* afetivos, cognitivos e comportamentais vão se estabelecendo (cf. Mikulincer, M.; Shaver, P., 2021).

5.2.7 O termo modelo operacional usado por Bowlby

As origens do termo *modelo operacional* nos remetem ao conceito de *modelagem mental*, discutido nas teorias do psicólogo e fisiologista Kenneth Craik. Na

formulação desse conceito, Craik se baseou no pressuposto de que o sistema nervoso é capaz de modelar, frente à realidade, pensamentos e planejamentos sobre os eventos. O fruto das modelagens mentais seria, então, um *insight*, baseado na experiência, sobre o que são as coisas e como elas funcionam. Esses *insights* possibilitariam ao indivíduo antecipar os fatos, em vista de adaptações frente ao ambiente (cf. Craik, 1943, p. 123). John Bowlby, na sua obra “*Apego: a natureza do vínculo*”, de 1969, nomeou o resultado da capacidade de *modelagem mental* como *working models*.

Os *modelos operacionais* são como experimentos mentais antecipados do que pode acontecer no ambiente, cuja meta é a adaptação adequada do organismo e de seus comportamentos frente às demandas ambientais. Bowlby ampliou o conceito para o campo das vinculações, como experimentos mentais antecipados das intenções e dos comportamentos que porventura possam existir na relação de apego entre pais e filhos. Os *modelos operacionais*, portanto, subjacentes aos sistemas de organização comportamental, dão ao sujeito uma noção do que esperar de si e de suas figuras de apego (cf. Bowlby, 1969, p. 95).

Importante notar que, na realidade humana, os *modelos operacionais* não possuem apenas uma característica pavloviana de ação, reação e formação de *scripts* de comportamento. Mendes (2021), sugeriu, por isso, o uso do termo *modelos internos de funcionamento*, visto que esses modelos envolvem e afetam todo o organismo, numa mútua colaboração de sistemas fisiológicos, afetivos, cognitivos e comportamentais. Eles envolvem a capacidade do organismo de representar, mediante imagens, afetos e cognições, o mundo interno e externo do sujeito em suas relações de apego.

Resumindo, os *modelos internos de funcionamento* são o resultado desse processo de apresentação das experiências corporais ao cérebro e à mente, por um lado, e do *feedback* de ambos ao corpo, por outro (cf. Damásio, 2018, p. 96 - 100). Além disso, na medida em que imagens sensoriais vão sendo associadas a estados somáticos e psicológicos, bem como a comportamentos, um *modus operandi* de reações e crenças também vai sendo formado.

5.2.8 Aspectos neuropsicológicos do apego

Com o avanço das neurociências, torna-se possível elaborar abordagens neuropsicológicas do apego. Deve-se considerar, no entanto, que nem sempre o sistema comportamental encontra um sistema neural correspondente em linha direta ou um local

no cérebro. Na realidade, comportamentos semelhantes, não raras vezes, são causados por sistemas neurais distintos e a ativação de sistemas neurais semelhantes, por vezes, resultam em comportamentos diferentes. Existem certos padrões neurais em comportamentos específicos, mas, eles quase sempre fogem à regra, por isso, não é possível localizar um neurônio ou uma região cerebral do apego, mas dizemos que o cérebro todo trabalha quando há ativação do apego (cf. Coan, 2016).

As redes neurais e os comportamentos se comunicam por um complexo caminho neural e bioquímico, no qual o cérebro é o mediador entre o corpo e a mente. As informações do ambiente, interno ou externo, em relação ao organismo, são recebidas pelos sistemas sensoriais e convertidas em impulsos neurais por uma série de intermediários biopsíquicos. Esses processos, em seus dois principais movimentos de interação - *bottom-up* e *top-Down* - seriam mediados pelos sistemas nervosos, capazes de gerar uma imagem corporal associada aos fluxos vitais, às reações emotivas e aos sentimentos daí provenientes (cf. Damásio, 2018, p. 138).

5.2.8.1 A motivação dopaminérgica

A motivação desempenha um papel fundamental no apego (cf. Coan, 2016) e está ligada aos sistemas de projeções de dopamina no cérebro. Uma dessas projeções, por exemplo, tem início na Área Tegmental Ventral (VTA), no mesencéfalo, e atinge o núcleo *accumbens* e, não raras vezes, o córtex pré-frontal. O VTA é um dos principais emissores de dopamina. Já o núcleo *accumbens* é a principal estrutura do estriado ventral e se constitui como uma interface límbico-motora. A atividade dopaminérgica representa um substrato neural para a facilitação de um determinado comportamento direcionado a um objetivo. Logo, ela possui um efeito neuromodulador que está associada aos estímulos de reforços condicionados, ou incondicionados, mediados pelas experiências de prazer.

As células dopaminérgicas do VTA são altamente responsivas às pistas que predizem o recebimento de alguma recompensa (cf. Coan, 2016). Com a exposição repetida a estímulos incondicionados, elas se tornam sensíveis a outros estímulos sensoriais parecidos ou associados. Esses novos estímulos, por sua vez, tornam-se reforçadores dos primeiros, em virtude da ativação do núcleo *accumbens*. São formadas, assim, pistas límbico-motoras que aumentam a probabilidade de o indivíduo contatar o reforçador incondicionado original. As pistas sociais, por exemplo, são capazes de ativar estruturas neurais que dão suporte à motivação. A simples exposição de imagens

femininas a homens heterossexuais, por exemplo, já é suficiente para ativar, de modo incondicional, o VTA e o núcleo *accumbens* (cf. Aharon et al, 2001).

Os neuropeptídeos, tais como a oxitocina e a vasopressina, também estão ligados ao sistema de motivação de incentivo dopaminérgico (cf. Carter, 2014). A oxitocina, de modo especial, está associada aos comportamentos sociais positivos, tais como a escolha de figuras de apego e de parceiros amorosos. Com a vasopressina, a oxitocina é sintetizada na área pré-óptica medial do hipotálamo e ambas são projetadas para os circuitos no VTA, núcleo *accumbens* e *pallidum* ventral. Estruturas como o VTA e o *pallidum* ventral, por exemplo, são ricas em receptores para vasopressina, por isso, fica claro demonstrar que o grau de atividade de oxitocina e de vasopressina determina o grau em que uma experiência social é recompensadora, em virtude da descarga dopaminérgica (cf. Coan, 2016).

5.2.8.2 A amígdala e o hipocampo na formação dos vínculos de apego

A amígdala, com seus subnúcleos está diretamente envolvida com uma série de respostas emocionais, visto que ela também é sensível a estímulos prazerosos e a sinais de ameaça; tanto aqueles condicionados, como aqueles incondicionados. Há, nesse aspecto, duas principais vias de ativação, a via tálamo-amígdala, que processa informações sensoriais óbvias, de forma mais imediata, e a via do córtex visual, que processa informações mais lentas e complexas, antes de ativar a amígdala (cf. Coan, 2016).

Pelo trabalho da amígdala, estímulos incondicionados, são associados a um condicionamento, ou a um padrão biopsíquico, em registro ou já registrado, de modo especial, em relação aos sinais que remetem a presença de ameaças no ambiente. A amígdala é capaz de marcar experiências sensoriais como emocionalmente significativas. Sinais expressos no rosto, por exemplo, são associados às experiências emotivas inatas e/ou socialmente apreendidas. Por ser um marcador afetivo e somático de sensações, a amígdala está envolvida na consolidação de memórias de longo prazo, em ação conjunta com o hipocampo. O hipocampo apoia a formação, a consolidação e a associação entre estados internos do organismo e o registro mnêmico dos estímulos recebidos do ambiente (cf. Coan, 2016).

A amígdala e o hipocampo, provavelmente, estão envolvidos de modo subjacente na capacidade de reconhecer familiaridade e de predispor o sujeito para escolher uma figura de apego específica e não outra. As marcações emotivas das sensações, promovidas pela amígdala, ajudam o sujeito a reconhecer comportamentos, expressões faciais,

timbres e tons vocais, entre outros gestos corporais, como favoráveis ou não à proximidade social (cf. Coan, 2016). A amígdala e o hipocampo também estão envolvidos de modo subjacente na identificação e na consolidação das interações entre figuras de apego e situações afetivamente salientes e significativas. Essa associação acontece porque, ao mesmo tempo em que há uma marcação afetiva das sensações promovidas pelos estímulos, numa interação de apego, também há a consolidação de pistas contextuais, na memória de longo prazo, associadas a esses estímulos (cf. Coan, 2016).

Nos relacionamentos de apego com afetos predominantemente positivos, a proximidade é procurada porque a figura de apego tornou-se associada aos sentimentos gratificantes. Quanto mais proximidade maior a frequência e a intensidade desses sentimentos. Nas relações de apego com afeto negativo, como o medo respeitoso, ou a ansiedade excessiva, a figura de apego serve mais como uma pista de segurança e orientação comportamental (cf. Coan, 2016).

Faz-se importante destacar que a amígdala de um bebê ainda não está totalmente desenvolvida e ainda não exerce tanta influência sobre o vínculo filial. A filiação infantil parece ser um dado evolutivo instintivo ligado diretamente à sobrevivência, a tal ponto que, mesmo com pais abusivos e/ou indiferentes, o bebê ou a criança não os rejeita. Sua sobrevivência depende totalmente da tutela dos pais e parece ser mais importante do que a própria qualidade do trato parental (cf. Bowlby, 1969, p. 281).

Outra questão de sobrevivência tem a ver com o olfato. A imaturidade da amígdala frente ao estabelecimento do vínculo filial em neonatos, é provavelmente suprida pela atividade do sistema nervoso central no que se refere ao reconhecimento olfativo da mãe e do leite materno. O aprendizado do odor é codificado no bulbo olfativo, em colaboração com o *locus cerúleos* o qual reforça a preferência olfativa através da liberação de norepinefrina. O bebê torna-se, por isso, capaz de reconhecer o familiar e o não familiar, ainda pelo cheiro, embora ainda não tenha capacidade de avaliar o comportamento dos pais (cf. Sullivan, 2004).

Devido ao não desenvolvimento das vias neurais que ligam a amígdala ao hipocampo e a regiões do córtex pré-frontal (CPF), o bebê ainda não é capaz de associar estímulos aversivos aos comportamentos de alarme ou evitação. Essa dificuldade, porém, é logo suprida pelo rápido desenvolvimento neural da criança. Entre o primeiro ano de vida e o terceiro, há um período especialmente sensível para o desenvolvimento dos movimentos, dos sentidos, da imaginação e do pensamento (cf. Coan, 2016).

O desenvolvimento de ligações entre o CPF e as estruturas afetivas, como a amígdala

e o núcleo *accumbens*, resultará no desenvolvimento de diferentes suposições reflexivas sobre a natureza do mundo social que servirão como registros biopsíquicos para futuros relacionamentos. O desenvolvimento neural infantil é muito sensível ao ambiente de adaptabilidade, ou seja, a seu ambiente familiar. As condições e os registros da qualidade das interações, sob as quais o vínculo filial se desenvolve, são capazes de constituir *modelos internos de funcionamento* os quais implicam regulações emotivas e suposições afetivas e reflexivas sobre o próprio *self* e os outros (cf. Coan, 2016).

5.2.8.3 O hipotálamo, o *stress* e a consolação no vínculo de apego

O hipotálamo recebe informações da amígdala, do córtex pré-frontal, do hipocampo e de outras estruturas implicadas no que se refere às emoções, ao *stress* e, também, ao apego. O hipotálamo regula uma série de processos metabólicos, autônomos e é um dos elos entre o sistema nervoso central e o sistema endócrino, tal como se nota, em reações de *stress*, na ativação do eixo hipotalâmico-pituitário- adrenal (HPA) (cf. Vasconcellos, E., G., 2002).

O núcleo periventricular do hipotálamo é capaz de sintetizar o hormônio liberador de corticotropina (CRH). Na ativação do eixo HPA, o CRH liberado pelo hipotálamo estimula a liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na glândula pituitária. O ACTH provoca o aumento da produção de cortisol e de catecolaminas (epinefrina e a norepinefrina), no córtex adrenal. Esse cortisol circula no organismo e ativa os receptores de glicocorticoides no hipocampo e inibe o eixo HPA (cf. Vasconcellos, E., G., 2002).

Nos vínculos de apego, o hipotálamo também está envolvido nos efeitos de consolação social, quando em situações estressantes o sujeito busca por alguém capaz de oferecer ajuda e apoio emocional. Sabe-se que os comportamentos afetivos estão fortemente associados à oxitocina e aos neuropeptídeos de vasopressina. Elas são duas substâncias sintetizadas no hipotálamo, embora, não existam estudos suficientes e significativos que associem a consolação social com a inibição do eixo HPA. A capacidade de detecção de ameaças provavelmente coevoluiu com o sistema comportamental de apego, visto que o alívio do sofrimento é proporcionado pela proximidade a uma figura de apego. O apego, portanto, é considerado um componente incluso no modo de lidar com a resposta geral do organismo ao *stress* (cf. Coan, 2016).

Desde a vida intrauterina, no entanto, o indivíduo estabelece com a mãe um vínculo único e determinante do ponto de vista não só psicológico, mas, também

fisiológico. O sistema nervoso central e o neuroendócrino, o sistema cardiovascular e o imune, entre outros, são mais suscetíveis a mudanças estruturais e funcionais nesse período. Os sistemas em formação do bebê na barriga da mãe, portanto, são muito sensíveis a qualquer alteração fisiológica sofrida pela mãe; uma fragilidade para o bebê. Os transtornos ligados ao *distress*, por exemplo, não alteram apenas o funcionamento do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal da gestante, mas, conforme a intensidade, também impactam no desenvolvimento neuronal do embrião ou do feto. O *stress* materno, no período de gestação, não raras vezes, está associado a mudanças na sensibilidade dos receptores de glicocorticoides, na síntese de proteínas e de neurotransmissores do bebê. Os cuidados maternos, portanto, têm início desde o momento da concepção, pois, o cuidado da gestante com a própria saúde física e psicológica, implica, de alguma maneira, no cuidado da saúde do embrião ou do feto (cf. Bergh, B., 2017).

O hipotálamo, com suas funções e suas interações, está envolvido na ativação ou desativação do eixo HPA e, em certa medida, envolvido com os comportamentos de fuga, luta ou congelamento diante de situações estressoras. Esses comportamentos reativos se associam ao apego, quando o sujeito, diante de um estressor, procura por segurança, proteção ou consolo se fazendo próximo de alguém familiar (cf. Coan, 2016).

5.2.8.4 O córtex pré-frontal e a regulação emotiva

Partes do córtex pré-frontal (CPF), onde ocorrem as atividades neurais do pensamento e do julgamento, estão ligadas ao sistema dopaminérgico VTA- *accumbens*, além de compartilharem inúmeras conexões com a amígdala, o hipocampo e o hipotálamo. A região orbitofrontal do CPF auxilia a amígdala e o hipocampo quando promove avaliações do valor emocional dadas às informações sensoriais. Essas avaliações implicam na regulação emotiva e, portanto, estimulam comportamentos de aproximação ou evitação, conforme o registro afetivo associado (cf. Coan, 2016). A regulação emocional, por sua vez, é classificada como automática ou deliberativa. Ela é automática quando há algum condicionamento afetivo e comportamental frente a um estímulo, mas, se torna deliberativa no sentido de um esforço relacionado ao controle cognitivo do estímulo, ou da atenção dada ao estímulo (cf. Coan, 2016).

As funções reguladoras mais automáticas têm sido associadas ao CPF orbital ventromedial e medial. Já as funções que requerem atenção, memória de trabalho e outras operações cognitivas, têm sido associadas às porções laterais e/ou dorsolaterais do CPF.

Vale indicar, por exemplo, que algumas psicoterapias para o transtorno de *stress* pós-traumático têm demonstrado algum sucesso no uso de técnicas de autoconsciência corporal, sensopercepção e respiração. Essas técnicas, no caso de lembranças traumáticas, são capazes de ativar regiões do CPF medial as quais estão mais ligadas com a amígdala do que o CPF dorsolateral. Isso explica por que a revivência de traumas, em *flashbacks*, é muito mais emocional do que apenas uma lembrança intrusiva (cf. Bessel, 2014).

Nos vínculos de apego, os circuitos orbitais mediais provavelmente são os responsáveis por codificar respostas condicionadas frente às figuras de apego, principalmente quando as figuras de apego são associadas a tais respostas; no desempenho de uma função excitatória ou inibitória. Num vínculo saudável, a simples presença da mãe é capaz de estimular a criança pequena a explorar o ambiente, pois o apego estimula a segurança emocional e atenua a atividade do eixo HPA, mesmo quando há a presença de estressores no ambiente, como a presença de um estranho (cf. Coan, 2016).

Os circuitos dorsolaterais modulam operações cognitivas ligadas aos registros mnêmicos relacionados à fixação de experiências de apego, em cooperação com o hipocampo. Num vínculo inseguro, uma criança, em vez de se sentir à vontade para explorar o ambiente, fica inibida na presença dos pais, visto que, de alguma forma, a relação de apego proporcionou a formação de insegurança e/ou de medo. Os *modelos operacionais*, que incentivam a insegurança, provavelmente estão associados às memórias traumáticas e às crenças nucleares negativas de si e dos outros (cf. Coan, 2016).

5.2.8.5 O apego e as redes neurais

Em relação às redes neurais e ao apego, em virtude da frequência dos estímulos e das reações neurais daí correspondentes, são formadas uma variedade de redes neurais em torno das estruturas cerebrais. A neurogênese, de modo especial no hipocampo, e as novas sinapses são capazes de oferecer uma recíproca influência entre as estruturas cerebrais, que serviram de estímulos para essas novas formações, e as próprias redes neurais formadas (cf. Coan, 2016).

O processo de formação de redes neurais se inicia com a insistência de um estímulo não condicionado, capaz de gerar alguma recompensa tanto em relação ao prazer, como em relação ao desprazer. A recompensa é o bem-estar, o prazer ou a satisfação de uma necessidade. Ela também é uma reação de fuga de uma ameaça, dor ou sofrimento; por exemplo, na busca de uma criança por proteção ao lado dos pais, quando se sente

ameaçada por um estranho (cf. Coan, 2016).

Frente ao estímulo recompensador, liberada do VTA, a dopamina ativa a rede neural dopaminérgica até o núcleo *accumbens* e, por vezes, até o córtex pré-frontal. Nesse sistema, via hipotálamo e hipocampo, há o reconhecimento da recompensa, ou o acesso dos registros mnêmicos de recompensas antigas. Esses acessos despertam, assim, o estímulo de um prazer antecipatório. Frente ao estímulo doloroso ou prazeroso, a amígdala marca a sensação do estímulo como emocionalmente significativa. O hipotálamo, em interação com o hipocampo, codifica tanto as informações sensoriais recebidas, como as informações do ambiente; as mesmas informações que proporcionaram o estímulo e consolidaram uma memória de longo prazo (cf. Coan, 2016).

O córtex pré-frontal (CPF), por sua vez, usa dessas informações para efetuar planos e regular comportamentos para que sejam correspondentes ou respondentes ao estímulo. Logo, na medida em que as experiências recompensadoras se tornam frequentes mais a amígdala marca afetivamente as sensações percebidas. Esse processo produz uma cadeia de pistas mnêmicas e sensoriais que facilitarão o acesso aos estímulos recompensadores em ocasiões futuras. No vínculo de apego, os cuidados da mãe com a criança provocam satisfação e segurança emocional e aumentam a motivação tanto da mãe quanto da criança para se manterem próximos. A amígdala é capaz de marcar as características sensoriais desse encontro como salientes e contribui, em cooperação com o hipocampo, para a consolidação de uma memória afetiva do evento. Uma cadeia de pistas é constituída e servirá de ponto gatilho para que o VTA ative os circuitos dopaminérgicos e o CPF proporcione avaliações positivas ou negativas, de modo que os comportamentos sejam ajustados frente a novos vínculos de apego (cf. Coan, 2016).

5.2.9 Apego e experiências de sentido espiritual/religioso

Os estilos de apego e seus *modelos internos de funcionamento* também são capazes de influenciar nas experiências de sentido, tais como aquelas promovidas pela religião. O vínculo de apego é estabelecido com o sagrado, quando Deus, a Igreja ou os líderes religiosos são adotados como figuras de apego (cf. Kirkpatrick, L., Granqvist, P., 2016). Há evidências de que alguns aspectos do ato de crer e das experiências religiosas estão envolvidas na busca por segurança emocional, quando o sagrado é tratado nos moldes dos relacionamentos humanos, embora seja acreditado como ente de natureza incorpórea (cf. Mikulincer, M., Shaver, P., 2021).

O sagrado, como uma figura de apego, passa a funcionar para o sujeito como uma *base segura* emocional e/ou um *porto seguro* a partir do qual o sujeito ganha sentido e motivação para enfrentar as dificuldades da vida. A qualidade dos *modelos internos de funcionamento* e os estilos de apego daí provenientes interferem no modo como o sujeito se relaciona com o sagrado (Esperandio, R., G.; August, H., 2014).

Algumas pessoas vivem o apego religioso de modo confirmatório em relação às próprias marcas psíquicas deixadas pelas principais figuras de apego durante a vida. As experiências com cuidadores insensíveis, por exemplo, associadas a formação de modelos inseguros de apego, levam o sujeito reforçar essas mesmas marcas psíquicas no relacionamento com o sagrado. A imagem subjetiva de um deus punitivo e vingativo (cf. Kirkpatrick, L., A., 2016) e a submissão voluntária a líderes autoritários que oferecem alguma ilusão de segurança são exemplos de um modo confirmatório de um apego inseguro (cf. Mikulincer, M., Shaver, P., 2021).

Em contraste, pessoas com estilo seguro de apego, também se relacionam com o sagrado de modo correspondente, ou confirmatório, em relação às marcas psíquicas deixadas pelas principais figuras de apego durante a vida. A ativação dos *modelos operacionais*, e suas correspondentes redes neurais, levam o sujeito a projetar no sagrado as suas experiências positivas de apego. O objeto sagrado funciona para o sujeito como um reforço das experiências seguras de apego, provenientes do amor parental e do amor romântico (cf. Kirkpatrick, L., A., 2016).

Contudo, há pessoas que superam a própria insegurança, numa experiência compensatória de apego com o sagrado, ainda mais quando inseridas numa comunidade religiosa de apoio. Novos vínculos mais seguros de apego podem ser elaborados numa sobreposição, a partir do estabelecimento de novos e significativos relacionamentos afetivos, embora os primeiros registros de apego tenham sido profundamente marcantes. Os vínculos mais seguros de apego com o sagrado, mediante o apoio de uma comunidade religiosa, permitem ao sujeito superar a insegurança e regular melhor os próprios afetos. Isso, pelo menos por algum tempo, enquanto o objeto sagrado de desejo funcionar como um vínculo substituto de apego (cf. Kirkpatrick, L., A., 2016).

5.2.9.1 Apego e *coping* religioso

A segurança emocional modula pensamentos e estados psicológicos de resiliência frente às preocupações existenciais de incerteza, mortalidade e falta de sentido. Pessoas

seguras, por exemplo, tendem a procurar um *coping* focado no problema. Trata-se de um *coping* mais objetivo. As estratégias seguras proporcionam uma regulação afetiva e cognitiva mais adequada frente a realidade do mundo social e das percepções de si. Já as pessoas inseguras tendem a procurar um *coping* focado ou na exacerbação das emoções, ou na completa negação delas. Trata-se de um *coping* menos objetivo. As estratégias inseguras hiperativam ou embotam o sistema de apego, tornando o sujeito propenso ou a acreditar cegamente em alguém ou a não acreditar em ninguém, em ações e concepções distorcidas da realidade (cf. Mikulincer, M., Shaver, P., 2021).

O *coping*, de modo geral, é concebido como o conjunto de estratégias utilizadas pelo sujeito para lidar e se adaptar às circunstâncias estressoras. Inicialmente, na psicologia do ego, o *coping* foi associado aos mecanismos de defesa. Em relação ao ambiente externo, eles seriam maduros ou imaturos, conforme o sucesso do *coping*. Posteriormente, foi diferenciado os comportamentos mais deliberativos e conscientes de *coping* e os comportamentos mais sintomáticos e inconscientes dos mecanismos de defesa. As estratégias mais deliberativas foram classificadas como *coping* focado no problema e as estratégias mais sintomáticas e menos deliberativas como *coping* focado na emoção (cf. Folkman, S.; Lazarus, R., 1980/1984).

O *coping* religioso foi logo pesquisado, visto que diversas estratégias de enfrentamento estavam correlacionadas com a procura de uma espiritualidade e/ou de uma religião. A religião e a espiritualidade frequentemente são fontes de conforto emocional, de sentido e de integração do *self*. As práticas religiosas ajudam o sujeito a promover a segurança afetiva mediante a intimidade com o sagrado, conferindo, por exemplo, a esperança na vida após a morte. A fé, além disso, também tem um efeito placebo sobre a saúde do sujeito (cf. Pargament, K., 1997).

O modo como as pessoas utilizam a religião para lidar com os próprios problemas, frequentemente, é caracterizado como *coping*, ora com facetas positivas e ora negativas. A religião serve como *coping* positivo quando oferece conforto emocional e cognitivo no sistema de crenças espiritual/ religioso, dando suporte espiritual frente as crises e promovendo maior integração do *self* (cf. Pargament, K., 1997).

O *coping* religioso também é positivo, quando há a ressignificação da bondade divina. Trata-se de uma atitude que consiste em entender e sentir o sofrimento, a perda ou a morte, como acontecimentos que estão dentro de um projeto divino maior, sugerindo para o sujeito à segurança de que o sagrado está no controle de tudo (cf. Pargament, K., 1997).

O *coping* religioso é positivo, quando o grupo religioso no qual o sujeito faz parte,

ou mesmo quando o líder religioso carismático, são capazes de oferecer um suporte congregacional. O clima de solidariedade, o testemunho inspirador e a caridade efetiva são capazes de oferecer ajuda, apoio e solidariedade ao sujeito (cf. Pargament, K., 1997).

O *coping* religioso é negativo quando há problemas de fins, de significado e de adaptação, devido aos pactos coletivos denegativos em detrimento do *self*, aos autoritarismos por parte das lideranças, e às más interpretações das crenças. Todos esses problemas são capazes de provocar o *distress* moral entre o que a instituição religiosa prega e testemunha e o modo de vida do sujeito (cf. Pargament, K., 1997).

O *coping* para ser positivo, deve promover o equilíbrio e o bem-estar. O mal-estar, por outro lado, é o resultado da falta de integração entre os elementos pessoais, religiosos e sociais. Por vezes, mesmo se adotando uma estratégia considerada socialmente boa, o *coping*, pela falta de integração e o mal-estar daí provocado, transforma-se num *discoping*; uma estratégia aparentemente boa, mas que para o sujeito gerou um problema (cf. Vasconcellos, E., G., 2022).

O *coping* negativo, não raras vezes, é constituído como uma distorção da vivência religiosa (cf. Pargament, K., 1997) e se expressa de diversas formas. Não estamos tratando, com esse tema, do que é certo ou errado em relação às doutrinas religiosas, mas, sim, de conflitos psicossociais que geram *distress* moral e *discoping*.

Há, por exemplo, problemas de fins, quando uma série de atitudes religiosas unilaterais promovem a distorção dos objetivos próprios da religião. Trata-se do uso da religião para fins de controle moral, ideológico, político ou social. Essas ações, geralmente, são promovidas por líderes religiosos autoritários, usurpadores e interesseiros. Alguns fiéis, nessas condições, em vez de manterem o juízo crítico, o suspendem dominados pelas emoções religiosas e pelo *coping* correspondente.

Existem, no entanto, decepções religiosas, quando no grupo se canonizam algumas práticas antissociais em nome da piedade, ou em nome de Deus. Isso acontece, por exemplo, na seleção injusta de alguns preferidos, na exclusão despótica de outros, na exploração da boa vontade dos fiéis e no assédio moral e/ou sexual. O fiel se vê obrigado a ressignificar sua fé frente a instituição, usando *coping* ou *discoping*.

Há também problemas de adaptação que ocorrem quando as estratégias religiosas adotadas se tornam conflituosas frente às crenças e ao modo de ser do sujeito. Esse conflito gera um *distress* moral entre o que a pessoa é e o que ela deveria ser, ou entre o que a instituição religiosa exige dela e o que ela realmente é capaz de oferecer. Nesses casos, quando o sujeito não é capaz de corresponder, o *discoping* é usual.

Os problemas de significado na religião são os mais comuns. Há, não raras vezes, erros na explanação religiosa, de uma interpretação fundamentalista e bitolada do mundo, por exemplo. Nessas concepções extremistas, tudo o que é interpretado como diferente da crença adotada, ou da estética religiosa usada, é ignorado, rejeitado e demonizado.

Outro problema de significado consiste no erro de controle religioso. Trata-se do uso inadequado de práticas religiosas para a solução de problemas que exigem práticas não religiosas. Acontece, por exemplo, quando o fiel substitui um tratamento médico por uma oração de cura, ou quando rejeita um tratamento por questões religiosas, mesmo correndo risco de perder a vida. Os radicalismos e fanatismos religiosos, desprovidos de bom senso, também são um problema de significado classificados como erro de moderação religiosa.

Vale destacar que dentre tantas variedades e modos de enfrentamento religioso, existem o estilo autodiretivo, o estilo colaborativo e o estilo delegante de *coping*. No estilo autodiretivo de *coping*, o sujeito se posiciona de modo predominantemente ativo e tem o sagrado como apoio, mas o considera como passivo. No estilo colaborativo de *coping*, o vínculo estabelecido com o sagrado é entendido numa reciprocidade. No estilo delegante de *coping* o sujeito se coloca numa posição predominantemente passiva e atribui toda a ação ao objeto sagrado (cf. Pargament, K., 1997).

Resumindo, a religião é capaz de contribuir ou não para o bem-estar e a saúde das pessoas. Isso depende das dinâmicas do apego e das crenças de como a pessoa se vê e vê os outros. Parece evidente, pelo menos para o senso comum, que os estilos de apego seguro, sempre mais colaborativos e autodiretivos, estejam correlacionados ao *coping* religioso positivo e ao bem-estar físico e espiritual. Já os estilos de apego inseguro, de natureza mais ansiosa e delegante, parecem estar correlacionados ao *coping* religioso negativo e ao mal-estar, sejam eles do estilo preocupado ou temeroso.

5.3 As medidas psicométricas de apego em adultos

Descreveremos resumidamente, a seguir, a história das pesquisas psicométricas de apego em adultos, no viés proposto por este estudo.

5.3.1 A medida psicométrica proposta por Cindy Hazan e Phillip Shaver

Tabela 2.

Hazan and Shaver's (1987) Attachment Style Measure.
Question: Which of the following best describes your feelings?
1. Secure: I find it relatively easy to get close to others and I am comfortable depending on them and having them depend on me. I don't often worry about being abandoned or about someone getting too close to me.
2. Avoidant - I am somewhat uncomfortable being close to others; I find it difficult to trust them, difficult to allow myself to depend on them. I am nervous when anyone gets too close, and often, love partners want me to be more intimate than I feel comfortable being.
3. Anxious/Ambivalent —I find that others are reluctant to get as close as I would like. I often worry that my partner doesn't really love me or won't want to stay with me. I want to merge completely with another person, and this desire sometimes scares people away.

cf. C. Hazan and P. Shaver, 1987.

Uma das primeiras e mais conhecidas pesquisas sobre os estilos de apego adulto foram feitas por Cindy Hazan e Phillip Shaver, em 1987, com pessoas envolvidas em relacionamentos amorosos. Os pesquisadores suspeitaram que os registros do apego parental, constituído na infância, é projetado apego amoroso, na fase adulta. A classificação de apego feita por Ainsworth (1978) – seguro, evitante e ansioso/ambivalente - foi usada tanto para o desenvolvimento de um instrumento de pesquisa, como na análise dos resultados desse instrumento em comparação a outras variáveis observadas. O questionário foi inicialmente distribuído como parte de uma seção de um jornal local chamada de *love quiz* e as respostas foram enviadas pelos participantes no endereço proposto pelos pesquisadores. O estudo contou, a princípio, com 620 respondentes, dos quais 205 foram homens e 415, mulheres.

Hazan e Shaver (1987) consideram que, diferente do apego infantil, o apego adulto implica a reciprocidade. Na fase infantil, as relações de apego são desiguais do ponto de vista da força, da maturidade e da experiência. Já no apego adulto, o cuidado é esperado de ambos. Os autores também destacaram o aspecto transmissivo da qualidade do apego, no que se refere a revivência de padrões de comportamentais. “*Se os pares adultos começam a cumprir e satisfazer necessidades de apoio emocional e segurança similares às da responsabilidade dos pais ao longo da primeira infância..., então, em dado ponto*

a vinculação será transferida de pais a pares.” (Hazan e Shaver, 1987, p.8).

Dentre os resultados obtidos, vale destacar que a proporção de classificação de apego obtida por Ainsworth (1979), na pesquisa “situação estranha”, foi parecida com a da pesquisa de Hazan e Shaver (1987). Os resultados demonstraram que 56% pessoas se classificaram como seguras, 23% como evitativas e 20% como ambivalentes, ou ansiosas. Nas análises entre o estilo de apego e as experiências amorosas, os resultados demonstraram correlações significativas ($F(2,104) = 4,10$; $p\text{-valor} = 0,001$).

As pessoas com apego seguro tenderam a relatar as próprias experiências amorosas como amigáveis, felizes e verdadeiras ($r = 0,55$), enquanto aquelas com estilo de apego evitativo tenderam a revelar certo desconforto com a proximidade e a intimidade com a pessoa amada ($r = 0,80$). Já as pessoas com estilo ansioso de apego destacaram ocasiões de ciúmes, altos e baixos emocionais e a demanda constante por reciprocidade do parceiro em seus relacionamentos ($r = 0,32$).

5.3.2 A medida psicométrica proposta por Nancy Collins e Stephen Read

Nancy Collins e Stephen Read (1990), posteriormente, notaram que o modelo proposto por Cindy Hazan e Phillip Shaver (1987) estava sujeito a classificar alguns sujeitos erroneamente, porque o modelo restringia o entrevistado a se encaixar num dos três parágrafos propostos. Os pesquisadores logo destrincharam as características de cada estilo de apego em subescalas, com itens apropriados para cada estilo de apego, e formaram outro instrumento de pesquisa chamado “*Adult attachment scale*”.

Os agrupamentos em subescalas, de seis itens cada, num total de dezoito, foram selecionados e refinados a partir dos resultados de análises fatoriais. O estudo não demonstrou apenas três fatores correspondentes aos três estilos de apego, mas, sim, três dimensões latentes aos estilos de apego: *close*, *depend* e *anxiety*. Na pesquisa, essas três dimensões tiveram consistência interna satisfatória: *close* ($\alpha = 0,69$), *depend* ($\alpha = 0,75$), *anxiety* ($\alpha = 0,72$), num modelo significativo [$\chi^2(153, 174) = 727,4$; $p\text{-valor} < 0,001$] e psicometricamente ajustado [$CFI = 0,920$; $TLI = 0,907$; $RMSEA = 0,059$ (90% IC: 0,044 – 0,073); $SRMR = 0,906$].

O fator *close* se referiu aos itens que descreveram até que ponto o indivíduo se sentiria confortável com a proximidade. *Depend* se ligou aos itens que descreveram até que ponto o indivíduo estaria disposto ou não a depender dos outros. O terceiro fator, *anxiety*, indicou os itens que descreveram o quão o indivíduo se sentiria ou não ansioso e

temeroso diante do fato de ser abandonado e não amado.

Pessoas com estilo de apego seguro pontuaram alto nos itens que descreveram a facilidade do sujeito em se aproximar e confiar nos outros, mas, baixo nos itens sobre ansiedade. Já as pessoas com estilo inseguro tenderam a pontuar baixo em proximidade, em confiança, mas, alto em ansiedade. Alguns, em acréscimo, com estilo inseguro de apego também pontuaram baixo em ansiedade, sugerindo, assim, dois tipos de apego inseguro: um ansioso e outro evitativo. Os autores também chegaram a levantar a hipótese de um quarto estilo de apego, mas não comprovaram em estudos posteriores.

5.3.3 A proposta de Kim Bartholomew e Leonard Horowitz sobre o apego

Em 1991, Kim Bartholomew e Leonard Horowitz propuseram um estudo dos *modelos operacionais* a partir de dois modelos binários. Um modelo sobre as percepções positivas ou negativas de si mesmo e outro sobre as percepções positivas ou negativas em relação ao outro. Após as análises dos resultados, percebeu-se que o melhor preditor para as percepções sobre o *self*, foi o binômio: alta ou baixa autoestima. Esse modelo binário obteve correlações significativas com as variáveis referentes a capacidade ou a deficiência de autonomia. Já o melhor preditor para o modelo sobre as percepções em relação ao outro foi o binômio proximidade ou evitação, que pôde ser observado na capacidade ou na dificuldade de se colocar como dependente do outro.

Os resultados sugeriram um espectro da qualidade do apego, num quadrante, classificado como: seguro, preocupado, dispensador e temeroso. O apego seguro é próprio de pessoas com percepções positivas de si mesmas e dos outros. O apego preocupado é característico de pessoas com percepções negativas de si mesmas, porém, positivas em relação aos outros. O apego dispensador é característico de pessoas com percepções positivas de si, porém, negativas em relação aos outros. O apego temeroso, por fim, é próprio de pessoas com percepções negativas de si mesmas e dos outros.

No contexto holandês, em 2003, Pieter Van Oudenhoven, Jacomijn Hofstra e Winny Bakker examinaram a estrutura interna e a validade do construto “*Attachment Styles Questionnaire – ASQ*”; a medida de Bartholomew & Horowitz, de 1991. O objetivo foi o de validar a escala e testá-la em relação a uma série de variáveis. No modelo proposto, os entrevistados não foram classificados apenas em um dos quatro estilos de apego, mas receberam uma pontuação separada para cada fator de apego. Algumas pessoas pontuaram de modo semelhante, tanto numa subescala de um estilo específico de

apego, quanto em outra de estilo diferente. Os itens da escala, por sua vez, não se referiram a uma figura de apego, mas, sim, aos estilos de apego no relacionamento com as pessoas em geral. Em relação aos resultados, os itens correspondentes às imagens que o sujeito faz de si e dos outros, numa graduação entre o negativo e o positivo, corresponderam aos *modelos operacionais*. A qualidade dessas imagens, numa pontuação *likert*, foi o critério para classificar o sujeito em um dos quartis possíveis do apego. Os autores notaram que os estilos de apego são considerados como tendências de interação social relativamente estáveis, visto que os vínculos, a autoestima e a ansiedade determinam uma posição positiva ou negativa do sujeito em relação a si e aos outros.

5.3.4 Os desenvolvimentos das pesquisas com a adult attachment scale - AAS

A escala AAS (*Adult Attachment Scale*) de Collins e Read foi revista em outros estudos feitos pelos mesmos autores; tais como o quarto estudo de 1996 ($N= 135$), depois dos três primeiros feitos anteriormente em 1990 ($N= 406; 118; 142$). Destaca-se, ainda, a pesquisa com 96 casais, feita por Nancy Collins e Brooke Feeney, no ano 2000, bem como uma publicação interna da Universidade da Califórnia Santa Bárbara, feita por Collins em 2008. Nessa carta, escrita aos estudantes de pós-graduação e aos pesquisadores interessados no tema, ela apresentou as três versões da escala de apego adulto, o modo de calcular seus escores e as orientações de trabalho no software SPSS.

Em Portugal, Maria Cristina Canavarro e sua equipe, em 1997, traduziram e validaram a “*Adult Attachment Scale*” para a língua portuguesa e a nomearam de “*Escala de Vinculação do Adulto*” (EVA). A partir de uma série de estudos psicométricos posteriores, foram confirmadas as três dimensões contínuas subjacentes aos estilos de apego, classificadas pela autora como: conforto com a proximidade (*close*), confiança nos outros (*depend*) e ansiedade (*anxiety*). A primeira dimensão se referiu ao grau em que o indivíduo se sente confortável em estabelecer proximidade e intimidade com o parceiro. A segunda se referiu ao grau de confiança que os sujeitos são capazes de estabelecer com o parceiro, em situações em que necessitam depender do outro. Já a terceira avaliou o grau de ansiedade sentida pelo indivíduo em suas relações, no que se refere ao medo de ser abandono ou não aceito.

Quanto a classificação dos indivíduos no quartil dos estilos de apego, proposto por Kim Bartholomew (1990), dois cálculos foram feitos pela autora. Primeiro foram calculados o valor médio de cada dimensão de apego: *close*, *depend* e *anxiety*. Depois

foram calculados os valores médios da composição *close-depend*, em comparação aos valores de *anxiety*. Os indivíduos que obtiveram valores acima do valor médio três, na variável *close-depend*, e valores abaixo do valor médio na variável *anxiety*, foram classificados como seguros. Aqueles que obtiveram valores acima da média nessas duas variáveis, *close-depend* e *anxiety*, foram classificados como *preocupados*. Aqueles que pontuaram abaixo da média nessas duas variáveis, foram classificados como *desligados*. Já os que apresentaram valores inferiores a três em *close-depend* e superiores a três em *anxiety*, foram classificados como *amedrontados*.

No contexto brasileiro, Emma Otta e Vera Silvia Bussad, em 2005, foram as primeiras a traduzirem a escala AAS (Collins & Read, 1990). Essa versão foi publicada pela primeira vez numa pesquisa feita em 2006, por ocasião da Reunião Anual de Psicologia, em Salvador (cf. Moura, M. L. S et al, 2006). A escala recebeu o nome de “*Escala de Apego Adulto*” (EAA) e foi testada em 103 adultos. No estudo, a análise fatorial revelou as três dimensões subjacentes aos itens, logo corroborou com as dimensões encontradas nos estudos de Collins e Read.

A consistência interna geral da escala foi demonstrada pelo coeficiente alfa com o valor de 0,84. Já para cada fator os coeficientes alfas foram de 0,63 para *resistência à proximidade*; 0,73 para *desconfiança* e 0,83 para *ansiedade*. Para calcular os escores dos 18 itens, os pesquisadores utilizaram estes três fatores para classificar os estilos de apego em seguro, evitativo e ansioso. Aqueles que pontuaram valores baixos nos três fatores, foram classificados como *seguro*. Quem pontuou valores altos nos fatores de *resistência à proximidade* e *desconfiança*, mas baixos em *ansiedade*, foi classificado como evitativo. Já o tipo ansioso foi caracterizado por valores altos em *ansiedade* e valores moderados em *resistência à proximidade* e *desconfiança*. Nessa lógica de uma graduação de insegurança, o fator *ansiedade* foi constituído somente por itens reversos.

Em 2019, Rachel Coelho Ripardo Teixeira, José Henrique Benedetti Piccoli Ferreira e Anna Beatriz Carnielli Howat- Rodrigues, fizeram um estudo robusto sobre as traduções em língua portuguesa da “*Revised Adult Attachment Scale*” – RAAS, com o objetivo de encontrar uma versão final do instrumento no contexto brasileiro. Análises exploratórias e confirmatórias, a partir dos dados obtidos de uma amostra de 1436 pessoas, corroboraram com a validade da estrutura de três fatores: seguro, ansioso e evitativo. Posteriormente, uma análise de validade convergente permitiu adotar os quatro estilos de apego propostos por Bartholomew e Horowitz: seguros; dispensadores; preocupados e temerosos.

De acordo com cargas fatoriais encontradas e as análises de correlações entre itens, uma variável *closedependence* foi encontrada, em oposição à variável *anxiety*. O valor da *closedependence* foi obtido pela soma e média dos escores invertidos das subescalas de *resistência à proximidade* e *desconfiança* (itens 2, 7, 8, 13, 16, 17 e 18), ambas variáveis positivamente correlacionadas entre si ($r = 0,48$). A variável *anxiety* foi obtida pela soma e média dos escores normais (itens 3, 4, 9, 10, 11, 15) e foi negativamente correlacionada com *close* ($r = -0,56$) e *dependence* ($r = -0,25$).

Para a classificação dos estilos de apego, os sujeitos positivos em *closedependence* e negativos em *anxiety*, foram classificados como *seguros* (+-). Aqueles negativos para ambas, foram classificados como *dispensadores* (--). Aqueles positivos para ambas, receberam a classificação de *preocupados* (++). Já aqueles negativos em *closedependence* e positivos em *anxiety* (-+), foram chamados de *temerosos* (cf. Teixeira, R., C., R.; Ferreira, J., B., P.; Howat – Rodrigues, A., C., 2019).

6. HIPÓTESES

A literatura apontou, teoricamente, possíveis relações entre o psicossoma, o apego e o *coping* religioso.

6.1 Hipótese central

O psicossoma, ou o eu-corporal, em parte, pode ser representado pela variável ressonância corporal, a qual avalia a sensopercepção do sujeito frente às alterações corporais que geram sofrimento. O apego, por sua vez, é representado pelas dimensões subjacentes proximidade (*closedependence*) e ansiedade, as quais explicam os estilos de apego: seguro, dispensador, preocupado e temeroso. O *coping* religioso é representado pelas variáveis *coping* religioso positivo, geralmente focado no problema, e *coping* religioso negativo, focado nas emoções. O *link* entre psicossoma, apego e *coping* está justamente no *modelo interno de funcionamento* que é capaz de modular crenças sobre si e os outros e de regular a ansiedade, sensopercebida pelo sujeito.

6.2 Hipóteses complementares

- Os estilos de apego inseguros são preditores para altos escores na escala de

ressonância corporal e na subescala de *coping* religioso negativo.

- A ansiedade, como a principal manifestação da insegurança, está na base dos estilos de apego preocupado e temeroso, sendo ambos relacionados à ressonância corporal;
- A ansiedade interfere na forma como o sujeito vive sua espiritualidade e religiosidade, de modo especial, na qualidade do *coping* religioso.
- A segurança afetiva, presente no estilo seguro de apego, está associada a baixos escores na escala de ressonância corporal e a altos pontos na escala do *coping* religioso positivo.

7. MATERIAL E MÉTODO

7.1 Participantes

Os participantes foram homens e mulheres, acima de 18 anos, de diversas orientações sexuais, estados civis e situações profissionais; pessoas que frequentaram a Paróquia Sagrada Família no período da pesquisa. Crianças e adolescentes não foram entrevistados porque os instrumentos psicométricos utilizados foram desenvolvidos para o público adulto, além de exigirem um nível de maturidade própria para adultos.

7.2 Instrumentos psicométricos

A pesquisa verificou e analisou psicometricamente as possíveis relações entre as variáveis das seguintes escalas:

A Escala de ressonância corporal (RESCORP, Vasconcellos, E., G., 1992) que foi desenvolvida pelo professor Esdras Vasconcellos, num estudo sobre *stress* em pessoas com AIDS. Nela estão 8 itens para autoavaliação, numa escala *likert* com cinco possibilidades: não (1); “um pouco” (2); “mais ou menos” (3); “bastante” (4); e “totalmente” (5). Os escores são calculados pela simples soma dos itens, para, então, ser tirada a média aritmética em relação ao total dos itens, em vista de uma padronização dos resultados. No estudo, a análise fatorial confirmatória demonstrou que a escala de 8 itens de ressonância corporal apresentou adequada consistência interna ($\alpha = 0,91$) e adequados índices de ajuste: $CFI = 0,978$, $TLI = 0,995$, $RMSEA (90\% CI) = 0,073 (0,044 - 0,099)$, e $SRMR = 0,047$. A consistência interna da escala (fidedignidade composta) foi de 0,906.

A escala de apego adulto revisada (“Collins and Read Revised Adult Attachment

Scale - RAAS”; Teixeira, R., C., R.; Ferreira, J., B., P.; Howat – Rodrigues, A., C., 2019) foi traduzida para o contexto brasileiro por Bussab e Otta (2005) e validada por Teixeira e colegas (2019) por meio de quatro estudos independentes, num total de 1436 participantes. Os estudos de validade da RAAS no contexto brasileiro corroboraram com a estrutura original de três fatores da escala de Collins e Read, saber: seguro, ansioso e evitativo.

A escala, com 18 itens, conta com 5 opções para uma autoclassificação em cada item: “nada característico em mim” (1); “pouco característico em mim” (2); “característico em mim” (3); “muito característico em mim” (4); e “totalmente característico em mim” (5). Quanto as subescalas, uma delas, de seis itens, indica se a pessoa tem ou não a facilidade para se aproximar dos outros (proximidade). Outra subescala, de seis itens, indica se a pessoa tem ou não a facilidade para confiar e se colocar como depende dos outros (dependência). Por fim, mais uma subescala, também com seis itens, avalia o grau de ansiedade.

Para encontrar escores padronizados, os autores sugeriram calcular a média aritmética das subescalas. O resultado é encontrado pela divisão entre o valor de 1 a 5, dado pelo sujeito a cada item da subescala, e o número total de itens da subescala. Há de se observar que a escala conta com alguns itens reversos indicados com asterisco. Uma graduação de insegurança é calculada ao somar os escores de resistência à proximidade (1*, 6*, 8, 12*, 13, 17), desconfiança (2, 5*, 7, 14*, 16, 18) e ansiedade (3, 4, 9, 10, 11, 15). Vale destacar que é possível avaliar o nível de segurança ao transformar os itens não reversos em reversos e ao somar as dimensões proximidade (1, 6, 8*, 12, 13*, 17*) dependência (2*, 5, 7*, 14, 16*, 18*) e ansiedade (3, 4, 9, 10, 11, 15).

Quanto à classificação, Bartholomew e Horowitz (1991) sugeriram quatro estilos de apego: o seguro, o preocupado, o dispensador e o temeroso. Teixeira e colegas (2019), através de análises fatoriais e de *clusters*, encontraram a relação entre a classificação quaternária dos estilos de apego e as suas três dimensões subjacentes, propostas pelos estudos de Collins e Read (1990; 1996), a saber: *close*, *depend* e *anxiety*.

Pela soma do valor reverso dos itens 2, 7, 8, 13, 16, 17 e 18, em referência a uma graduação de segurança, é possível calcular o valor da variável dimensional proximidade/dependência (*closedependence*), tal como proposto por Collins (2008). Os escores da *closedependence*, em contraste com os escores da variável ansiedade (*anxiety*) dos itens 3, 4, 9, 10, 11, 15, permite encontrar um quadrante de valores para os quatro estilos de apego. As pessoas que pontuam positivo (acima de 2,5) para *closedependence* e negativo (abaixo de 2,5) para *anxiety*, são classificadas no estilo de apego seguro. Já

aquelas que pontuam negativo para *closedependence* e positivo para anxiety, são classificadas no estilo temeroso. Pessoas que pontuam positivo tanto para *closedependence* como para anxiety, são classificadas no estilo preocupado. Já aqueles que pontuam negativo para essas duas variáveis são classificados no estilo dispensador.

Tabela 3. Propriedades psicométricas da escala RAAS (Collins e Read, 1991/1996)

Summary goodness-of-fit statistics in determination of the 4 studies models for the three-factor structure of the RAAS

Model	χ^2	gl	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% IC	WRMR/ SRMR*
Study 1							
1. Collins Original 3 Factor Model	518.368	132	.929	.917	.081	.073-.088	1.518
2. Model 1 with the crossed loading of the item 16 with factor Anxiety	396.223	131	.951	.943	.067	.060-.075	1.283
Study 2							
1. Collins Original 3 Factor Model	475.649	132	.750	.711	.092	.083-.101	.091*
2. Model 1 specifying error covariance (Items 2 and 16)	443.656	131	.773	.735	.088	.079-.097	.090*
3. Model 2 specifying error covariance (Items 3 and 9)	424.795	130	.786	.748	.086	.077-.095	.088*
Study 3							
1. Collins Original 3 Factor Model	221.220	132	.920	.907	.059	.044-.073	.906
Study 4							
1. Collins Original 3 Factor Model	757.847	132	.929	.918	.097	.090-.104	1.750
2. Model 1 with the crossed loading of the item 1 with factor Dependence	655.517	131	.941	.931	.089	.082-.096	1.578
3. Model 2 specifying error covariance (Items 2 and 5)	585.380	130	.949	.940	.083	.077-.090	1.479
4. Model 3 with the crossed loading of the item 15 with factor Dependence	520.442	129	.956	.948	.078	.071-.085	1.369
5. Model 4 with the crossed loading of the item 5 with factor Anxiety	473.579	128	.961	.953	.073	.066-.080	1.281

χ^2 – Chi-square; df – Degrees of freedom; χ^2/df – Ratio chi-squared by degrees of freedom; GFI – Goodness of Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation; IC 90% RMSEA – Confidence Interval of 90%; WRMR – Weighted Root Mean Square Residual; SRMR – Standardized Root Mean Square Residual.

A breve escala para o *coping* espiritual/religioso (“*The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping*; Pargament, K.; Feuille, M. Burdzy, D., 2011) foi validada para o contexto brasileiro por Mary Esperândio (2018) e conta com sete itens associados ao *coping* religioso positivo e sete ao *coping* religioso negativo. Para calcular o valor positivo, basta somar o valor dado pelo entrevistado aos sete primeiros números da escala. Para calcular o *coping* religioso negativo soma-se os valores dados do item 8 até o item 14. Na mesma padronização do cálculo da média dessas duas subescalas.

No estudo, com 5835 participantes, por meio de uma Análise Fatorial Confirmatória, a escala RCOPE – 14 apresentou adequada consistência interna ($\alpha = 0,71$ para *coping* religioso negativo e $\alpha = 0,879$ para *coping* religioso positivo) e adequados índices de ajuste para o *coping* positivo: CFI = 0,993, TLI = 0,989, RMSEA (90% CI) = 0,059 (0,014 – 0, 096), e SRMR = 0,068; e para o *coping* negativo: CFI = 0,998, TLI = 0,997, RMSEA (90% CI) = 0,042 (0,014 – 0, 083), e SRMR = 0,046. A consistência interna em ambas as escalas (fidedignidade composta) foi de 0,930.

O questionário demográfico contou com variáveis nominais. Tratou-se do levantamento estatístico para a caracterização dos participantes. Nela estiveram perguntas

essenciais sobre a idade, o sexo biológico, a orientação sexual, a cor da pele, o estado amoroso, o grau de formação escolar/acadêmica e a situação profissional. Não houve outras variáveis por questões de simplicidade e de conveniência em relação à literatura.

7.3 Procedimentos

A seguir, de acordo com as sugestões da “*Psicometria Online Academy*”, comentaremos a respeito dos procedimentos para a coleta de dados, para a análise de dados e os procedimentos éticos.

7.3.1 Procedimentos da coleta de dados

Os dados para o estudo foram coletados na paróquia Sagrada Família, na cidade de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil, mediante uma bateria de testes, numa amostra de no mínimo 200 pessoas. A aplicação dos testes foi feita pelo próprio pesquisador, com o auxílio de uma psicóloga que trabalha no local, durante o expediente de atendimentos gratuitos ao público, entre 9h e 17h, durante os meses de Abril e Maio de 2023.

A bateria de testes teve como objetivo colher dados sobre idade, sexo, gênero, situação profissional, ressonância corporal, estilos de apego e qualidade do *coping* religioso. Os dados, em seguida, foram exportados para uma planilha de Excel (versão de 2021) e submetidos aos testes estatísticos nos programas de computador *RStudio* (R, versão 4.3.1), *JASP* (versão 0.17.30) e *Jamovi* (versão 2.4.1).

7.3.2 Procedimentos para a análise

Os dados foram organizados numa única planilha de Excel. Nela, foram apresentados três cálculos. Um cálculo de uma pontuação *likert* bruta, com a simples soma do valor dos itens da escala. Outro cálculo para uma pontuação própria de cada escala e/ou subescala, a partir da média aritmética entre a soma da pontuação bruta e o número de itens. E, por fim, o cálculo para uma classificação ordinal de D até A, conforme os quartis da escala *likert* entre 1 e 5 pontos. Os pontos de 1 até 1,25 foram classificadas como D; os de 1,26 até 2,5, C; aqueles de 2,6 até 3,75, B; e os de 3,76 até 5, A. Em seguida, uma tabela foi feita com os dados descritivos das variáveis, conforme a idade e o sexo. Dada a possibilidade, foi aplicado o teste

de normalidade de Shapiro – Wilk, para grupos com menos de 50 pessoas, e o teste Kolmogorov – Smirnov, para grupos com mais de 50 pessoas (cf. Razali, N., M.; Wah, Y., B., 2011).

Também foi calculada uma matriz de correlações entre as variáveis, por meio do teste de *Spearman*, que é apropriado para as variáveis ordinais. Com os dados ordinais, o modelo foi ajustado à matriz de correlações policóricas. Já com os dados dicotômicos como variáveis dependentes, o modelo foi ajustado à matriz de correlações tetracóricas. A correlação policórica é uma técnica estatística para estimar a correlação entre duas hipóteses de variáveis latentes contínuas com distribuição normal, a partir de duas variáveis ordinais observadas. Como partimos de estudos de análises fatoriais sobre ressonância corporal, apego e o *coping* religioso já realizadas, o próximo passo foi o de encontrar correlações significativas entre as variáveis do modelo e de avaliar a força delas. Assim, observando as correlações significativas no modelo, foram aplicadas as regressões ordinais (cf. Puth, M.; Neuhäuser, M.; Ruxton, G., 2015).

Nesse procedimento, foi possível comparar as variáveis em análises descritivas e avaliar se os padrões de apego, seguro ou inseguro, foram preditores de determinados níveis de ressonância corporal, em regressões logísticas ordinais. Também verificamos se os estilos de *coping* religioso, se positivos ou negativos, foram impactados ou não por outras variáveis do modelo.

Com variáveis numéricas, intercalares e contínuas, os dados obtidos foram, primeiramente, avaliados quanto às medidas de tendência central e de dispersão, bem como por métodos próprios da estatística inferencial, com destaque ao escore Z, ao intervalo de confiança, a curva normal e ao *p - valor*. A comprovação da normalidade da distribuição dos dados foi feita pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ou pelo teste de Shapiro-Wilk. A comprovação da homogeneidade de variâncias foi feita pelo teste de Levene. Já os escores do tamanho de efeito foram obtidos pelo teste de Cohen, em análises paramétricas.

Os testes de normalidade e de homocedasticidade tiveram como referência *p-valores* maiores do que 0,05; ou seja, valores maiores do que 0,05 foram indicadores de normalidade e homocedasticidade. Os escores para o tamanho de efeito *d* abaixo ou igual a 0,30, foram considerados baixos, abaixo ou igual a 0,50, médio, e aqueles abaixo ou igual a 0,80, alto. Nos casos de não normalidade, foi possível, em *softwares* como o RStudio e JASP, realizar a técnica de reamostragem chamada de *bootstrapping*, capaz de corrigir esse problema (cf. Cozby, 2003).

As variáveis ordinais, que usaram *likert* como pontuação, não foram tratadas com testes estatísticos que têm a média como base dos cálculos, porque, embora essas variáveis

tenham uma ordem, os intervalos entre elas não seguiram a métrica de uma régua. Como elas não foram intercalares, foram aplicados testes não paramétricos para encontrar alguma proporção entre os intervalos, os quais usam a mediana como parâmetro, tais como o *Mann Whitney*, para análise de escores de dois grupos independentes, e o teste *Kruskal-Wallis* para análise de comparação de escores entre três ou mais grupos (cf. Cozby, 2003).

O teste U de *Mann Whitney* é o equivalente não paramétrico do teste t para duas amostras independentes. Ele compara a mediana de dois grupos independentes para verificar se os escores da população associada são ou não significativamente diferentes. A variável independente deve ser nominal e dicotômica e as variáveis dependentes, contínuas ou ordinais. As observações devem ser independentes e as distribuições das pontuações nos dois grupos deve ter a mesma forma (Cozby, 2003).

O teste H de *Kruskal-Wallis* é indicado quando os pré-requisitos de normalidade e homogeneidade não são atendidos em relação a uma média. Esse teste é o equivalente não paramétrico de uma anova de uma via. Para aplicá-lo, a variável dependente deve ser contínua ou ordinal e as outras variáveis devem ser provenientes de três ou mais grupos independentes. A hipótese nula é que a pontuação dos *hankings* entre os grupos para a variável dependente seja não significativa. Já a hipótese alternativa é que, em pelo menos um grupo, exista uma pontuação de *hanking* diferente e significativa em relação à variável dependente (cf. Cozby, 2003).

Quanto a aplicação da técnica de regressão nesse estudo, foram possíveis a aplicação de regressões logísticas ordinais, com uma única exceção. Os modelos propostos pretenderam avaliar o impacto das variáveis independentes sobre a ressonância corporal e o *coping* religioso. Logo, a ressonância corporal e o *coping* foram variáveis dependentes e as demais, as variáveis independentes.

Para a ressonância corporal, os escores brutos avaliados no teste de ressonância corporal, foram tratados como variáveis numéricas e dependentes, numa regressão linear, visto que existiu uma única escala de intensidade entre os pontos de 8 a 40. Foi aplicada porque o modelo de regressão linear atendeu os pressupostos de: normalidade na distribuição dos valores; homocedasticidade dos erros; ausência de *outliers*; e independência dos resíduos da variação natural dos dados (cf. Cozby, 2003).

Os escores da média da variável ressonância corporal, encontrada pela divisão do escore bruto e o número de itens, foram avaliados em relação ao impacto das medianas das variáveis independentes. Para a aplicação das regressões logísticas ordinais, foi preciso atender aos pressupostos de ausência de multicolineariedade e de chances proporcionais entre as variáveis (cf. Cozby, 2003). Já os escores ordinais de D até A, da variável dependente

ressonância corporal, foram avaliados em relação às variáveis independentes numa regressão multinomial, visto que atenderam os pressupostos de ausência de multicolineariedade (cf. Cozby, 2003).

Para o *coping* religioso, não foi possível calcular a diferença entre os escores do *coping* negativo e o positivo, numa única medida de *coping*. O *coping* positivo e o negativo foram consideradas duas escalas diferentes e independentes (cf. Pargament, K., 2020). Foi aplicada, portanto, a regressão logística ordinal tendo a variável *coping* positivo e a variável *coping* negativo como variáveis dependentes. Foi avaliado, portanto, o quanto as outras variáveis impactaram na positividade ou na negatividade do *coping* religioso, conforme as medianas em seus quartis.

Em relação ao apego, as variáveis que avaliaram os *modelos operacionais* do *self*, foram tratadas como independentes (cf. Teixeira et al., 2019). Foi possível considerar, para tal, as duas variáveis proximidade e ansiedade, usadas como dimensões subjacentes dos quatro estilos de apego, bem como as três variáveis clássicas: *close*, *dependence* e ansiedade.

No modelo, as variáveis ressonância corporal, *coping* religioso positivo e *coping* negativo foram tratadas como respostas e os fatores que caracterizam os estilos de apego como preditores. As dimensões fatoriais do apego impactaram tanto nos níveis de ressonância corporal, quanto no *coping* religioso, sendo possível observar alguns padrões psicométricos significativos.

Por fim, foram feitas as seguintes análises:

- 1) a análise descritiva das variáveis em relação ao sexo e a idade;
- 2) a matriz de correlação (*Spearman*);
- 3) as comparações entre as principais variáveis de acordo com a teoria;
 - 3.1) a comparação da faixa etária em relação à ressonância corporal;
 - 3.2) a comparação entre os sexos em relação à ressonância corporal;
 - 3.3) a comparação entre os tipos de apego em relação à ressonância corporal;
 - 3.4) a comparação entre *coping* positivo ou negativo e a ressonância corporal;
- 4) as regressões logísticas ordinais:
 - 4.1) a ressonância corporal predita pelas variáveis proximidade e ansiedade;
 - 4.2) a ressonância corporal predita pela resistência, desconfiança e ansiedade;
 - 4.3) a ressonância corporal predita pelos fatores subjacentes aos estilos de apego;
 - 4.4) o *coping* positivo predito pelas variáveis ansiedade e proximidade;
 - 4.5) o *coping* negativo predito pelas variáveis ansiedade e proximidade.

Uma conclusão foi feita por meio da modelagem de equações estruturais. O modelo de equação estrutural, em si, com variáveis latentes, reflete tanto a análise de interdependência, quanto a análise de dependência das variáveis utilizadas no modelo geral. Relaciona, portanto, as medidas observadas X e Y aos fatores não observáveis e relaciona os próprios fatores não observados entre si (cf. Lattin, J.; Carroll, J., D.; Green, P., E., 2011).

7.3.3 Procedimentos éticos

A pesquisa do presente estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e se encontrou devidamente registrada no AVA da Plataforma Brasil, após a supervisão da instituição. Os participantes, todos maiores de 18 anos, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ao serem entrevistados e, assim, desfrutaram das garantias éticas das leis envolvidas.

As entrevistas foram feitas pelo próprio pesquisador, com o auxílio voluntário de uma psicóloga da instituição, a qual já ofereceu serviços gratuitos para a comunidade. Durante as entrevistas, qualquer um dos participantes pôde tirar o consentimento, sem multas, nem retaliações. As informações individuais, que formam o conjunto dos dados obtidos pelas respostas oferecidas, foram mantidas em anonimato, sob a guarda do pesquisador.

8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A seguir, apresentaremos os resultados das análises descritivas das variáveis, em relação ao sexo e a idade. Apresentaremos, também, as comparações e os resultados das regressões, com seus impactos, correlações e tamanhos de efeito. No final, como conclusão, apresentaremos um modelo de equações estruturais que seja mais ajustado ao que foi encontrado na presente pesquisa.

8.1 A amostra

A amostra se caracterizou por ser de conveniência, ou seja, não probabilística e não aleatória, porque o pesquisador levou em conta a disponibilidade das pessoas para fazer parte do estudo num determinado período. As entrevistas aconteceram após os atendimentos psicológicos, espirituais e administrativos pelos quais as pessoas vieram nos procurar em primeiro lugar. A participação na pesquisa foi totalmente opcional, sendo que, das 500 pessoas abordadas, apenas 222 quiseram responder aos inventários.

8.2 Procedimento de coleta de dados

Os dados do estudo foram coletados pessoalmente pelo pesquisador na paróquia Sagrada Família, na cidade de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. Uma psicóloga da comunidade, que faz serviços voluntários, aplicou a bateria de três testes, com a participação de 222 pessoas. O inventário possibilitou colher dados sobre a faixa etária, o sexo, o gênero, a situação profissional, a ressonância corporal, os estilos de apego e a qualidade do *coping* religioso. Os dados foram exportados pelo pesquisador para uma planilha de Excel (versão de 2021) e, em seguida, submetidos aos testes estatísticos nos programas de computador RStudio (R, versão 4.3.1), JASP (versão 0.17.30) e Jamovi (versão 2.4.1). Tanto a versão fatorial dos dados, quanto a versão com a simples somatória dos testes, foram feitas e salvas em .xlsx (do excel) e, também, em .csv (valores separados por vírgula).

8.3 Análises descritivas das variáveis em referência ao sexo e a faixa etária

As variáveis foram estudadas em relação à idade e ao sexo (M. para masculino e F. para feminino). Quanto a faixa etária, as pessoas com idade entre 18 e 40 anos, foram classificadas como jovens adultos; aquelas entre 41 e 65 anos, como adultos intermediários; e as pessoas com mais de 66 anos, como adultos tardios (cf. Papalia, D.; Feldman, R., D., 2013). Foi verificada a média aritmética, o desvio padrão, a variância e a normalidade de distribuição dos dados pelo teste de Shapiro – Wilk (W.), dos grupos presentes nas variáveis do questionário demográfico.

Adotamos nos testes de normalidade Shapiro - Wilk e Kolmogorov Smirnov a referência do *p-valor* com o valor 0,05. Valores maiores do que 0,05 (*p -valor* > 0,05) se apresentam como indicadores de normalidade, porque indicam igualdade na distribuição dos valores entre os grupos. Valores menores do que 0,05 (*p -valor* < 0,05), por outro lado, se apresentam como indicadores de não normalidade, ou seja, indicam que as distribuições não foram iguais entre os grupos (cf. Miot, H. A., 2017).

8.3.1 Variáveis do questionário demográfico

Tabela 4. Idade e faixa etária distribuídas por sexo:

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	26,9	4,88	23,85	0,952	0,021
	Adulto intermediário	53	46,0	7,62	58,12	0,915	0,001
	Adulto tardio	5	69,0	2,92	8,50	0,928	0,585.
F.	Jovem adulto	31	25,3	5,47	29,93	0,927	0,037
	Adulto intermediário	58	49,9	8,78	77,16	0,948	0,016
	Adulto tardio	16	69,4	2,37	5,60	0,911	0,120.

Totais: 222

Outras variáveis do questionário demográfico distribuídas por sexo:

	F.	M.	Total
Orientação sexual			
Bissexual	02 (0,901%)	00 (0,0%)	02 (0,901%)
Heterossexual	100 (45,045%)	115 (51,802%)	215 (96,847%)
Homossexual	03 (1,351%)	02 (0,901%)	05 (2,252%)
Pele			
Branca	87 (39,189%)	84 (37,838%)	171 (77,027%)
Parda	18 (8,108%)	30 (13,514%)	48 (21,622%)
Preta	00 (0,0%)	03 (1,351%)	03 (1,351%)
Relacionamento			
Casado	59 (26,577%)	43 (19,369%)	102 (45,946%)
Namorando	05 (2,252%)	14 (6,306%)	19 (8,558%)
Solteiro	41 (18,468%)	60 (27,028%)	101 (45,496%)
Grau acadêmico			
Fundamental	02 (0,905%)	03 (1,351%)	05 (2,256%)
Ens. Médio	29 (13,063%)	34 (15,315%)	63 (28,378%)
Ens. Técnico	01 (0,450%)	06 (2,702%)	07 (3,152%)
Graduação	40 (18,018%)	43 (19,369%)	83 (37,387%)
Pós - graduação	33 (14,864%)	31 (13,963%)	64 (28,827%)
Situação profissional			
Aposentado	22 (9,909%)	09 (4,054%)	31 (13,963%)
Autônomo	34 (15,315%)	27 (12,162%)	61 (27,477%)
Desempregado	02 (0,903%)	09 (4,054%)	11 (4,957%)
Empregado	40 (18,018%)	49 (22,072%)	89 (40,09%)
Estudante	07 (3,153%)	03 (1,351%)	10 (4,504%)
Religioso	00 (0,0%)	20 (9,009%)	20 (9,009%)

8.3.2 Variável do questionário de ressonância corporal – RESCORP (1993).

Tabela 5. Variável ressonância corporal

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	2,61	0,923	0,851	0,969	0,130.
	Adulto intermediário	53	2,67	0,935	0,874	0,947	0,021
	Adulto tardio	5	2,05	0,420	0,177	0,760	0,036
F.	Jovem adulto	31	3,01	0,988	0,976	0,957	0,238.
	Adulto intermediário	58	3,27	0,822	0,675	0,977	0,334.
	Adulto tardio	16	2,48	1,129	1,275	0,914	0,134.
Quartis		A (0 -1,25)	B (1,26 – 2,5)	C (2,6 -3,75)	D (3,75 -5)		
F.		26 (11,711%)	42 (18,918%)	33 (14,864%)	4 (1,806%)		
M.		14 (6,306%)	38 (17,117%)	59 (26,576%)	6 (2,702%)		
Total:		40 (18,017%)	80 (36,035%)	92 (41,44%)	10 (4,508%)		
Normalidade	<i>W = 0,9738; p-valor = 0,0003847 (distribuição não normal)</i>						

8.3.3 Variáveis do questionário de apego – RAAS (1996/2018)

Tabela 6. Variável *close*.

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	3,47	0,620	0,385	0,973	0,215.
	Adulto intermediário	53	3,48	0,727	0,529	0,965	0,116.
	Adulto tardio	5	3,93	0,365	0,133	0,754	0,033
F.	Jovem adulto	31	3,51	0,660	0,436	0,958	0,264.
	Adulto intermediário	58	3,49	0,647	0,418	0,976	0,306.
	Adulto tardio	16	3,63	0,563	0,317	0,946	0,425.
Quartis		A (0 -1,25)	B (1,26 – 2,5)	C (2,6 -3,75)			
F.		34 (15,315%)	64 (28,828%)	7 (3,153%)			
M.		45 (20,270%)	62 (27,927%)	10 (4,507%)			
Total		79 (35,585%)	126 (56,755%)	17 (7,66%)			
Normalidade	<i>W = 0,97806; p-valor = 0,00157 (distribuição não normal)</i>						

Variável dependência (no sentido de confiar)

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	3,12	0,717	0,5142	0,982	0,507.
	Adulto intermediário	53	2,97	0,831	0,6913	0,977	0,385.
	Adulto tardio	5	3,23	0,224	0,0500	0,852	0,201.
F.	Jovem adulto	31	2,84	0,843	0,7110	0,986	0,950.
	Adulto intermediário	58	2,96	0,600	0,3602	0,978	0,387.
	Adulto tardio	16	3,10	0,384	0,1477	0,947	0,442.
Quartis		A (0 -1,25)		B (1,26 – 2,5)		C (2,6 -3,75)	
F.		12 (5,408%)		66 (29,729%)		27 (12,162%)	
M.		24 (10,810%)		63 (28,378%)		30 (13,513%)	
Total:		36 (16,218%)		129 (58,107%)		57 (25,675%)	
Normalidade		<i>W = 0,98723; p-valor = 0,04446 (distribuição não normal)</i>					

Variável ansiedade

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>		
M.	Jovem adulto	59	2,47	1,042	1,085	0,949	0,015		
	Adulto intermediário	53	2,49	1,123	1,261	0,925	0,003		
	Adulto tardio	5	1,77	0,508	0,258	0,848	0,190.		
F.	Jovem adulto	31	2,90	1,221	1,490	0,905	0,010		
	Adulto intermediário	58	2,57	0,942	0,887	0,966	0,104.		
	Adulto tardio	16	2,04	0,660	0,435	0,914	0,134.		
Quartis		A (0 -1,25)		B (1,26 – 2,5)		C (2,6 -3,75)		D (3,75 -5)	
F.		18 (8,108%)		30 (13,513%)		47 (21,172%)		10 (4,506%)	
M.		19 (8,558%)		26 (11,711%)		59 (26,576%)		13 (5,856%)	
Total:		27 (16,666%)		56 (25,224%)		106 (47,748%)		23 (10,362%)	
Normalidade		<i>W = 0,94849; p-valor = 4,17e-07 (distribuição não normal)</i>							

Variável proximidade

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	3,36	0,763	0,582	0,974	0,248.
	Adulto intermediário	53	3,22	0,943	0,889	0,977	0,378.
	Adulto tardio	5	3,89	0,467	0,218	0,922	0,544.
F.	Jovem adulto	31	3,14	0,725	0,526	0,976	0,696.
	Adulto intermediário	58	3,28	0,728	0,530	0,962	0,065
	Adulto tardio	16	3,54	0,822	0,676	0,926	0,213.
Quartis		A (0 -1,25)	B (1,26 – 2,5)	C (2,6 -3,75)	D (3,75 -5)		
F.		28 (12,612%)	59 (26,576%)	18 (8,108%)	00 (0,0%)		
M.		38 (17,117%)	58 (26,126%)	20 (9,009%)	01 (0,452%)		
Total:		66 (29,729%)	117(52,702%)	38 (17,117%)	01 (0,452%)		
Normalidade	<i>W = 0,98637; p-valor = 0,03202 (distribuição não normal)</i>						

Variável insegurança

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	2,72	0,509	0,2595	0,986	0,729.
	Adulto intermediário	53	2,61	0,657	0,4321	0,983	0,654.
	Adulto tardio	5	2,20	0,301	0,0904	0,954	0,762.
F.	Jovem adulto	31	2,77	0,608	0,3701	0,976	0,708.
	Adulto intermediário	58	2,76	0,567	0,3219	0,978	0,368.
	Adulto tardio	16	2,50	0,449	0,2013	0,955	0,581.
Quartis		A (0 -1,25)	B (1,26 – 2,5)	C (2,6 -3,75)			
F.		05 (2,252%)	56 (25,225%)	44 (19,819%)			
M.		02 (0,903%)	66 (29,729%)	49 (22,072%)			
Total:		07 (3,155%)	122 (54,954%)	93 (41,891%)			
Normalidade	<i>W = 0,99263; p-valor = 0,3336 (distribuição normal)</i>						

Variável apego (Tipos de apego)

	Dispensador	Preocupado	Seguro	Temeroso
F.	4 (1,801%)	34 (15,315%)	53 (23,873%)	14 (6,306%)
M.	7 (3,153%)	31 (13,963%)	65 (29,279%)	14 (6,306%)
Total:	11(4,954%)	65 (29,278%)	118 (53,152%)	28 (12,612%)

8.3.4 Variáveis do questionário sobre *coping* religioso – Rcoping14 (2017)

Tabela 7. Variável *coping* religioso negativo

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Variância</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	2,07	0,876	0,767	0,917	0,001
	Adulto intermediário	53	1,93	0,957	0,915	0,832	0,001
	Adulto tardio	5	2,31	0,772	0,596	0,810	0,097
F.	Jovem adulto	31	2,08	0,940	0,883	0,895	0,005
	Adulto intermediário	58	2,08	0,948	0,898	0,888	0,001
	Adulto tardio	16	1,54	0,446	0,199	0,920	0,169.
Quartis	A (0 -1,25)	B (1,26 – 2,5)	C (2,6 -3,75)	Quartis			
F.	05 (2,255%)	21 (9,459%)	61 (27,477%)	18 (8,108%)			
M.	09 (4,054%)	23 (10,360%)	64 (28,828%)	21 (9,459%)			
Total:	14 (6,309%)	44 (19,819%)	125 (56,305%)	39 (17,567%)			
Normalidade	<i>W = 0,88938; p-valor = 1,078e-11 (distribuição não normal)</i>						

Variável *coping* religioso positivo

<i>Sexo</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>N.</i>	<i>Mediana</i>	<i>W.</i>	<i>p-valor</i>
M.	Jovem adulto	59	4,43	0,922	0,001
	Adulto intermediário	53	4,29	0,915	0,001
	Adulto tardio	5	3,71	0,974	0,899
F.	Jovem adulto	31	4,29	0,940	0,083
	Adulto intermediário	58	4,29	0,954	0,029
	Adulto tardio	16	4,21	0,891	0,059
Quartis	A (0 -1,25)	B (1,26 – 2,5)	C (2,6 -3,75)		
F.	85 (38,288%)	20 (9,009%)	00 (0,0%)		
M.	91 (40,990%)	23 (10,360%)	03 (1,353%)		
Total:	176 (79,278%)	43 (19,369%)	03 (1,353%)		
Normalidade	<i>W = 0,9376, p-valor = 3,929e-08 (distribuição não normal)</i>				

Variável tipos de *coping* religioso

	Negativo	Ambivalente	Positivo
Fem.	02 (0,902%)	24 (10,810%)	78 (35,135%)
Mas.	02 (0,902%)	32 (14,414%)	84 (37,837%)
Total:	04 (1,804%)	56 (25,224%)	182 (72,972%)

8.4 Matriz de intercorrelações

A maioria das variáveis não possui uma distribuição normal, logo fizemos uma matriz de intercorrelações entre elas, pelo método de *Spearman (Rho)*, para analisar a possibilidade da aplicação dos testes de comparação e das regressões ordinais entre as variáveis. As variáveis analisadas foram: faixa etária; idade; ressonância corporal; *close* (disposição para a proximidade com os outros); *dependence* (disposição para confiar nos outros); ansiedade; proximidade (a soma e a média aritmética dos itens reversos das variáveis resistência à proximidade e desconfiança); insegurança (soma e média dos itens das variáveis resistência à proximidade, desconfiança e ansiedade); *coping* religioso positivo; *coping* religioso negativo.

Tabela 8. Matriz de intercorrelações (Spearman)

	Ide.	Rec.	Clo.	Dep.	Ans.	Pro.	Ins.	Cop+	Cop-
Ide.	-----								
Rec.	0,045	-----							
Clo.	0,030	- 0,185	-----						
		**							
Dep.	-0,027	- 0,355	0,305	-----					
		***	***						
Ans.	-0,109	0,436	- 0,148	- 0,442	-----				
		***	*	***					
Pro.	0,023	- 0,454	0,606	0,773	- 0,478	-----			
		***	***	***	***				
Ins.	-0,100	0,451	-0,425	-0,671	0,745	-0,722	-----		
		***	***	***	***	***			
Cop+	-0,099	0,453	- 0,405	- 0,663	0,747	- 0,708	-0,708	-----	
		***	***	***	***	***	***		
Cop-	-0,100	- 0,033	- 0,035	0,027	0,100	0,021	0,021	0,085	-----

Nota: $N. total = 222$; * p -valor $< 0,05$, ** p -valor $< 0,01$, *** p -valor $< 0,001$; Idade (Ide); Ressonância Corporal (Rec.); Close (Clo.); *Dependence* (Dep.); Ansiedade (Ans.); Proximidade (Pro.); Insegurança (Ins.) *Coping* positivo (Cop+); *Coping* negativo (Cop-).

Das correlações mais significativas, a disposição do sujeito em procurar companhia (*close*) e em confiar em alguém (*dependence*) é obviamente correlacionada com a facilidade de procurar proximidade ($r. = 0,606$ ***; $r. = 0,773$ ***). A variável *coping* religioso positivo, no entanto, contra o senso comum, se mostrou positivamente correlacionada com ansiedade ($r. = 0,747$) e negativamente correlacionada com proximidade ($r. = - 0,708$). Esses dados, provavelmente, têm a ver com a ambivalência dos valores de *coping* religioso negativo, visto que todos aqueles que pontuaram acima de 2,5 em *coping* religioso negativo também pontuaram acima 2,5 em *coping* religioso positivo, indicando, assim, conflitos internos em relação à fé e ao *distress* moral. Há a disposição religiosa de alguns em procurar a Deus e a religião mais como uma compensação frente aos próprios sentimentos de ansiedade e de insegurança, do que uma confirmação de segurança emocional (Kirkpatrick , 2016).

8.5 Comparações de grupos mais significativas

Procedimentos não paramétricos foram utilizados para analisar os dados. Com exceção da comparação entre sexos, cujo o procedimento foi o teste de *Mann – Whitney (U)*, a maioria dos efeitos sobre a ressonância corporal foram testados com a estatística do tipo ANOVA, conforme o modelo apresentado por Brunner e colaboradores (2017), implementado no pacote *rankFD* do RStudio.

O *Relative Treatment Effect (RTE)* foi utilizado para estimar a diferença entre os grupos. O RTE indica a probabilidade de um caso, aleatoriamente sorteado de um grupo, exibir maior valor do que outro caso, sorteado da amostra completa (Konietschke et al., 2010). Comparações múltiplas par a par também foram realizadas de acordo com os procedimentos propostos por Noguchi e colaboradores (2020), implementados no pacote *nparscomp* do Rstudio.

Tais procedimentos são capazes de oferecer controle da taxa de erro do tipo I e tamanho de efeito na mesma métrica que o *d* de Cohen (Konietschke et al., 2010). Logo, os valores do tamanho de efeito (*Effect Size = ES.*) serão interpretados da mesma forma que o *d* de Cohen. Valores entre 0,20 e 0,30 são considerados de magnitude pequena ($d = 0,20 - 0,30$), aqueles entre 0,50 e 0,80, de magnitude média ($d = 0,50 - 0,80$) e os acima de 0,80, de magnitude grande ($d = > 0,80$) (Cohen, J. 1988).

8.5.1 Comparação de faixa etária em relação à ressonância corporal.

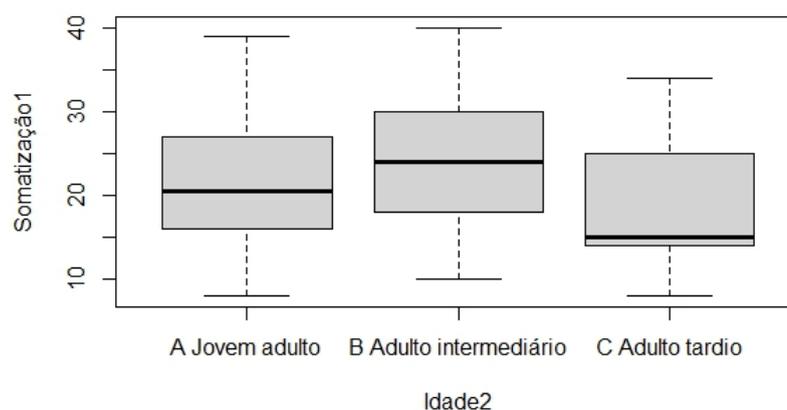
A estatística do tipo ANOVA apontou que o efeito geral da idade sobre a ressonância corporal foi estatisticamente significativo [$F(14,386; 35, 2116) = 4,2412; p - valor = 0,0336$]. Os testes *post hoc* demonstraram que, em comparação aos jovens adultos (*Mediana = 20,5; Amplitude Interquartil = 11*), os adultos intermediários pontuaram mais alto em ressonância corporal (*Md. = 24; Iqu. = 12*), mas, sem significatividade e com baixíssimo tamanho de efeito (*Effect Size = 0,161*). Os adultos tardios, porém, pontuaram significativamente mais baixo em ressonância corporal do que os adultos intermediários e com tamanho de efeito de magnitude média (*Md. = 15; Iqu = 11; p - valor < 0,052; ES = - 0,429*).

Tabela 9.Efeitos relativos dos testes *post hoc*

Variável	Faixa etária	N.	RTE	ICS 95%	
				Inferior	Superior
Ressonância corporal	1. Jovem adulto	90	0,514	0,463	0,565
	2. Adulto intermediário	111	0,582	0,533	0,630
	3. Adulto tardio	21	0,402	0,327	0,481

Testes *post hoc* para cada faixa etária

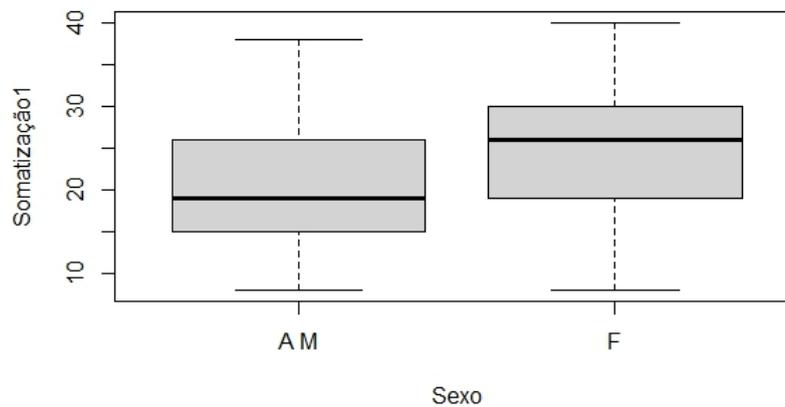
Variável	Comparação	Tamanho de Efeito	ICS 95%		<i>p</i> -valor
			Inferior	Superior	
Ressonância corporal	2 – 1	0,161	-0,064	0,387	0,194
	3 – 1	-0,268	-0,706	0,171	0,295
	3 – 2	-0,429	-0,862	0,003	0,052

**8.5.2 Comparação entre os sexos em relação à ressonância corporal.**

Foi realizado um teste de *Mann – Whitney* com o objetivo de investigar em que medida as pontuações de ressonância corporal estavam distribuídos entre os homens e as mulheres. O teste foi estatisticamente significativo ($U = 44, 37$; $p - valor < 0,001$) e mostrou que as mulheres (*Mediana* = 26; *Amplitude Interquartil* = 11; $p - valor. adj. < 0.001$) pontuaram mais alto em ressonância corporal do que os homens, mas, com pequeno tamanho de efeito ($Md. = 19$; $Iqu. = 11$; $p - valor < 0,001$; $ES. = 0,240$).

Tabela 10.

Estatística Descritiva			<i>Percentis</i>		
<i>Sexo</i>	<i>N.</i>	<i>Mediana</i>	<i>25th</i>	<i>50th</i>	<i>75th</i>
M	117	19	15,0	19,0	26,0
F	105	26	19,0	26,0	30,0
Total:	222				



8.5.3 Comparação entre os tipos de apego em relação à ressonância corporal.

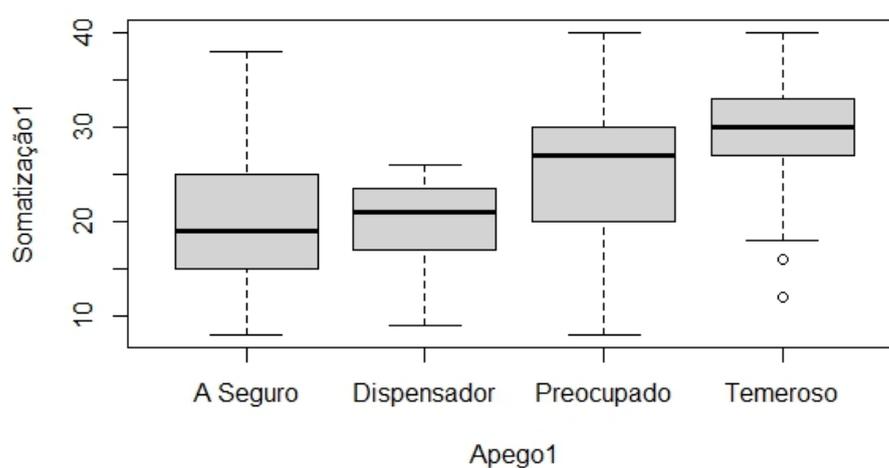
A estatística do tipo ANOVA apontou que o efeito geral dos estilos de apego sobre a ressonância corporal foi estatisticamente significativo [$F(23,967; 37,079) = 16,7145$ $p < 0,001$]. Os testes *post hoc* demonstraram que pessoas classificadas com apego seguro (*Mediana* = 19; *Amplitude Interquartil* = 21), pontuaram mais baixo do que dispensadores (*Md.* = 21; *Iqu.* = 6,5), preocupados (*Md.* = 27; *Iqu.* = 10) e temerosos (*Md.* = 28; *Iqu.* = 30). Destacou-se, nesse teste, a grande magnitude do tamanho de efeito das diferenças entre seguros e temerosos (*SE.* = - 0,887; *p - valor* < 0,001) e entre dispensadores e temerosos (*SE.* = - 0,912; *p - valor* < 0,001), demonstrando, assim, que pessoas com estilo de apego temeroso tendem a pontuar significativamente mais alto em ressonância corporal.

Tabela 11.Efeitos relativos dos testes *post hoc*

Variável	Apego	N.	RTE	ICS 95%	
				Inferior	Superior
Ressonância corporal	1. Seguro	118	0,361	0,312	0,413
	2. Dispensador	11	0,351	0,284	0,423
	3. Preocupado	65	0,569	0,516	0,620
	4. Temeroso	28	0,718	0,657	0,773

Testes *post hoc* para cada tipo de apego

Variável	Comparação	Efeito	Tamanho de ICS 95%		<i>p</i> – valor
			Inferior	Superior	
Ressonância corporal	2 – 1	-0,026	-0,513	0,462	0,998
	3 – 1	-0,499	0,196	0,802	0,013
	4 – 1	-0,887	0,473	1,300	0,001
	3 – 2	-0,524	0,069	0,979	0,022
	4 – 2	-0,912	0,413	1,412	0,001
	4 – 3	0,388	-0,054	0,831	0,094



8.6 Regressões mais significativas

Após avaliar as comparações e correlações mais significativas, fizemos algumas regressões para avaliar o impacto entre as variáveis dependentes e independentes, conforme o descrito na teoria. Isso porque a análise de regressão é uma das formas mais usadas para análise de dependência entre um conjunto de variáveis independentes (X) e uma única variável dependente (Y). Usa-se a regressão para descrever o quão forte é a relação capturada pelo modelo, para inferir quais variáveis independentes são mais importantes e para prever até que ponto o modelo generaliza as observações da amostra e, também, fora da amostra (cf. Lattin, J.; Carrol, J., D.; Green, P., E., 2011).

8.6.1 A ressonância corporal predita pelos fatores *ansiedade* e *proximidade*

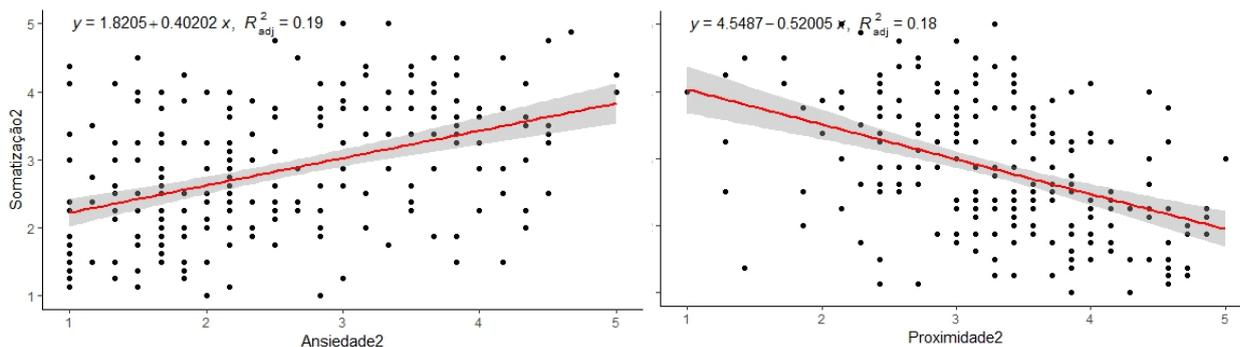
(Método paramétrico - F).

Após atender os pressupostos de normalidade (*Kolmogorov – Smirnov* = 0,0549; *p* - valor = 515), de heterocedasticidade (*Breusch – Pagan* = 1,51; *p* -valor = 0,471), de autocorrelação (*Durbin – Watson* = -0,0242; 2,04; *p* -valor = 0,746) e de colinearidade (*VIF de ansiedade* = 1,29 e *VIF de proximidade* = 1,29), foi realizado uma análise de regressão linear múltipla (método *enter*), com o objetivo de investigar em que medida os dois grandes fatores de apego (*ansiedade* e *proximidade*) impactam nos níveis de *ressonância corporal*. Os resultados demonstraram haver uma influência significativa dos fatores de apego na ressonância corporal ($F(2, 219) = 137,837$, *p* -valor < 0,001), sendo que o modelo foi capaz de explicar 25% desse impacto (R^2 ajustado = 0,251), no qual para cada ponto de *ansiedade* houve uma estimativa de 0,302 pontos sobre *ressonância corporal*, enquanto a variável *proximidade* obteve uma estimativa negativa de -0,290 pontos.

Tabela 12.

Medidas de ajustamento do modelo					Teste ao modelo global			
<i>Modelo</i>	<i>R2 ajustado</i>	<i>AIC</i>	<i>BIC</i>	<i>RMSE</i>	<i>F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>p-valor</i>
01	0,251	553	567	0,826	38,0	2	219	0,001

Coeficientes do modelo ressonância corporal.						
<i>Preditores</i>	<i>Estimativas</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>t</i>	<i>p-valor</i>	<i>Estimativas estandardizadas</i>	<i>Intervalo de Confiança a 95%</i>
Intercepto:	3,288	0,3642	9,03	0,001		
Ansiedade:	0,277	0,0605	4,57	0,001	0,302	0,172 0,432
Proximidade:	-0,349	0,0794	-4,40	0,001	-0,290	-0,420 -0,160



Nota: N. total 222.

8.6.2 A ressonância corporal predita pelos fatores ansiedade e proximidade (Método não paramétrico - H).

Após atender os pressupostos ($VIF = 1,285$ para a variável ansiedade e $1,285$ para proximidade), foi feita uma regressão logística ordinal (método *enter*), com o objetivo de investigar em que medidas os níveis de *ressonância corporal*, seriam previstas pelos fatores de classificação do estilo de apego (*ansiedade e proximidade*). O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2(2) = 67,8$; p -valor $< 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,0510$] e foi capaz de prever que para cada um ponto positivo para *ansiedade*, há 1,801 de chances de a pessoa pontuar positivamente em *ressonância corporal*. Já para a cada um ponto positivo de *proximidade*, há 0,466 de chances de a pessoa pontuar positivo em *ressonância corporal*.

Tabela 13.

Medidas de Ajustamento do Modelo					Teste ao Modelo Global		
Modelo	Desviância	AIC	BIC	R^2_{cs}	χ^2	gl	p-valor
1	1398	1464	1576	0,0510	67,8	2	0,001

Coeficientes do modelo - ressonância corporal						Intervalo de Confiança a 95%	
Preditor	Estimativas	Erro-padrão	Z	p-valor	Rácio das Chances	Lim. Inferior	Superior
Ansiedade	0,588	0,133	4,42	0,001	1,801	1,390	2,343
Proximidade	-0,763	0,172	-4,4	0,001	0,466	0,331	0,651

N. total = 222.

8.6.3 A ressonância corporal predita pelos fatores *close*, *dependence* e *ansiedade*.

Após atender os pressupostos (*VIF*: 1,123 para *close*; 1,365 para *dependence*; e 1,228 para *ansiedade*), foi feita uma regressão logística ordinal (método *enter*), com o objetivo de investigar em que medidas os níveis de *ressonância corporal*, seriam previstas pelos fatores de classificação do estilo de apego (*close*, *dependence* e *ansiedade*). O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2(3) = 57,1$; *p*-valor < 0,001; Nagelkerke $R^2 = 0,0429$] e foi capaz de prever que para cada um ponto positivo para *ansiedade*, há 2,040 de chances de a pessoa pontuar positivamente em *ressonância corporal*, sendo as outras variáveis não significativas.

Tabela 14.

Medidas de Ajustamento do Modelo					Teste ao Modelo Global		
<i>Modelo</i>	<i>Desviância</i>	<i>AIC</i>	<i>BIC</i>	R^2_{CS}	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i> -valor
1	1408	1476	1592	0,042 9	57,1	3	0,001

Coeficientes do modelo - ressonância corporal						Intervalo de Confiança a 95%	
<i>Preditor</i>	<i>Estimativas</i>	<i>Erro-padrão</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -valor	<i>Rácio das Chances</i>	<i>Lim. Inferior</i>	<i>Superior</i>
Close	-0,345	0,191	-1,81	0,070	0,708	0,486	1,03
Dependence	-0,368	0,204	-1,80	0,071	0,692	0,463	1,03
Ansiedade	0,713	0,133	5,38	0,001	2,040	1,576	2,65

N. total 222.

8.6.4 A ressonância corporal predita pelos estilos de apego.

Atendido os pressupostos (*VIF* = 1,0069 para *apego*) e a partir da variável *ressonância corporal* como ordinal, foi feita uma regressão ordinal (método *enter*), com o objetivo de investigar em que medidas os níveis de *ressonância corporal*, seriam previstas pelos estilos de apego (*seguro*, *dispensador*, *preocupado* e *temeroso*). O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2(3) = 48,2$; *p*-valor < 0,001; Nagelkerke $R^2 = 0,0363$] e foi capaz de prever que, em comparação ao estilo *seguro*, o estilo *temeroso* teve 10,31 mais chances de pontuar positivamente em *ressonância corporal*. O estilo *preocupado* obteve uma estimativa de 3,88 mais chances. Já o estilo *dispensador* não foi significativo (*p* - valor = 0,838).

Tabela 15.

Medidas de Ajustamento do Modelo					Teste ao Modelo Global		
<i>Modelo</i>	<i>Desviância</i>	<i>AIC</i>	<i>BIC</i>	<i>R²_{CS}</i>	<i>χ²</i>	<i>gl</i>	<i>p-valor</i>
1	1417	1485	1601	0,0363	48,2	3	0,001

Coeficientes do modelo - ressonância corporal						Intervalo de Confiança a 95%	
<i>Preditor</i>	<i>Estimativas</i>	<i>Erro-padrão</i>	<i>Z</i>	<i>p-valor</i>	<i>Rácio das Chances</i>	<i>Lim. Inferior</i>	<i>Superior</i>
Dispensador – Seguro	0,108	0,528	0,204	0,838	1,11	0,384	3,10
Preocupado – Seguro	1,356	0,283	4,792	0,001	3,88	2,240	6,80
Temeroso – Seguro	2,333	0,389	5,998	0,001	10,31	4,842	22,33

N. total = 222.

8.6.5 A ressonância corporal predita pelas variáveis insegurança e *coping* negativo.

Foi feita uma regressão ordinal (método *enter*), com o objetivo de investigar em que medidas os níveis de ressonância corporal seriam adequadamente previstas pela variável insegurança e pelo estilo de *coping* negativo. O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2(2) = 51,9$; p -valor < 0,001; Nagelkerke $R^2 = 0,0391$] e foi capaz de prever que para cada um ponto positivo de insegurança, há 4,985 de chances de a pessoa pontuar positivamente em ressonância corporal, enquanto para cada um ponto positivo para *coping* negativo, há 0,861 de chances, mas, sem significatividade (p -valor = 0,240).

Tabela 16.

Medidas de Ajustamento do Modelo					Teste ao modelo global		
<i>Modelo</i>	<i>Desviância</i>	<i>AIC</i>	<i>BIC</i>	<i>R²_{CS}</i>	<i>χ²</i>	<i>gl</i>	<i>p-valor</i>
1	1414	1480	1592	0,0391	51,9	2	0,001

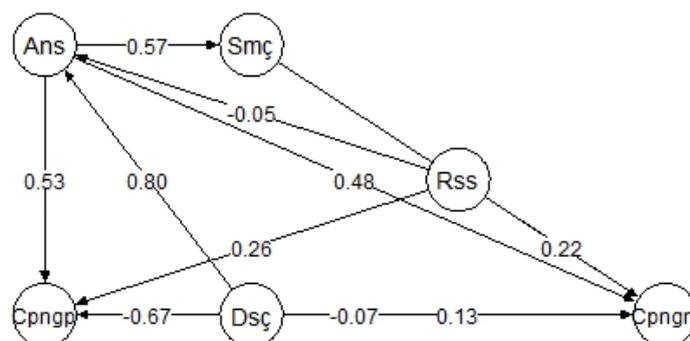
Coefficientes do modelo - ressonância corporal

<i>Preditor</i>	<i>Estimativas</i>	<i>Erro-padrão</i>	<i>Z</i>	<i>p-valor</i>	<i>Rácio das Chances</i>	<i>Intervalo de Confiança a 95%</i>	
						<i>Lim. Inferior</i>	<i>Superior</i>
Insegurança	1,606	0,230	6,98	0,001	4,985	3,191	7,87
Cp_negativo	-0,150	0,128	-1,17	0,240	0,861	0,669	1,10

N. total = 222

8.7 Modelagem por equações estruturais da pesquisa

Para a conclusão do estudo, foram feitos os cálculos de uma modelagem por equações estruturais do modelo proposto, a partir dos dados coletados dos três inventários principais: RESCORP, RAAS-18 e RCOPING-14. O modelo considerou as variáveis: ressonância corporal, resistência à proximidade, desconfiança, ansiedade, *coping* positivo e *coping* negativo. O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2 (728) = 1402,404$; *p*-valor < 0,001] e os valores de ajuste foram bons: *CFI* = 0,932; *TLI* = 0,928; *RMSEA* = 0,065 (IC 90%, 0,060 – 0,070); *SRMR* = 0,088. Seguem as estimativas das regressões:



Nota: Ans. = ansiedade; Smç. = ressonância corporal; Rss. = resistência à proximidade; Dsc. = desconfiança; Cpngp. = *coping* religioso positivo; Cpngn = *coping* religioso negativo.

9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentaremos, a seguir, os resultados mais significativos da pesquisa e, também, aqueles não significativos, portanto que tenham relação com a teoria na qual estamos trabalhando. Consideraremos, portanto, tanto os resultados positivos, como os negativos, comprovando ou não as teorias adotadas, visto que são de grande valor para a discussão científica (cf. Damásio, B., F.; Borsa, J., C., 2017).

9.1 Participantes

A amostra de 222 pessoas (117 homens e 105 mulheres) se caracterizou por: 90 jovens adultos (59 homens e 31 mulheres); 111 adultos intermediários (53 homens e 58 mulheres); e 21 adultos tardios (5 homens e 16 mulheres). Uma amostra bem distribuída em relação ao sexo, mas, nem tanto em relação à faixa etária, em sua maioria de adultos entre 40 e 65 anos. Quanto à cor da pele, 171 pessoas se declararam brancas; 48, pardas; e 3, pretas. Uma minoria de 7 pessoas se declarou com orientação sexual homoafetiva, sendo dentre eles, 2 mulheres jovens adultas bissexuais, 2 homens jovens adultos homossexuais, 3 mulheres adultas intermediárias homossexuais e 1 homem adulto tardio homossexual. Quanto ao estado civil, um subgrupo de 102 pessoas disse estar casado; outras 19 pessoas disseram estar namorando; e, 101 pessoas disseram estar solteiras. Dentre os solteiros, a maioria é de jovens adultos (*N.* 56) e de adultos intermediários divorciados (*N.* 37), os outros são adultos tardios viúvos (*N.* 8).

Um subgrupo de 75 pessoas disse não ter cursado faculdade; 5 pessoas disseram ter cursado apenas o fundamental; outras 63 pessoas disseram ter cursado apenas o ensino médio; e, 7, apenas o ensino técnico. Outro subgrupo de 147 pessoas disse ter concluído uma graduação, sendo que, dentre eles, 64 estavam cursando algum tipo de pós-graduação.

Um outro subgrupo de 31 pessoas disse estar desfrutando a aposentadoria; e outro, de 10 pessoas, disse estar estudando. Em relação ao trabalho e/ou emprego, 61 pessoas disseram estar trabalhando como autônomo; 89 pessoas disseram estar empregadas; outras 20, disseram estar dedicando a vida como religiosos consagrados numa instituição religiosa; e 11 pessoas disseram estar desempregadas.

Concluimos, portanto, que o público entrevistado é, em sua maioria, de pessoas de meia idade, ou seja, de adultos intermediários entre 36 e 65 anos, brancas, heterossexuais, graduadas e ativas no mercado de trabalho.

9.2 Resultados em relação à ressonância corporal

A ressonância corporal, como o próprio nome sugere, implicou na sensopercepção. Tratou-se da capacidade do sujeito em perceber suas próprias alterações somáticas, de modo especial, àquelas que causam sofrimento (cf. Vasconcellos, E., G., 1992). Somatizar todos somatizam e nem sempre isso implica em sofrimento, doença ou afecções somáticas atreladas aos mecanismos de defesa do ego, por isso, optamos por trabalhar com a ressonância corporal. O fato é que das emoções aos sintomas funcionais e às lesões, os “*estados afetivos são simultâneos e correspondentes às alterações funcionais nos órgãos... os estados afetivos são, na realidade, partes integrantes das modificações funcionais e estruturais dos órgãos... governadas pelo sistema neurovegetativo*” (cf. Engel, 1956, citado por Campos, Elisa Parahyba; Pardini, Fernando.; Rodrigues, Avelino Luiz, 2020).

Quanto a ressonância corporal, não houve grandes diferenças entre a mediana dos heterossexuais ($N. = 215$; $Md. = 2,63$) e homossexuais ($N. = 5$; $Md. = 2,88$), mas, em relação aos bissexuais, sim. Eles pontuaram mais alto em ressonância corporal ($N. = 2$; $Md. = 4,06$). Vale destacar também que, em outras variáveis ligadas à ressonância corporal, os homoafetivos tiveram pontuações mais altas do que os heterossexuais em ansiedade ($Hétero. = 2,17$; $Homo. = 3,33$; $Bi. = 4,0$), em insegurança ($Hétero. = 2,61$; $Homo. = 3,11$; $Bi. = 3,55$) e em *coping* negativo ($Hétero. = 1,71$; $Homo. = 2,0$; $Bi. = 2,36$). Faz-se importante dizer que, devido ao número reduzido de pessoas não heterossexuais, não foi possível fazer conclusões assertivas sobre essa análise.

Em relação à idade, contra o senso comum, os adultos tardios tiveram menor pontuação em ressonância corporal ($N. = 21$; $Md. = 1,88$) do que os adultos jovens ($N. = 90$; $Md. = 2,56$) e os adultos intermediários ($N. = 111$; $Md. = 3,0$). Essa diferença foi estatisticamente significativa na estatística do tipo ANOVA ($F (14,368; 35, 2116) = 4,2412$; $p - valor < 0,0336$), e apresentou baixo tamanho de efeito na comparação entre adultos tardios e jovens adultos ($ES = - 0,268$) e um moderado tamanho de efeito entre adultos tardios e adultos intermediários ($ES = - 0,429$). Além do mais, em relação às outras variáveis, a faixa etária não obteve significatividade.

A diferença entre homens e mulheres nas pontuações de ressonância corporal apareceu no teste U de *Mann-Whitney* de modo significativo ($U = 44, 37$; $p - valor < 0,001$). As mulheres pontuaram mais alto ($N. = 105$; $Md. = 3,25$) em relação aos homens ($N. = 117$; $Md. = 2,38$), porém, com baixo tamanho de efeito ($\epsilon^2 = 0,0578$). A diferença de sexos, fora essa diferença, não obteve significatividade em relação as outras variáveis.

Os estilos de apego seguro e o dispensador foram significativamente diferentes em relação aos estilos preocupado e temeroso, tal como mostrou o teste do tipo ANOVA ($F(23, 967; 37,079) = 16, 7145; p - \text{valor} < 0,001$). Pessoas classificadas como seguras ($N. = 118; Md. = 2,38$) e dispensadoras ($N. = 11; Md. = 2,63$) pontuaram mais baixo em ressonância corporal, enquanto preocupados ($N. = 65; Md. = 3,38$) e temerosos ($N. = 28; Md. = 3,75$) pontuaram mais alto. O tamanho de efeito foi moderado na comparação entre os estilos seguro e o preocupado ($ES = - 0, 499; p - \text{valor} < 0,05$) e entre os estilos dispensador e preocupado ($ES = - 0, 524; p - \text{valor} < 0,05$). O tamanho de efeito foi alto entre os estilos seguro e temeroso ($ES = - 0,887; p - \text{valor} < 0,001$) e entre os estilos dispensador e temeroso ($ES = - 0,912; p - \text{valor} < 0,001$).

A associação entre os estilos seguros e dispensadores tem uma explicação na teoria do quadrante do apego. Pessoas seguras e dispensadoras possuem uma visão mais positiva de si mesmas, enquanto preocupados e temerosos costumam ser mais negativos em relação a si mesmos. A autoestima, mesmo que narcisicamente defensiva, está associada a baixos níveis de ansiedade (cf. Mendes 2021).

Segundo a análise das comparações de grupos, adultos intermediários entre 40 e 65 anos, mulheres, bissexuais e pessoas com estilo de apego preocupado e temeroso tenderam a pontuar mais alto em ressonância corporal. Também vale destacar que nas comparações entre ressonância corporal e *coping* religioso, tanto o positivo quanto o negativo, os resultados não obtiveram significância. Em outros testes, porém, como na matriz de intercorrelações e na modelagem por equações estruturais, alguns valores foram encontrados dentro de uma significância adequada.

A variável *coping* positivo, na matriz de intercorrelações policóricas, se mostrou positivamente correlacionada com ansiedade ($r = 0,747; p - \text{valor} < 0,001$) e com insegurança ($r = 0,996; p - \text{valor} < 0,001$) e, também, negativamente correlacionada com a variável proximidade ($r = - 0,708; p - \text{valor} < 0,001$). Pessoas inseguras, ansiosas e resistentes à proximidade foram, justamente, aquelas que mais se utilizaram de estratégias religiosas para lidar com estressores nessa pesquisa.

9.2.1 Variáveis que mais impactam na ressonância corporal

Conforme a teoria da apego, dois são os fatores subjacentes à qualidade dos relacionamentos consigo e com os outros: a ansiedade e a proximidade. A combinação com o grau de ansiedade e o grau de facilidade para a proximidade, permitem ao

pesquisador classificar o apego de acordo com quatro estilos de apego: o estilo seguro (-Ans. e +Pro.), o dispensador (-Ans. e -Pro), o preocupado (+Ans. e +Pro) e o temeroso (+Ans. e -Pro).

Verificamos, por meio de pesquisas, se as variáveis ansiedade e proximidade, também estariam relacionadas com a ressonância corporal, visto que uma de nossas hipóteses foi a de pesquisar se o estilo de apego poderia prever o grau de ressonância corporal. Fizemos, por isso, dois testes com estas variáveis: um paramétrico e outro não paramétrico.

Após atender os pressupostos, foi possível realizar uma análise de regressão linear múltipla tendo a variável ressonância corporal como dependente e as variáveis ansiedade e proximidade como independentes (cf. Teixeira, 2018). Os resultados demonstraram haver uma influência significativa dos fatores de apego na ressonância corporal ($F(2, 219) = 137,837, p - \text{valor} < 0,001$), sendo que o modelo foi capaz de explicar 25% desse impacto ($R^2 \text{ ajustado} = 0,251$). Um bom tamanho de efeito, no qual para cada ponto de ansiedade houve a estimativa de 0,302 pontos sobre ressonância corporal, enquanto a variável proximidade obteve uma estimativa negativa de - 0,290 pontos.

O mesmo modelo foi submetido ao teste equivalente não paramétrico. De acordo com os resultados da regressão logística ordinal, calculada no RStudio, houve uma relação de impacto significativa entre as variáveis [$\chi^2(2) = 67,8; p - \text{valor} < 0,001$]. Porém, o modelo foi capaz de explicar apenas 5,1% da variável dependente (*Nagelkerke* $R^2 = 0,0510$), sendo que para cada um ponto positivo para ansiedade, houve 1,801 de chances de a pessoa pontuar positivamente em ressonância corporal [*Intervalo de Confiança (95%) entre 1,390 e 2,343*]. Já para a cada um ponto positivo de proximidade, houve 0,466 de chances [*IC (95%). 0,331 e 0,651*].

Diante desses resultados e visto que há uma correlação positiva ($r = 0,436; p - \text{valor} < 0,001$) entre ressonância corporal e ansiedade, bem como uma correlação negativa entre ressonância corporal e proximidade ($r = - 0,454, p - \text{valor} < 0,001$), concluímos que a ansiedade é um fator para que a pessoa tenha mais ressonâncias corporais ligadas aos mecanismos de defesa psíquico. Já a disposição para a proximidade, o contrário, se comportou como um fator protetivo em relação às ressonâncias corporais.

Na mesma lógica, foi feita uma regressão logística ordinal tendo ressonância corporal como variável dependente e as variáveis *close*, *dependence* e ansiedade como variáveis independentes. O modelo também foi significativo [$\chi^2(3) = 57,1; p - \text{valor} <$

0,001], porém, foi capaz de explicar apenas 4,29% da variável dependente (*Nagelkerke* $R^2 = 0,0429$).

Estatisticamente, a variável *close* não obteve relação nenhuma com ressonância corporal [IC (95%) 0,486 – 1,03; *p* – valor < 0,070], tão pouco a variável *dependence* [IC. (95%) 0,463 – 1,03; *p* – valor < 0,071]. Já a variável ansiedade, sim. Para cada um ponto positivo para ansiedade, houve 2,040 de chances de a pessoa pontuar positivamente em ressonância corporal [IC. (95%) 1,576 – 2,65; *p* – valor < 0,001]. Os resultados comprovaram, desse modo, o impacto que ansiedade pode ter na sensopercepção das ressonâncias corporais.

Também foi feita uma regressão logística ordinal tendo a variável ressonância corporal como dependente e a classificação dos estilos de apego como variável independente. O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2 (3) = 48,2$; *p* – valor < 0,001], mas conseguiu explicar apenas 3,63% da variável dependente [*Nagelkerke* $R^2 = 0,0363$]. Em comparação ao estilo seguro, o estilo temeroso obteve 10,31 chances de pontuar positivamente em ressonância corporal [IC. (95%) 4,842 - 22, 33; *p* – valor < 0,001], o estilo preocupado, 3,88 chances [IC. (95%) 2,240 – 6,80; *p* – valor < 0,001], e o estilo dispensador, 1,11 chances, porém, sem significância [IC. (95%) 0,383 – 3,10; *p* – valor < 0,838].

Os dados comprovam, desse modo, que a ansiedade é um fator para a ressonância corporal visto que os estilos de apego temeroso e preocupado, necessariamente, pontuam alto em ansiedade acima de 2,6, na escala *likert*, entre 1 e 5, para serem classificados como tais. Pessoas do estilo preocupado e do estilo temeroso pontuaram mais alto em ansiedade [*preocupados* (*N.* = 65): *Md.* = 3,33; *Temerosos* (*N.* = 28): *Md.* = 3,83], do que seguros e dispensadores [*seguros* (*N.* = 118): *Md.* = 1,67 e *Dispensadores* (*N.* = 11): *Md.* = 1,83]. Eles também pontuam mais alto em ressonância corporal [*Preocupados*: *Md.* = 3,38 e *Temerosos*: *Md.* = 3,75] do que seguros e dispensadores [*Seguros*: *Md.* = 2,38 e *Dispensadores*: *Md.* = 2,63].

Por fim, uma regressão logística ordinal foi feita tendo ressonância corporal como variável dependente e as variáveis insegurança e *coping* negativo como variáveis independentes. O modelo foi significativo [$\chi^2 (2) = 51,9$; *p* – valor < 0,001], porém, foi capaz de explicar apenas 3,39% da variável dependente (*Nagelkerke* $R^2 = 0,0391$). O modelo demonstrou que para cada um ponto positivo para insegurança, houve 4,985 de chances de a pessoa pontuar positivamente em ressonância corporal [IC. (95%) 3,191 –

7,87; p -valor $<0,001$]. Já a variável *coping* negativo não foi significativa e tão pouco teve algum impacto na variável dependente [IC. (95%) 0,669 - 1,10; p -valor $<0,240$].

Confirma-se, pois, que as estratégias de *coping* religioso não impactam linearmente, nem em ressonância corporal e tão pouco nos estilos de apego. Contudo, as pessoas mais ansiosas, com estilo preocupado e temeroso de apego, são aquelas que mais procuram o *coping* religioso de modo geral.

9.3 Resultados mais significativos da modelagem por equações estruturais

Nos cálculos da modelagem por equações estruturais, vale destacar alguns impactos interessantes. A ansiedade foi capaz de explicar a ressonância corporal, numa estimativa de 0,57 pontos, demonstrando que, em grande parte, a ressonância corporal se deve à ansiedade. Ela também foi capaz de impactar tanto no *coping* religioso positivo, em 0,53 pontos, como no *coping* religioso negativo, em 0,48 pontos. A ambivalência do *coping* religioso, em geral, confirma que as variáveis *coping* positivo e *coping* negativo são independentes e que as estratégias de *coping* ou confirmam a segurança emocional do sujeito ou compensam-na frente à própria insegurança.

A ansiedade, além do mais, foi o principal fator de impacto no modelo, sendo o *coping* religioso, tanto positivo quanto negativo, um recurso usado por pessoas com níveis moderados e altos de ansiedade. A ansiedade, no conjunto dos dados, pôde ser explicada pela desconfiança em relação aos outros, tal como foi demonstrado pelo impacto de 0,80 pontos. A baixa autoestima também explicou os altos níveis de ansiedade, tal como a teoria do apego afirmou em relação aos estilos preocupado e temeroso (cf. Mendes, 2021).

9.4 Discussão teórica

A teoria do apego pode ser interpretada na perspectiva de um *background* biopsicossocial homeostático comum, tal como propôs Damásio, visto que os vínculos se integram nas dinâmicas de regulação fisiológica, afetiva e social. Entenda-se regulação afetiva também como a capacidade de o sujeito, após um evento de maior intensidade emocional, lidar com o problema, com estratégias de *coping* adequadas, para se voltar a um estado de bem-estar físico e psicológico padrão. Os sentimentos e as narrativas das experiências do *self*, por exemplo, não raras vezes, remontam culturas de ambientes familiares de como lidar com problemas relacionais, visto que a qualidade afetiva do

ambiente social familiar apreendida é capaz de impactar nas crenças que o sujeito constrói sobre si mesmo e sobre os outros.

A formação de um estilo de apego estaria dentro das tarefas provenientes de um *self* autobiográfico, modulado pela linguagem e pelos significados atribuídos às crenças pessoais e sociais, na história de vida do sujeito. Os estilos de apego trazem, muitas vezes, subjacentemente, eventos não-verbais em linguagens corporais, capazes de fazer o sujeito reviver experiências psicoafetivas do ambiente familiar original e atual. Tal como vimos nos resultados psicométricos, os *modelos internos de funcionamento* do apego estão debaixo da ampla tenda dos afetos e geralmente são revividos em outros vínculos.

Existe uma dialética de experiências de apego antigas e novas, marcantes na vida do sujeito, porém, de caráter flexível e dinâmico. A vivência de novos vínculos de apego, com pessoas tão significativas quanto os pais, ou os primeiros cuidadores, também é capaz de promover uma remodelação interna das experiências afetivas e das crenças nucleares, embora as primeiras relações de apego tenham um impacto significativo na formação de um *modelo interno de funcionamento* e de um padrão de regulação afetiva. Tais *modelos internos de funcionamento* são o resultado desse processo de apresentação das experiências corporais ao cérebro e à mente, por um lado, e do *feedback* de ambos ao corpo, por outro. Além disso, na medida em que imagens sensoriais vão sendo associadas a estados somáticos e psicológicos, bem como a comportamentos, um *modus operandi* de reações e crenças também vai sendo formado.

As crenças, por sua vez, geram e reforçam estados psíquicos de segurança ou de insegurança, capazes de garantir ou não a integridade do *self*. Há evidências de elas estão ligadas diretamente aos *modelos internos de funcionamento* provenientes da qualidade das relações de apego construídas durante a vida da pessoa. As crenças também são capazes de gerar e reforçar um *modus operandi* coletivo, caracterizando uma cultura, e até mesmo uma prática religiosa, como pró - saudável ou não, em relação a saúde física e psíquica.

A religião é capaz de contribuir ou não para o bem-estar e a saúde das pessoas. Isso depende das dinâmicas do apego que a pessoa desenvolve com o sagrado e das crenças nucleares de como a pessoa se vê e vê os outros. As crenças oficiais de uma religião e os comportamentos religiosos instituídos, em si, geralmente, não oferecem perigo para a saúde física e mental. Por outro lado, a forma como são subjetivados tais crenças oficiais e comportamentos religiosos instituídos, servem tanto para compensar a insegurança afetiva, como para confirmar estados seguros e inseguros.

10 Conclusão

Iniciamos o estudo com as perguntas: Como o psicossoma – o eu corporal - é afetado pelas crenças? Como as crenças nucleares, formadas pelos conceitos e afetos a respeito de si mesmo e a respeito dos outros, são capazes de despertar ressonâncias corporais? Os sistemas de crenças religiosas contêm as crenças nucleares e revelam algo sobre a saúde física e mental? A qualidade da saúde psicológica é observada na qualidade dos estilos de apego e dos estilos de *coping*?

Existiram evidências psicométricas de que fatores internos, capazes de modular os estilos de apego, tais como a ansiedade e a disposição em se aproximar dos outros, tenham parte na modulação da sensopercepção das ressonâncias corporais. A consciência do psicossoma tem origens no sistema nervoso periférico e central e está implicada no *protossself* não consciente, no *self* propriamente dito, percebido pela consciência do aqui e agora, e no *self* autobiográfico, da consciência de si em meio aos registros mnêmicos das experiências de vida (cf. Damásio, A., 2018). A sensopercepção é, pois, uma expressão consciente do que ocorre no próprio corpo (cf. Levine, P., 2022), sendo alguns mecanismos de defesa do tipo somatizante da ordem do não consciente (cf. Campos, E., M., P.; Rodrigues, A., L., 2020). Tais mecanismos somatizantes provocam ressonâncias corporais que podem vir a ser sentidas e percebidas (cf. Vasconcellos, E., G., 1992).

Encontramos evidências de que os estilos de apego preocupado e temeroso foram preditores para altos escores em ressonância corporal, mas não o estilo inseguro dispensador. Pessoas do estilo dispensador, juntamente com pessoas do estilo seguro de apego, pontuaram mais baixo em ressonância corporal, com efeito e significatividade (cf. Tabela 10). Os estilos de apego seguro e dispensador têm em comum a positividade em relação a própria imagem. Inferimos, por outro lado, que a ressonância corporal, nas dinâmicas dos mecanismos de defesa do ego, tem correspondências com uma visão negativa de si mesmo, e, portanto, com a baixa autoestima capaz de gerar conflitos interiores e, por consequência, ansiedade (cf. Campos, E., M., P.; Rodrigues, A., L., 2020).

A insegurança, por sua vez, se apresentou, nos testes de regressão logística ordinal, na base dos estilos de apego preocupado, temeroso e dispensador, pela própria natureza do cálculo dessa variável (somatória dos pontos reversos de *close* e de *dependence*, mais os pontos de ansiedade). A ansiedade é a principal manifestação da insegurança e está na base dos estilos preocupado e temeroso (cf. Teixeira, 2019; Mendes, 2021), sendo ambos estilos

também relacionados ao desconforto somático, tal como se provou nas regressões (cf. Tabela 13 e 14).

A insegurança e a ansiedade, porém, não interferem estatisticamente, de forma linear, na forma como o sujeito escolhe suas estratégias religiosas para lidar com o *stress* e /ou o sofrimento. O *coping* religioso pode tanto confirmar ou compensar as demandas dos *modelos internos de funcionamento* em relação ao apego (cf. Kirkpatrick, L., A., 2016). Por conseguinte, o sagrado e o líder religioso, como figuras de apego, funcionam para o sujeito como objetos de compensação ou de confirmação frente a seus próprios estados de insegurança e/ou de ansiedade, ou dos próprios estados emocionais seguros (cf. Mikulincer, M.; Shaver, P., 2020).

Há quem use estratégias religiosas para confirmar a própria segurança emocional e há quem use dessas mesmas estratégias para reforçar a própria insegurança, mas encontramos evidências psicométricas, nesse sentido, apenas para o *coping* religioso positivo. Existiram correlações positivas entre a pontuação do *coping* religioso positivo e as pontuações para a ressonância corporal ($r = 0,453$; $p - \text{valor} < 0,001$), para a ansiedade ($r = 0,747$; $p - \text{valor} 0,001$), para insegurança ($r = 0,996$; $p - \text{valor} < 0,001$) e, também, correlações negativas em relação à proximidade ($r = -0,708$; $p - \text{valor} 0,001$). Esse resultado contraria o senso comum de que o *coping* religioso negativo deveria estar correlacionado positivamente com a ansiedade, a insegurança e a ressonância corporal, atrelada aos mecanismos de defesa. Já o *coping* religioso negativo não obteve significatividade em relação a ressonância corporal ($r = -0,03$; $p - \text{valor} = n.s$) e nem mesmo em relação a insegurança ($r = 0,125$; $p - \text{valor} = n.s$), tal como indicou a matriz de intercorrelações (cf. Tabela 7).

Por fim, em relação as variáveis de grupo, houve diferenças significativas na relação dos sujeitos com a ressonância corporal e o apego, de acordo com a faixa etária, o sexo e, também, a orientação sexual (cf. Tabelas 8 e 9). Mas os perfis religiosos de *coping* nem sempre tiveram concomitância com essas variáveis, tal como se mostrou nos testes pela não significatividade (cf. Tabela 15). Parece ser evidente que a espiritualidade, a religião e as estratégias de *coping* são vistas e vividas de formas diferentes pelas pessoas, independente se elas são mais seguras ou inseguras.

Concluimos que uma crença saudável de si mesmo, expressão de uma boa autoestima, e uma crença saudável frente as pessoas que nos cercam, são crenças capazes de promover o bem-estar, a saúde corporal e uma vivência espiritual/religiosa menos tensa. Criamos, por isso, um trocadilho com o ditado latino que diz *mens sana in corpore sano* afirmando que é possível viver *sana fide in corpore sano*, ou seja, viver uma fé que se correlaciona com a saúde não só espiritual, mas, também, física.

11 Referências bibliográficas

AINSWORTH., Mary D. S.; Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: B., M., Foss (Ed.). *Determinants of infant behavior*, vol. 4, pp. 113-136. London: Methuen.

AINSWORTH, Mary D., S. (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore: *Johns Hopkins University Press*.

AINSWORTH, Mary D., S.; BELL, Silvia M. (1970). Attachment, exploration and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. In: *Child Development*, vol. 41, n°1, pp. 49-67.

AINSWORTH., Mary D., S.; BLEHAR, M., C.; WATERS, E.; WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *DSM-V: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

ALCOCK, James (2018). *Belief: what it means to believe and why our convictions are so compelling*. New York: Prometheus.

ATKINSON & HILGARD; NOLEN-HOEKSEMA, Susan; FREDRICKSON., Barbara L.; LOFTUS, Geoff; WAGENAAR, Willem A (2012). *Introdução à psicologia*. São Paulo: Cengage.

BARTHOLOMEW, Kim; HOROWITZ, Leonard M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four - category model. In: *Journal of personality and social psychology*, vol 61, n° 2, pp. 226 – 244.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. (2007). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: Artmed.

VAN DEN BERGH, Bea R., H.; VAN DEN HEUVEL, Marion I.; LAHTI, Marius;

BRAEKEN, Marijke; DE ROOIJ, Susanne R.; ENTRINGER, Sonja; HOYER, Dirk; ROSEBOOM, Tessa; RÄIKKÖNEN, Katri; KING, Suzanne; SCHWAB, Matthias (2017). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: the influence of maternal stress in pregnancy. In: *Neurosciense biobehavioral reviews*, 2020, n°117, pp.26-64.

BRITTON, Ronald (1998). *Crença e Imaginação: explorações em psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

BOWLBY, John (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. In: *International journal of psycho-analysis*, vol. 21, pp. 1-25.

_____ (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. In: *International Journal of psycho-analysis*, vol. 25, pp. 107-127.

BOWLBY, John; FRY, Margery; Ainsworth, Mary; World Health Organization (1965). *Child care and the growth of love*. Harmondsworth: Penguin Books.

BOWLBY, John (1969). *Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, vol. 1, 2002.

_____ (1973). *Apego e perda: separação*, vol. 2. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1973). *Apego e perda: tristeza e depressão*, vol. 3. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1979). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BUSSAD, V., S., R; OTTA, E. (2005). *Escala de estilo de relacionamento: tradução da "Collins e Read adult scale from 1996"*. Unpublished manuscript.

CAMPOS, Elisa Maria Parahyba; RODRIGUES, Avelino Luiz (2020). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. In: *Psicologia da saúde – hospitalar*. Barueri: Manole.

CANAVARRO, Maria C.; DIAS, Pedro; LIMA, Vania S. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população Portuguesa. In: *Psicologia*. vol. 20, n° 1, pp. 155 – 186.

BONDESAN, Altino (1996). *São José de ontem e de hoje*. São José dos Campos: JAC gráfica e editora Ltda.

CRAIK, Kenneth (1943). *The nature of explanation*. Londres: Cambridge University Press, p. 123.

COLLINS, Nancy; READ, Stephen (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. In: *Journal of personality and social psychology*, vol. 58, n° 4, pp. 644-663.

_____ (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In: PERLMAN, D.; BARTHOLOMEW, Kim. (Orgs.). *Advances in personal relationships: attachment processes in adulthood*, vol. 5, pp. 53-90. London: Jessica Kingsley Publishers.

COLLINS, Nancy (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behavior. In: *Journal of personality and social psychology*, vol. 71, pp. 810- 832.

COLLINS, Nancy; SROUFE, L. A. (1999) Capacity for intimate relationships: a developmental construction. In: Furman, W.; Brown, B. B.; Feiring, C. (Orgs.). *The development of romantic relationships in adolescence*. New York: Cambridge University Press, pp. 125-147.

COLLINS, Nancy (2008). *Adult attachment scale*. Unpublished manuscript.

COZBY, Paulo (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Editora Atlas S. A.

DAMÁSIO, António (1994). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.

_____ (1999). *O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras.

_____ (2003). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras.

_____ (2018). *A estranha ordem das coisas: as origens biológicas dos sentimentos e da cultura*. São Paulo: Companhia das Letras.

_____ (2021). *Sentir e Saber: as origens da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; BORSA, Juliane Callegaro [organizadores] (2017). *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*. São Paulo: Vetor.

DICIONÁRIO MICHAELIS (2019). *Psicossoma*. Michaelis On line. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=Psicossoma>. Acesso em: 28 de Abril de 2023.

ENGEL, George (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In: *Science magazine*, vol. 196, n° 4286, pp. 129-136.

ESPERANDIO, Mary. R.; ESCUDERO, Fabiana T.; FERNANDES, Márcio; PARGAMENT, Kenneth (2018). Brazilian validation of the brief scale for spiritual/religious coping – RCOPE -14. In: *Religions*, vol. 31, n° 9.

EVANS. Subhadra; TSAO. Jennie C.I.; LU. Qian; KIM. Su C.; TURK. Norman; MYERS. Cynthia D.; ZELTZER. Lonnie K. (2009). Sex differences in the relationship between maternal negative life events and children's laboratory pain responsivity. In: *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, vol. 30. pp. 279 – 288.

FERREIRA, E., A., G.; VASCONCELLOS, E., G (1993). A Eficácia do modelo psiconeuroimunológico no tratamento de indivíduo HIV-soropositivos: inventário de ressonância corporal. In: II Congresso Interno de Psicologia da USP. 1993. São Paulo. In: *Anais do II Congresso de Psicologia da USP*. São Paulo: Universidade de São Paulo, vol. 1,

p. 1-1.

FREUD, S. (1894). As Neuropsicoses de Defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 49-65.

_____ (1915). A pulsão e suas vicissitudes. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. 14. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

_____ (1915 b.). O Recalque. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, vol.1. Rio de Janeiro: Imago. 1990.

_____ (1923). O ego e o Id. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. 19. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

FONAGY, P; TARGET, M. (1996). Playing with reality. In: *The international journal of psychoanalysis*, vol. 88, n° 4, pp. 917 -937.

_____ (1997). Attachment and reflective function: Their role in *self*- organization. In: *Development and psychopathology*, vol. 9, n° 4, pp. 679-700.

FONAGY, Peter (2000). Attachment and borderline personality disorder. In: *Journal of the american psychoanalytic association*, vol. 48, pp. 1129-1146.

HAZAN, Cindy; Phillip Shaver (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. In: *Journal of personality and social psychology*, vol. 52, n° 3, pp. 511-524.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. (2009). *Dicionário Houaiss de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

IZQUIERDO, Ivan (2018). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.

KANDEL, E., R. (2006). *In search of memory: The emergence of a new science of mind*. New York: W. W. Norton & Company.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T., M.; SIEGELBAUM, S., A. &

- HUDSPETH, A. J. (2013). *Principles of neural science*. New York: McGraw-Hill.
- KERNS, Kathryn A.; ABTAHI, Mahsa M. (2017). Attachment in middle childhood. In B. HOPKINS, Brian; GEANGU, Elena; LINKENAUGER, Sally (Eds.). In: *The Cambridge encyclopedia of child development*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 454- 458.
- KIRKPATRICK, Lee A. (2005). *Attachment, evolution and psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- KIRKPATRICK, Lee A.; GRANQVIST, Pehr (2016). Attachment and Religious Representations and Behavior. In: CASSIDY, Jude; SHAVER, Phillip R. (2016). In: *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. New York/London: The Guilford Press.
- KNAPP, Paulo (2004). *Terapia cognitivo- comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- LAZARUS, Richard S; FOLKMAN, Susan Folkman (1980). An analysis of *coping* in a middle-aged community sample. In: *Journal of health and social behavior*, vol. 21, pp. 219-239.
- _____ (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Baptiste (1967). *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Moraes.
- LEVINE, David M.; STEPHAN, David F.; SZABAT, Kathryn A. (2016). *Estatística: teoria e aplicações*. Rio de Janeiro: LTC, 2019.
- LEVINE, Peter A.; FREDERICK, ANN (2022). *O despertar do tigre: curando o trauma*. São Paulo: Summus editorial.
- LIKERT, Rensis (1932). A technique for the measurement of attitudes. In: *Archives of psychology*, vol 22, n°140, p. 55.
- MACCALLUM, Fiona; BRYANT, Richard A. (2013). A cognitive attachment model of

prolonged grief: integrating attachments. memory and identify. In: *Clinical psychology review*, vol. 33, n° 6, pp 713 – 727.

MAHLER, Margaret (1972). Rapprochement subphase of the separation-individuation process. In: *Psychoanalytic quarterly*, n° 41, pp. 487-506.

MAIN, M.; SOLOMON, J. (1986). Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In: BRAZELTON, T.B; YOGMAN. M.W. (Eds). *Affective development in infancy*. Norwood: Ablex Publishing, pp. 95-124.

McDOUGALL, Joyce (1989). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. 1991.

McWILLIAMS, Nancy (2005). *Diagnóstico psicanalítico: compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

MANNS. R., J.; SQUIRE, L., R. (2017). Declarative memory system: amnesia. In: BYRNE, J., H. (Orgs). *Learning and memory: a comprehensive reference*. Oxford: Academic Press, vol.1, pp. 71-86.

MENDES, Marco Aurélio (2021). *A clínica do apego: fundamentos para uma psicoterapia afetiva, relacional e experiencial*. Nova Hamburgo: Synopsys editora, 2021.

MIESEN, Bère M., L (1993). Alzheimer's disease: the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. In: *International journal of geriatric psychiatry*, vol. 8, n° 2, pp 147-153.

MIOT, H. A. (2017). Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. In: *Jornal vascular brasileiro*, vol. 16, n°2, pp. 88-91. Doi.org/10.1590/1677-5449.041117.

MOURA, M., L., S.; OLIVA, A., D.; VIEIRA, M., L; MACARINI, S., M.; MARTINS, G., F.; BRITTO, R. C. S.; SANTOS, I., C., C.; BUSSAB, V., S., R.; RIBEIRO, F., L.; OTTA, E. (2006). Tradução e adaptação para o português da escala de apego adulto de Collins & Read.

In: *Anais da XXXVI: reunião anual de psicologia*. Salvador, BA.

MOURÃO, C., A., Jr. & MELO, L., B., R. (2011). Integração de três conceitos: função executiva, memória de trabalho e aprendizado. In: *Psicologia: teoria e pesquisa*, vol. 27.

MYERS, David Guy (2014). *Psicologia Social*. São Paulo: Mc Graw Hill: Artmed.

PAIVA, Geraldo José (2022). *Psicologia da religião: uma introdução*. São Paulo: Edusp.

PAIVA, Geraldo José (2000). *A religião dos cientistas: uma leitura psicológica*. São Paulo: Loyola.

PARGAMENT, Kenneth (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.

PARGAMENT, Kenneth; FEUILLE, Margaret; BURDZY, Donna (2011). The brief RCOPE: current psychometric status of a short measure of religious *coping*. In: *Journal religions*, vol. 21, pp. 51–76.

PELL, G (2005). Uses and misuses of likert scales. In: *Medical Education*, vol. 39, n°5, p. 970.

POLAN, Jonathan; HOFER, Myron A. (2016). Psychobiological Origins of Infant Attachment and its role in development. In: CASSIDY, Jude; SHAVER, Phillip R. (2016). *Handbook of Attachment*, cap. 6, pp. 117 -132.

PURVES, D.; AUGUSTINE, G., J.; FITZPATRICK, D.; HALL, W., C.; LAMANTIA, A., S.; MCNAMARA, J., O.; WHITE, L., E. (2010). *Neurociências*. Porto Alegre: Artmed.

PUTH, MARIE – THERESE; NEUHÄUSER, MARKUS; RUXTON, GRAEME D. (2015). Effective use of Spearman's and Kendall's correlation coefficients for association between two measured traits. In: *Animal behaviour*, vol 102, pp. 77 – 84.

RAZALI, N., M.; WAH, Y., B. (2011). Power comparisons of shapiro - wilk, kolmogorov

smirnov, lilliefors and anderson – darling testes. In: *Journal of statistical modeling and analytics*, vol 2, n°1, pp. 21 -22.

RHEMTULLA, Mijke (2012). When can categorical variables be treated as continuous? In: *Psychological methods* (American Psychological Association), vol. 17, n° 3, pp. 354–373.

RODRIGUES, Avelino Luiz; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba; PARDINI, Fernando (2020). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. In: RODRIGUES, Avelino Luiz; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba; VILAÇA, Anali Póvoas Orico; PAULA MAGALHÃES, Barbara Subtil de; OLIVEIRA, Walter Lisboa (2020). *Psicologia da saúde – hospitalar: abordagem psicossomática*.

ROSENTHAL, Natalie L.; KOBAK, Roger. Assessing adolescents' attachment hierarchies: differences across developmental periods and associations with individual adaptation. In: *Journal of research on adolescence*, vol. 20, n° 3, pp. 678-706.

SELYE (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

SOLLERO-DE-CAMPOS, Flávia; WINOGRAD, Monah (2010). Eu sou meu corpo: o conceito de eu em Freud e de *self* em Damásio. In: *Natureza Humana* 12 (1): 133 – 162, jan. – jun. 2010.

SQUIRE, L. R.; KANDEL, E. R. (2003). *Memória: da mente às moléculas*. Porto Alegre, RS: Artmed.

TEIXEIRA, Rachel C., R.; FERREIRA, José H., B., P.; HOWAT-RODRIGUES, Anna B., C. (2019). Collins and Read revised adult attachment scale (RAAS) validity evidences. In: *Psico*, vol. 50, n° . 2.

TOMALSKI, Przemyslaw (2005). The origin of psychosomatic disorders in children: early relational trauma and the brain mechanism of affect regulation disorders. In: *Studia psychologiczne* (Psychological Studies), vol. 43, n° . 3, pp. 79-89.

VALLE, Edênio (1998). *Psicologia e experiência religiosa*. São Paulo: Loyola, 1998.

VASCONCELLOS, E.G (1992). AIDS e a morte psicossomática. In: PAIVA, V.S.F. org. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus.

_____ ; DE ROSE JUNIOR, Dante (1993). Projeto olímpico xerox-usp: psicologia do esporte. In: *Anais*. São Paulo: Ip-Usp, 1993.

_____ (2002). O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SEGER, Liliana. *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora*. São Paulo: Santos editora, pp. 137-159.

_____ (2007). Psiconeuroendocrinoimunologia. In: TEDESCO, Júlio; CURY, Alexandre Faisal. In: *Ginecologia psicossomática*. São Paulo: Ateneu, p. 42.

_____ (2013). A voz do corpo e o corpo da voz. In: Henrique; VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). *Anais*. 18º Congresso brasileiro de psicoterapias corporais. Curitiba/PR, 2013.

_____ (2017). Stress, coping, burnout, resiliência: troncos da mesma raiz. In: JUNIOR, Nelson da Silva; ZANGARI, Wellington (Org.). *A psicologia social e a questão do hífen*. São Paulo: Editora Edgard Blücher.

WALDINGER, R., J.; SHULZ, M., S.; BARSKY, A., J.; AHERN, D., K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. In: *Psychosomatic medicine*, vol. 68, pp. 129 – 135.

WATERS, Harriet. S.; WATERS, Everett. (2006). The attachment working model's concept: among other things, we build script-like representations of secure base experiences. In: *Attachment and human development*, vol 8, n°3, pp. 185-197. New York: Routledge.

VEZZÁ, Flora Maria Gomide; MARTINS, Emerson Fachin. Sensação, percepção, propriocepção? In: *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*, ano III, n° 15, jan/mar 2008.

WINNICOTT, Donald (1945). Primitive emotional development. In: *Through pediatrics to psychoanalysis: collected papers*. London: Tavistock.

_____ (1967). Mirror-role of mother and family in child development. In: P. Lomas (ed): *The predicament of the family: a psychoanalytical symposium*. London: Hogarth Press.

_____ (1971). Objetos e fenômenos transicionais. In: Winnicott, Donald. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994). *The CID-10: Classification International of mental and behavioral disorders*. Geneva: Author.

YOUNG, John Z. (1964). *A Model of the Brain*. Oxford University Press. USA.