



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

**A Relação entre Vinculação e Aliança Terapêutica:  
Uma Perspetiva dos Clientes**

Dissertação de Mestrado apresentado à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde.**

**Vanessa Isabel Dantas Faria**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

Janeiro 2026



**CATOLICA**

**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

## **A Relação entre Vinculação e Aliança Terapêutica: Uma Perspetiva dos Clientes**

Dissertação de Mestrado apresentado à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde.**

**Vanessa Isabel Dantas Faria**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Armanda**

**Gonçalves**

Co-Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Claúdia Dias**

## Resumo

Os padrões de vinculação, desenvolvidos a partir das primeiras experiências relacionais, influenciam a forma como os indivíduos se envolvem em relações interpessoais ao longo da vida, incluindo aquelas estabelecidas em contexto terapêutico. A aliança terapêutica, amplamente reconhecida como um fator central para o sucesso da psicoterapia, pode ser modulada pelo estilo de vinculação do cliente, influenciando a percepção de confiança, segurança e envolvimento no processo terapêutico. O presente estudo teve como objetivo investigar, a partir da perspectiva dos clientes, a relação entre diferentes estilos de vinculação e a qualidade da aliança terapêutica. Participaram no estudo 144 indivíduos, com idades compreendidas entre os 19 e os 60 anos ( $M = 34.43$ ;  $DP = 9.61$ ), que responderam a um questionário sociodemográfico, à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Cliente. No que respeita às variáveis pessoais, os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade da aliança terapêutica em função da frequência, duração e sistema em que os participantes realizaram psicoterapia. Adicionalmente, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na qualidade da vinculação de acordo com o estado civil, habilitações literárias e situação profissional. A relação entre a qualidade da vinculação e a qualidade da aliança terapêutica revelou-se positiva e estatisticamente significativa apenas para a dimensão Conforto com a proximidade e para a pontuação total da qualidade da vinculação. A análise das diferenças entre estilos de vinculação indicou que participantes com estilo de vinculação Amedrontado apresentaram níveis significativamente mais baixos de aliança terapêutica quando comparados com indivíduos com estilos Preocupado e Seguro. O modelo de regressão demonstrou ainda que a qualidade da vinculação constitui um preditor significativo da qualidade da aliança terapêutica, mesmo após o controlo de variáveis pessoais, como a frequência e o tempo de psicoterapia. No conjunto, os resultados salientam a proximidade emocional como um fator central na construção de alianças terapêuticas sólidas e eficazes. Embora algumas hipóteses tenham sido corroboradas, outras não obtiveram apoio estatístico, reforçando a necessidade de investigação futura que explore estes fenómenos em diferentes contextos e integrando variáveis adicionais.

*Palavras-chave:* vinculação adulta; aliança terapêutica; psicoterapia.

### **Abstract**

Attachment patterns, developed from early relational experiences, influence the way individuals engage in interpersonal relationships throughout life, including those established in a therapeutic context. The therapeutic alliance, widely recognized as a central factor for the success of psychotherapy, may be shaped by the client's attachment style, influencing perceptions of trust, security, and engagement in the therapeutic process. The present study aimed to investigate, from the clients' perspective, the relationship between different attachment styles and the quality of the therapeutic alliance. The study included 144 participants aged between 19 and 60 years ( $M = 34.43$ ;  $SD = 9.61$ ), who completed a sociodemographic questionnaire, the Adult Attachment Scale, and the Working Alliance Inventory – Client Version. With regard to personal variables, the results revealed statistically significant differences in the quality of the therapeutic alliance according to the frequency, duration, and therapeutic setting in which participants engaged in psychotherapy. Additionally, statistically significant differences were observed in attachment quality according to marital status, educational level, and employment status. The relationship between attachment quality and therapeutic alliance quality was positive and statistically significant only for the dimension Comfort with Closeness and for the total attachment quality score. Analysis of differences between attachment styles indicated that participants with a Fearful attachment style reported significantly lower levels of therapeutic alliance compared to individuals with Preoccupied and Secure attachment styles. The regression model further demonstrated that attachment quality is a significant predictor of therapeutic alliance quality, even after controlling for personal variables such as psychotherapy frequency and duration. Overall, the findings highlight emotional closeness as a central factor in the development of strong and effective therapeutic alliances. Although some hypotheses were supported, others did not receive statistical support, reinforcing the need for future research to explore these phenomena in different contexts and to include additional variables.

*Keywords:* adult attachment; therapeutic alliance; psychotherapy.

## Índice

<i>Introdução</i> .....	1
<i>1. Vinculação</i> .....	3
1.1 Teoria de Vinculação.....	3
1.2 Vinculação na Idade Adulta .....	5
1.3. Estilos de Vinculação nas Relações de Intimidade .....	7
1.4. Vinculação e Psicoterapia .....	8
<i>2. Aliança Terapêutica</i> .....	10
2.1 Aliança Terapêutica e Vinculação .....	14
<i>Método</i> .....	16
Problema de investigação .....	16
Objetivos da Investigação.....	16
Hipóteses.....	17
Desenho.....	18
Instrumentos.....	18
Procedimentos.....	21
<i>Resultados</i> .....	23
<i>Discussão</i> .....	44
<i>Conclusão</i> .....	49
<i>Anexos</i> .....	60

**Índice de anexos**

Anexo 1- Carta de Apresentação do Estudo.....	36
Anexo 2- Consentimento Informado.....	37
Anexo 3- Consentimento de Participação no estudo.....	40
Anexo 4- Questionário Sociodemográfico.....	42

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica

Tabela 2 – Caracterização clínica

Tabela 3 – Medidas descritivas relativas às Dimensões de Vinculação e Qualidade da Aliança Terapêutica

Tabela 4 – Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica em função do Sexo

Tabela 5 - Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica em função do Estado Civil

Tabela 6 - Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica em função das Habilitações Literárias

Tabela 7 – Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica função da Situação Profissional

Tabela 8 – Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica em função da frequência em Psicoterapia

Tabela 9 – Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica em função da Duração da Psicoterapia

Tabela 10 – Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica em função do Sistema onde Realiza Psicoterapia

Tabela 11 – Correlação entre Dimensões da Vinculação e Qualidade da Aliança Terapêutica

Tabela 12 – Ansiedade, Proximidade e Confiança como Preditores da Qualidade da Aliança Terapêutica

Tabela 13 – Diferenças na Qualidade da Aliança Terapêutica em função dos Estilos de Vinculação

**Lista de abreviaturas**

EVA- Escala de Vinculação do Adulto

IAT-C – Inventário de Aliança Terapêutica – versão cliente

SPSS- *Statistic Package for the Social Sciences*

## Introdução

A relação terapêutica tem sido amplamente reconhecida como um dos fatores mais determinantes para o sucesso da psicoterapia. A qualidade dessa relação, frequentemente designada por aliança terapêutica, depende de processos relacionais que envolvem colaboração, acordo e vínculo emocional entre cliente e terapeuta (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011).

Diversos fatores influenciam a formação e a manutenção da aliança terapêutica, sendo que, entre eles, os estilos de vinculação desempenham um papel crucial. Os estilos de vinculação, que se formam nas primeiras interações com os cuidadores primários, constituem modelos internos que moldam a forma como os indivíduos percebem as relações interpessoais ao longo da vida, incluindo a relação com o terapeuta (Mikulincer & Shaver, 2019).

A vinculação segura, caracterizada pela confiança no outro e pela maior abertura para a vulnerabilidade, está frequentemente associada a uma melhor qualidade da aliança terapêutica e a uma percepção mais positiva da empatia do terapeuta (Ciechanowski, 2020). Por outro lado, estilos de vinculação ansioso ou evitante podem dificultar a formação de uma aliança terapêutica eficaz, resultando em dificuldades nas interações terapêuticas (Gillath et al., 2020).

Para além dos estilos de vinculação, características pessoais, como o sexo, também parecem influenciar a experiência emocional na relação terapêutica. Neste prisma, estudos indicam que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de ansiedade na relação terapêutica do que o sexo masculino (Garakani et al., 2020; Mangolini et al., 2019), o que pode afetar a forma como os clientes percebem e constroem a aliança com o terapeuta.

No entanto, a literatura existente sobre como os diferentes estilos de vinculação influenciam a percepção da qualidade da aliança terapêutica têm, na sua maioria, focado a perspetiva do terapeuta, deixando uma lacuna no entendimento de como os próprios clientes percebem esses fatores (Horvath & Del Re, 2019).

A presente investigação pretende compreender como as experiências de vinculação dos clientes influenciam a forma como percebem e vivenciam a relação terapêutica. Para tal, propõe-se, numa primeira vertente descritiva, caracterizar os estilos de vinculação e a percepção da aliança terapêutica ao longo do processo psicoterapêutico, contribuindo para o conhecimento no contexto nacional. Numa segunda vertente, de carácter associativo, pretende-se analisar as relações entre as dimensões da vinculação adulta e a aliança

terapêutica, bem como explorar o papel de variáveis pessoais e contextuais, como sexo, idade, escolaridade, experiência prévia em psicoterapia e frequência das sessões, na experiência da relação terapêutica.

Este trabalho pretende, assim, contribuir para o entendimento de como as dinâmicas internas de vinculação afetam a experiência terapêutica dos clientes, oferecendo uma nova perspectiva para a construção de relações terapêuticas mais eficazes e sensíveis às necessidades individuais dos clientes (Zilcha-Mano & Muran, 2022).

## **1. Vinculação**

A vinculação representa o laço emocional duradouro que se estabelece entre o indivíduo e as suas figuras de referência, sendo essencial para o desenvolvimento afetivo, social e psicológico ao longo da vida. Este vínculo influencia a forma como a pessoa procura segurança, regula as emoções e constrói relações interpessoais significativas. Estudos recentes têm demonstrado que padrões de vinculação segura estão associados a maior resiliência e bem-estar emocional, enquanto estilos inseguros se relacionam com maior vulnerabilidade psicológica e dificuldades nas relações (Santaguida & Bergamasco, 2024; Vowels et al., 2022). A compreensão destas dinâmicas levou ao desenvolvimento da teoria da vinculação, que procura explicar a origem e o funcionamento destes laços afetivos ao longo do ciclo de vida.

### **1.1 Teoria de Vinculação**

A Teoria da Vinculação oferece uma perspectiva psicossocial sobre a forma como os seres humanos formam e mantêm relações ao longo da vida, destacando o papel fundamental dessas conexões no desenvolvimento emocional (Howe, 2011). Bowlby (1988) propõe que os indivíduos nascem com um sistema psicobiológico denominado sistema de vinculação, que os motiva a procurar proximidade com figuras capazes de oferecer segurança e proteção. Este sistema não só protege contra ameaças físicas e psicológicas, como também cria as condições para uma exploração do ambiente de forma confiante e saudável, desempenhando um papel crucial na regulação emocional (Marrone, 2022).

A Teoria da Vinculação tem sido amplamente aplicada como base conceitual na psicoterapia ao longo das últimas décadas. Esta abordagem teórica fornece uma estrutura explicativa que permite compreender os motivos pelos quais os clientes procuram tratamento, a relevância central do terapeuta para o sucesso terapêutico e a importância da qualidade da relação estabelecida durante o processo terapêutico (Obegi, 2008).

Tradicionalmente, segundo Bowlby (1982), a teoria tem-se centrado na relação entre a criança e o seu cuidador principal, enfatizando a necessidade inata das crianças de procurar segurança junto dessas figuras quando se sentem ameaçadas (Almeida, 2022). Durante a infância, os comportamentos de vinculação são cruciais para a sobrevivência e adaptação da criança, permitindo-lhe explorar o ambiente de forma segura e regular a proximidade com a figura de vinculação (Fearon et al., 2017). No entanto, Daniel (2006) observa que estes

comportamentos não são exclusivos da infância, mantendo-se ativos na adolescência e na vida adulta, sendo ajustados às exigências de cada fase.

Em momentos de ameaça, como referido por Ainsworth et al. (1978), os adultos também procuram a proximidade — real ou imaginada — de figuras com as quais estabeleceram uma relação de confiança. Quando estas figuras se mostram sensíveis e responsivas, desenvolve-se uma vinculação segura, promovendo relações interpessoais saudáveis e a integração social do indivíduo. Na ausência destas condições, podem surgir padrões de vinculação inseguros, frequentemente associados a dificuldades na regulação emocional, no desenvolvimento afetivo e nas interações interpessoais (Prigerson & Sekowski, 2022).

Bowlby (1988), ao aplicar a teoria da vinculação à psicoterapia, destacava que os clientes tendem a estabelecer relações com os seus terapeutas de forma semelhante às interações que tiveram com as suas figuras de vinculação na infância. O conhecimento sobre os padrões de vinculação dos clientes permite aos terapeutas ajustar o nível de proximidade ou distância terapêutica em função das necessidades de cada cliente (Obegi & Berant, 2009). Além disso, esse conhecimento ajuda os terapeutas a adaptar-se às exigências específicas e idiossincrasias de cada cliente. Bowlby (1988), ao aplicar a teoria da vinculação à psicoterapia, destacava que os clientes tendem a estabelecer relações com os seus terapeutas de forma semelhante às interações que tiveram com as suas figuras de vinculação na infância.

Alguns clientes chegam à psicoterapia com um histórico marcado por sentimentos de abandono, regulando as suas emoções através da dependência dos outros, experienciando ansiedade significativa quando estão sozinhos. Outros, por outro lado, evitam a dependência, receiam a intimidade e tendem a minimizar os seus sintomas ao longo do tratamento (Carneiro, 2024). Segundo o autor (2024), a capacidade de estabelecer uma vinculação segura com o terapeuta é crucial para o sucesso terapêutico, permitindo que o cliente tire o maior proveito do processo terapêutico. A criação dessa base segura facilita uma exploração mais aprofundada dos problemas do cliente e promove o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento. O conhecimento sobre os padrões de vinculação dos clientes permite aos terapeutas ajustar o nível de proximidade ou distância terapêutica em função das necessidades de cada cliente (Obegi & Berant, 2009). Além disso, esse conhecimento ajuda os terapeutas a adaptar-se às exigências específicas e idiossincrasias de cada cliente.

Dado que a exploração emocional na psicoterapia pode ser exigente e dolorosa, exigindo que o cliente confronte questões difíceis, recorde experiências esquecidas, enfrente

emoções intensas e lide com perplexidades ainda não resolvidas (Mikulincer & Shaver, 2007), é essencial que o terapeuta forneça uma base segura. Isso proporciona ao cliente a confiança necessária para se envolver na autoexploração. Por meio desse processo, o cliente pode confrontar memórias, desejos e sentimentos distorcidos, alcançar maior autoconhecimento, reformular seus modelos internos sobre si mesmo e os outros, e continuar seu crescimento pessoal (Bowlby, 2023), promovendo assim melhorias no bem-estar psicológico.

## 1.2 Vinculação na Idade Adulta

Ainsworth (1991) destacou o conceito de base segura como essencial na vinculação ao longo da vida. A autora enfatizou que uma relação de vinculação segura não oferece apenas suporte emocional no vínculo, mas também promove a autonomia e a competência do indivíduo em situações externas à relação (Schuengel e Fearon, 2021). Inspirando-se nos estilos de vinculação observados em crianças no estudo da Situação Estranha, realizado por Ainsworth et al. (1978), Bartholomew e Horowitz (1991) propuseram um modelo de vinculação na idade adulta. Este modelo baseia-se na interação entre os modelos internos do *self* e do outro, resultando em quatro estilos prototípicos de vinculação: seguro, preocupado, desinvestido e amedrontado (Sampaio, 2022).

De acordo com Bartholomew e Horowitz (1991), a dicotomia entre os modelos do *self* e do outro, nos polos positivo e negativo, permite a formação dessas quatro combinações sendo estes *Seguro*, *Preocupado*, *Desligado* e *Amedrontado*. Os indivíduos com estilo de vinculação *seguro* apresentam simultaneamente uma visão positiva de si e dos outros. Esta configuração traduz-se em baixos níveis de ansiedade e de evitamento perante a intimidade. Tendem a valorizar as suas relações íntimas, conseguindo preservá-las sem que isso comprometa a autonomia pessoal, sendo ainda frequente a coerência nas narrativas que constroem acerca das suas experiências relacionais (Sampaio, 2022).

Já os indivíduos com estilo de vinculação desligado apresentam um modelo positivo de si, mas negativo em relação aos outros. Este padrão leva-os a minimizar necessidades emocionais e sociais, negando de forma defensiva a procura de proximidade ou de relações íntimas. Do ponto de vista emocional e interpessoal, evidenciam baixos níveis de ansiedade, mas elevados níveis de evitamento, sustentados pelas expectativas negativas relativamente aos outros. Além disso, tendem a valorizar excessivamente a independência e a desvalorizar a importância dos vínculos íntimos, reforçando a percepção de mérito pessoal (Sampaio, 2022).

Por outro lado, os indivíduos com estilos preocupados e amedrontados partilham uma percepção negativa de si, acompanhada por sentimentos de desvalorização pessoal.

Os preocupados caracterizam-se por apresentar um modelo negativo de si, mas positivo dos outros, revelando elevados níveis de ansiedade e uma procura intensa de proximidade, ainda que com baixo evitamento. Já os amedrontados possuem modelos negativos tanto de si como dos outros: percebem-se como não merecedores de amor, manifestam elevados níveis de ansiedade e de evitamento e, apesar de desejarem intimidade, este desejo é inibido por receios relacionados com a rejeição ou perda. Em termos emocionais e relacionais, apresentam uma forte dependência dos outros, mas evitam o contacto próximo como estratégia de proteção contra potenciais experiências dolorosas (Gürsoy & Kemer, 2025; Rokach & Sha'ked, 2019).

Uma das diferenças mais destacadas na literatura entre a vinculação na infância e na idade adulta refere-se à natureza das relações. Enquanto nas relações infantis a vinculação é assimétrica, com o cuidador assumindo um papel predominante de provedor de segurança, nas relações adultas espera-se uma natureza recíproca, com igualdade de estatuto e a oportunidade de exercer poder de forma equilibrada (Canavarro et al., 2006; Matos, 2002). Nas relações de vinculação adulta, quando ajustadas, observa-se flexibilidade, com alternância entre os papéis de cuidar e ser cuidado, dependendo das demandas do contexto. Um adulto com vinculação segura sente-se confiante para enfrentar os desafios da vida e cumprir suas tarefas de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que serve como base segura para outras pessoas significativas. Ele também é capaz de procurar apoio emocional e segurança quando necessário (Andersson & Johnsson, 2023; Del-Vecchio & García-Cantón, 2018).

Face ao exposto, compreende-se que a vinculação segura permite reconhecer o papel essencial das experiências relacionais na construção de um senso interno de confiança e reciprocidade. No entanto, nem todos os indivíduos desenvolvem essa flexibilidade emocional e essa capacidade de alternar entre cuidar e ser cuidado. As diferentes trajetórias de desenvolvimento afetivo e as vivências interpessoais contribuem para a formação de distintos padrões de vinculação, que influenciam profundamente a forma como cada pessoa se envolve nas relações íntimas. Deste modo, torna-se pertinente explorar os estilos de vinculação nas relações de intimidade, procurando compreender como esses modelos internos moldam o modo de se relacionar, de expressar afeto e de lidar com a proximidade emocional.

### 1.3. Estilos de Vinculação nas Relações de Intimidade

Nos estudos sobre as relações íntimas como expressão do processo de vinculação, Hazan e Shaver (1987), Shaver e Hazan (1988) e Shaver et al. (1988) identificaram três estilos de vinculação na vida adulta: seguro, inseguro-ambivalente e inseguro-evitante. Estes estilos representam uma adaptação dos padrões observados por Ainsworth et al. (1978) no contexto da "Situação Estranha", ajustados ao desenvolvimento e às dinâmicas das relações interpessoais entre adultos (Shaver et al., 2021).

De acordo com as investigações de Hazan e Shaver (1987) e trabalhos subsequentes, os indivíduos com um estilo de vinculação seguro demonstram facilidade em estabelecer relações de proximidade e em lidar com a intimidade nelas envolvida. Essas relações, inseridas no contexto do sistema de prestação de cuidados, são caracterizadas pela reciprocidade, em que os papéis de cuidar e ser cuidado se alternam conforme as necessidades do relacionamento e as exigências do contexto (Shaver et al., 2021; Simpson & Rholes, 2017). Indivíduos com este estilo possuem uma visão positiva de si mesmos e sentem-se dignos de amor, o que contribui para a ausência de preocupações excessivas quanto à possibilidade de abandono por parte das suas figuras de vinculação. Em situações de adversidade, essas figuras são percebidas como uma base segura, sensíveis e responsivas às suas necessidades, proporcionando conforto e apoio emocional (Fraley, 2019).

Indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-ansioso ou ambivalente enfrentam desafios significativos na gestão da proximidade com as suas figuras de vinculação. Embora estejam plenamente conscientes da sua necessidade de maior proximidade emocional, vivem com o receio constante de que esse desejo possa resultar no afastamento ou na perda do afeto das figuras significativas. Como consequência, esses indivíduos frequentemente estabelecem relações marcadas por assimetrias no sistema de cuidados, assumindo papéis de cuidador ou receptor de cuidados de forma quase compulsiva. Essa dinâmica interpessoal, por sua vez, tende a carecer de flexibilidade emocional e cognitiva, dificultando a alternância equilibrada entre os papéis de cuidar e ser cuidado no relacionamento (Shaver et al., 2021).

O estilo de vinculação inseguro-evitante é caracterizado pelo desconforto dos indivíduos em relação à proximidade e à intimidade nas relações com figuras significativas. Esses indivíduos tendem a demonstrar dificuldades em confiar nos outros, uma vez que percebem as figuras de vinculação como pouco responsivas ou insensíveis em momentos de adversidade. Como resultado, evitam tanto o ato de cuidar quanto o de serem cuidados, considerando estas dinâmicas como formas de dependência indesejável e ameaçadora para a

sua autonomia emocional. Esse padrão de comportamento reflete a crença de que a intimidade e a dependência podem gerar vulnerabilidade e potencial rejeição, o que os leva a evitar relações próximas e intimistas (Shaver et al., 2021).

Estes estilos de vinculação, frequentemente observados nas relações interpessoais da vida adulta, também podem emergir no contexto terapêutico. No processo psicoterapêutico, as dinâmicas de vinculação entre terapeuta e cliente podem refletir esses mesmos estilos, influenciando a interação e a eficácia do tratamento (Martins, 2015).

#### **1.4. Vinculação e Psicoterapia**

Diversos estudos têm explorado a importância da vinculação no contexto psicoterapêutico, especialmente no que diz respeito à ativação do sistema de vinculação nos adultos. Quando o indivíduo percebe uma ameaça ou se encontra numa situação de angústia, o seu sistema de vinculação é acionado, o que faz com que ele procure apoio psicológico como uma forma de alívio e regulação emocional (Izaki & Hasegawa, 2024; Messina et al., 2024).

Segundo Bowlby (1988), a capacidade do cliente em beneficiar da psicoterapia está diretamente relacionada à sua habilidade em estabelecer uma ligação segura com o/a terapeuta. Isso permite que o cliente aprenda a confiar no terapeuta durante momentos desafiadores, criando uma base sólida para explorar problemas atuais e desenvolver novas estratégias de enfrentamento. Bowlby (1988) sugere que o terapeuta deve ser, ele próprio, uma base segura — uma figura disponível e responsiva que oferece segurança ao cliente. Em psicoterapia, o processo de exploração é doloroso, pois envolve revisitar experiências passadas, confrontar emoções intensas, reconhecer medos profundos e lidar com sistemas de defesa consolidados (Mikulincer & Shaver, 2007).

Nesse contexto, segundo Bowlby (1988) e Wallin (2007), o terapeuta não deve ser apenas um intérprete das experiências do cliente, mas também um facilitador, criando uma sensação de segurança no relacionamento terapêutico. Essa sensação de segurança, semelhante à que uma criança experimenta com suas figuras de vinculação na infância, favorece a exploração e o crescimento no processo terapêutico (Marmarosh et al., 2024). Segundo Sagone et al. (2023), clientes com estilos de vinculação inseguros apresentam menor bem-estar psicológico, menor resiliência e menor flexibilidade emocional, enquanto clientes com vinculação segura demonstram maior autonomia, melhores habilidades interpessoais e maior capacidade de adaptação. Estes resultados sugerem que a criação de uma base segura

na psicoterapia pode aliviar sofrimento imediato, bem como favorecer o desenvolvimento de competências emocionais e sociais mais adaptativas.

Além disso, a literatura aponta que a compreensão do estilo de vinculação do cliente pode influenciar diretamente a aliança terapêutica e os resultados do tratamento. Slade (2019), no seu estudo, evidenciou que conhecer os padrões de vinculação do cliente e do terapeuta permite ajustar intervenções, lidar com transferência e contratransferência, e selecionar abordagens clínicas mais adequadas, favorecendo um envolvimento terapêutico mais sólido. De forma complementar, Talia et al. (2019) destacaram que a observação das dinâmicas de vinculação durante as sessões possibilita intervenções personalizadas, promovendo exploração emocional segura e facilitando a internalização de novos padrões relacionais. Estes resultados articulam-se diretamente com a proposta de Bowlby (1988) e Wallin (2007), ao enfatizar que o vínculo terapêutico seguro constitui a base para transformação e experimentação de novas formas de relacionamento.

Obegi e Berant (2009) afirmam que os/as clientes recorrem ao consultório terapêutico para explorar e experimentar novas formas de se relacionar com o mundo. Quando as suas formas habituais de interação encontram uma resposta positiva, caracterizada pela aceitação e cuidado do terapeuta, torna-se possível investigar formas alternativas de se perceber e se relacionar com os outros. Esse processo permite que o cliente se beneficie da base terapêutica segura, aprofundando a compreensão sobre os relacionamentos de vinculação passados e presentes e, ao mesmo tempo, experimentando novos padrões relacionais mais adaptativos. Inicialmente, isso ocorre com o terapeuta, mas, se a experiência terapêutica for bem-sucedida, esses novos padrões podem ser transferidos para o "mundo real" com outras pessoas.

Nesse contexto, Bowlby (1988, como citado em Carneiro, 2024) delinea cinco tarefas essenciais para a psicoterapia, que visam alcançar os objetivos mencionados: (a) estabelecer uma base segura, proporcionando ao cliente um forte sentimento interno de confiança, cuidado e apoio, permitindo-lhe explorar o mundo e seus conteúdos mentais de forma mais completa e segura; (b) explorar as experiências passadas de vinculação; (c) investigar a relação terapêutica e sua ligação com os relacionamentos do mundo real; (d) vincular experiências passadas com as atuais; e (e) revisar os modelos internos dinâmicos, auxiliando os/as clientes a pensar, sentir e agir de novas maneiras.

Dessa forma, os terapeutas não apenas oferecem uma base segura para a exploração, mas também desempenham papéis fundamentais, conforme os critérios de Bowlby (1969/1982, 1973) sobre as figuras de vinculação. Os terapeutas são percebidos pelos clientes

como "mais sábios/as e mais fortes", atuando para garantir a sobrevivência psicológica do cliente. Além disso, eles são os principais alvos do comportamento de vinculação, ou seja, procurados preferencialmente em momentos de necessidade. Essas figuras de vinculação geram um intenso afeto ao longo de todo o ciclo da relação terapêutica, desde sua formação até a eventual ruptura, renovação e perda (Farber & Metzger, 2009).

A singularidade do conceito de base segura não reside apenas nas suas características fundamentais, mas no que sua aplicação pode oferecer. Ela possibilita uma exploração mais profunda do self em relação aos outros, resultando na reformulação de modelos antigos e desadaptativos do self e dos outros. Isso leva à construção de representações mais seguras e positivas, bem como a padrões comportamentais mais adaptativos (Pârvan, 2017).

Além disso, é fundamental que o/a terapeuta tenha acesso à história de desenvolvimento do/a cliente, especialmente no que se refere às principais figuras de vinculação, à responsividade ou insensibilidade dessas figuras, a eventuais perdas e aos padrões de vinculação que daí resultam. Esse conhecimento permite não apenas uma compreensão mais profunda da trajetória desenvolvimental do cliente, mas também oferece orientações para o direcionamento da terapia, particularmente no que se refere à construção da aliança terapêutica (Harris, 2004). A consideração e adaptação ao estilo de vinculação do cliente representa uma variável importante para facilitar a criação de uma aliança terapêutica positiva (Kietabl, 2012).

De forma semelhante, o terapeuta desempenha um papel crucial no processo psicoterapêutico, sendo essencial que ele esteja ciente de sua própria vinculação (Talia et al., 2018). O conhecimento sobre a organização de vinculação do terapeuta permite avaliar sua disponibilidade emocional para atuar como uma base segura, como ele/a regula suas próprias emoções e as do cliente durante o processo terapêutico, como lida com desafios relacionais e com as dinâmicas do processo, além de como se prepara para o término da relação terapêutica, promovendo a autonomia e a generalização da relação além do contexto terapêutico (Matos, 2011).

## **2. Aliança Terapêutica**

A aliança terapêutica é uma temática central no âmbito da psicoterapia e refere-se ao vínculo estabelecido entre o terapeuta e o cliente, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para a exploração e o crescimento psicológico (Sequeira, 2022). Segundo Lambert e Barley (2001), a relação terapêutica constitui um dos fatores fundamentais na prática psicoterapêutica, sendo essencial para o processo terapêutico. Dentro da abordagem de Carl

Rogers, criador da abordagem centrada na pessoa, a relação terapêutica baseia-se em três características essenciais: empatia, congruência e aceitação incondicional (Marques Stenze, 2021). Essas qualidades são vistas como indispensáveis para que o cliente se sinta confortável para explorar suas questões internas de forma autêntica.

Na literatura, uma das definições mais utilizadas para descrever a aliança terapêutica é a de Bordin (1979), que propõe que a aliança é composta por três componentes principais: a ligação entre o profissional e o cliente, a concordância nos objetivos do processo terapêutico e o acordo sobre as tarefas/estratégias da terapia (Gheno, 2022). A aliança terapêutica tem sido reconhecida como o fator comum mais investigado na literatura científica, devido ao seu papel curativo no processo terapêutico. Essa relação cria um espaço seguro para que os clientes lidem com frustrações e conflitos, ao mesmo tempo em que promove estratégias de resiliência, tolerância ao stress e habilidades para resolução de problemas (Nahum, 2019).

Estudos demonstram consistentemente que a qualidade da aliança terapêutica é um preditor significativo dos resultados terapêuticos (Ramos, 2008). Diversas abordagens teóricas, como a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental, têm contribuído para a compreensão desse aspeto. Freud, por exemplo, enfatizou a importância da transferência de sentimentos e emoções do cliente para o terapeuta como um elemento central na relação terapêutica, permitindo que as dinâmicas inconscientes sejam trabalhadas (Bastos & Bastos, 2021). Já na terapia cognitivo-comportamental, a aliança terapêutica é vista como uma parceria colaborativa entre o terapeuta e o cliente, com o objetivo de identificar e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais. A empatia do terapeuta e sua capacidade de fornecer apoio também são essenciais nesse modelo (Gil, 2023).

A relação terapêutica é influenciada por diversos fatores, como a personalidade e estilo do terapeuta, as características individuais do cliente, a natureza do problema apresentado, o contexto cultural e as expectativas mútuas (Gil, 2023). Esses fatores podem impactar a maneira como a aliança terapêutica é estabelecida e mantida ao longo do processo terapêutico.

No contexto da aliança terapêutica, as características individuais dos clientes desempenham um papel crucial na qualidade da relação estabelecida com o terapeuta. Um fator importante que influencia essa relação é o conforto com a proximidade nas interações interpessoais. Indivíduos com estilos de vinculação mais seguros, caracterizados por maior conforto com a proximidade, tendem a criar vínculos mais fortes e eficazes com os terapeutas, o que facilita o processo terapêutico (Mikulincer & Shaver, 2007). Esse conforto

com a proximidade promove uma comunicação mais aberta, maior colaboração e um maior compromisso do cliente com a terapia, resultando em uma aliança terapêutica de maior qualidade. Por outro lado, aqueles com estilos de vinculação inseguros, que podem sentir desconforto com a proximidade emocional, enfrentam mais dificuldades em estabelecer esse vínculo, o que pode afetar negativamente a eficácia da terapia (Noutchie, 2024). Estudos empíricos corroboram essa ideia, mostrando que o conforto com a proximidade está positivamente associado à qualidade da aliança terapêutica e, conseqüentemente, aos resultados terapêuticos positivos (Cuijpers et al., 2019).

A confiança mútua entre o terapeuta e o cliente é um elemento central na construção de uma aliança terapêutica eficaz. De acordo com Mikulincer e Shaver (2007), a confiança nos outros desempenha um papel crucial no fortalecimento da aliança terapêutica, promovendo maior compromisso e colaboração do cliente no processo terapêutico. Quando o cliente confia no terapeuta, sente-se mais seguro para se abrir e explorar questões sensíveis, o que favorece o progresso na terapia. A confiança, como um componente da vinculação, permite que o cliente se envolva ativamente nas tarefas terapêuticas e nas estratégias propostas pelo terapeuta, resultando em uma colaboração mais eficaz. Por outro lado, a falta de confiança nos outros pode prejudicar o vínculo terapêutico, tornando mais difícil para o cliente se comprometer com o processo terapêutico (Noutchie, 2024). Estudos demonstram que altos níveis de confiança nos outros estão positivamente associados à qualidade da aliança terapêutica, especificamente nas dimensões de compromisso e colaboração, impactando diretamente o sucesso do tratamento (Wampold, 2015).

Estudos sugerem que clientes com altos níveis de ansiedade tendem a perceber a aliança terapêutica de forma menos favorável (Del Re et al., 2024; Tasca et al., 2015). A ansiedade pode interferir na capacidade do cliente de se envolver plenamente na terapia, prejudicando sua interação com o terapeuta e afetando a sua percepção de apoio e confiança. Mikulincer e Shaver (2007) indicam que a ansiedade elevada pode levar os clientes a sentirem-se inseguros ou desconfortáveis com o processo terapêutico, o que compromete o compromisso e a colaboração, elementos fundamentais para o sucesso da terapia. Por outro lado, clientes com baixos níveis de ansiedade geralmente apresentam maior disposição para confiar no terapeuta e se engajar nas tarefas terapêuticas, o que resulta em uma percepção mais positiva da aliança terapêutica (Cuijpers et al., 2019). Assim, a ansiedade pode atuar como um moderador na construção da aliança terapêutica, afetando diretamente o grau de

comprometimento e a colaboração do cliente no processo de tratamento (Horvath et al., 2011).

A empatia do terapeuta tem sido amplamente reconhecida como um dos fatores-chave na formação de uma aliança terapêutica eficaz. A percepção de empatia por parte do cliente está positivamente associada a uma maior qualidade da aliança terapêutica, refletindo-se em um maior envolvimento e compromisso do cliente no processo terapêutico (Cuijpers et al., 2019). Estudos recentes têm mostrado que, quando os clientes percebem que o terapeuta está genuinamente envolvido em entender suas emoções e experiências, isso aumenta sua confiança no processo e seu nível de participação ativa nas sessões (Gil, 2023). Além disso, essa relação entre empatia e aliança terapêutica parece ser mais pronunciada em clientes com vinculação segura. Indivíduos com esse estilo de vinculação tendem a ser mais receptivos à empatia do terapeuta, o que facilita a criação de um vínculo forte e duradouro (Mikulincer & Shaver, 2007). Em contraste, clientes com vinculação insegura podem ter dificuldades em confiar totalmente no terapeuta e em aceitar sua empatia, o que pode resultar em menor envolvimento no processo terapêutico e em uma aliança terapêutica menos eficaz (Noutchie, 2024).

No mesmo sentido, importa referir que a aliança terapêutica decorre, essencialmente, da empatia sentida por parte do profissional, pelo que estes dois fatores comuns revelam-se ingredientes fundamentais para o alcance de resultados terapêuticos satisfatórios (Noutchie, 2024). Cuijpers et al. (2019) defendem que uma aliança terapêutica forte pode levar a uma maior inteligência emocional, contribuindo para que os clientes enfrentem as emoções desagradáveis, os medos e os problemas. Contudo, níveis elevados de ansiedade nos clientes podem interferir na percepção da empatia do terapeuta, dificultando a construção de uma relação terapêutica sólida. Estudos recentes sugerem que, em contextos de maior ansiedade, os clientes tendem a experienciar dificuldades na interpretação de comportamentos empáticos por parte do terapeuta, o que pode comprometer as dimensões de compromisso e colaboração da aliança terapêutica. Quando a ansiedade se intensifica, é frequente que o cliente desenvolva uma hipervigilância relacional e uma tendência para interpretar as respostas do outro de forma ambígua ou até ameaçadora (Newman et al., 2016; Tzur Bitan et al., 2021). Estas distorções perceptivas reduzem a sensação de segurança na relação e dificultam o estabelecimento de confiança, abertura emocional e cooperação no processo terapêutico (Mallinckrodt & Jeong, 2015). De igual modo, estudos longitudinais têm demonstrado que níveis elevados de ansiedade estão associados a uma menor percepção de empatia e a alianças

terapêuticas mais frágeis, sobretudo nas fases iniciais do acompanhamento (Marziali & Alexander, 2020; Nordgreen et al., 2024). Assim, torna-se fundamental que o terapeuta adote uma postura sensível, coerente e sintonizada com o ritmo emocional do cliente ansioso, criando gradualmente as condições necessárias para o desenvolvimento de confiança, colaboração e vinculação terapêutica genuína.

Além do exposto, a qualidade da aliança terapêutica impacta diretamente o cumprimento das tarefas terapêuticas propostas ao cliente, sugerindo que clientes que percebem uma boa aliança terapêutica, tendem a seguir mais consistentemente as tarefas designadas e a investir no processo terapêutico (Krupnick, 2006). De facto, estudos empíricos recentes têm vindo a destacar a centralidade da percepção do cliente na compreensão da aliança terapêutica e dos seus efeitos no processo psicoterapêutico. Stefana et al. (2024), num estudo com 700 pacientes adultos, concluíram que a percepção positiva da aliança, da relação real com o terapeuta e das reações afetivas positivas durante as sessões foi um dos preditores mais fortes da qualidade das sessões, sendo a aliança terapêutica a variável com associação mais robusta. De forma semelhante, Videtta et al. (2025) demonstraram que, em pacientes com perturbação depressiva major, a percepção do cliente acerca da aliança terapêutica constitui um dos preditores mais poderosos de melhoria clínica, superando as avaliações feitas por terapeutas ou observadores externos. Estes resultados convergem com as conclusões de Bachelor (2011), que mostrou que a percepção da aliança por parte do cliente está mais fortemente associada ao progresso e aos resultados terapêuticos do que as percepções do terapeuta. Na mesma linha, Stubbe (2018), numa revisão de literatura abrangente, reforça que a avaliação da aliança feita pelo cliente é, de forma consistente, o indicador mais fiável do sucesso terapêutico, confirmando o papel da aliança percebida como elemento fundamental da eficácia da psicoterapia.

## **2.1 Aliança Terapêutica e Vinculação**

A aliança terapêutica é amplamente reconhecida como um dos fatores mais determinantes para o sucesso da psicoterapia, sendo definida pela colaboração mútua, confiança e estabelecimento partilhado de metas entre terapeuta e cliente (Horvath & Greenberg, 1989). A literatura destaca que a qualidade desta aliança depende, em grande medida, dos estilos de vinculação de ambos os intervenientes, dado que estes moldam a forma como as relações interpessoais são iniciadas, percebidas e mantidas (Mikulincer & Shaver, 2007).

Diversos estudos têm demonstrado que os estilos de vinculação de clientes e terapeutas influenciam significativamente a aliança terapêutica e, por consequência, os resultados da psicoterapia (Strauss et al., 2006; Smith et al., 2010; Degnan et al., 2016; Reiner et al., 2016; Levy et al., 2018; Levy & Johnson, 2019). Em linha com a teoria da vinculação, clientes com estilos de vinculação seguros tendem a envolver-se mais ativamente no processo terapêutico e a apresentar maior cumprimento do tratamento (Dozier, 1990). Além disso, revelam maior compromisso emocional e maior abertura à ajuda disponibilizada pelo terapeuta (Korfmacher et al., 1997).

Em contraste, padrões inseguros de vinculação têm sido associados a maiores dificuldades na formação e manutenção da aliança terapêutica. Eames e Roth (2000) demonstraram que a vinculação amedrontada se relaciona negativamente com a qualidade da aliança, enquanto a vinculação segura se associa positivamente, reforçando o papel dos modelos internos de vinculação na forma como os clientes constroem e percebem a relação terapêutica.

Para além dos aspetos relacionados com o cliente, a vinculação do terapeuta assume igualmente um papel determinante. A revisão sistemática e meta-análise conduzida por Marín-Cavestany et al. (2025) evidenciam que terapeutas com uma organização de vinculação segura estabelecem alianças mais eficazes, caracterizadas por maior confiança e colaboração. Os autores verificaram ainda que a vinculação do terapeuta pode moderar o impacto do estilo de vinculação do cliente, permitindo que terapeutas seguros gerem de forma mais eficaz clientes com perfis ansiosos ou evitantes, promovendo uma aliança mais robusta.

No que respeita às características pessoais, alguns estudos apontam diferenças relevantes relacionadas com o sexo. Ioannidis (2023) identificou que os homens tendem a apresentar níveis inferiores de ansiedade de vinculação, enquanto as mulheres revelam valores significativamente mais elevados. No entanto, a evidência permanece inconclusiva. Prusiński (2023), por exemplo, não encontrou efeitos significativos de variáveis demográficas — como sexo, idade, escolaridade ou estado relacional — na qualidade da aliança terapêutica, sugerindo que estes fatores podem não constituir marcadores fiáveis desta dimensão relacional.

Apesar do crescente corpo de investigação, persistem lacunas relevantes na literatura. A maior parte dos estudos tem privilegiado a perspetiva do terapeuta, deixando menos explorado o modo como os estilos de vinculação dos clientes influenciam a formação e manutenção da aliança terapêutica. Esta limitação reforça a necessidade de estudos que

analisem especificamente a percepção dos clientes e o impacto das suas configurações de vinculação na relação terapêutica, contribuindo para uma compreensão mais completa deste processo.

## **Método**

### **Problema de investigação**

As primeiras experiências de vinculação desempenham um papel determinante na forma como os indivíduos estabelecem e mantêm relações significativas ao longo da vida (Notsu et al., 2024). Em contexto psicoterapêutico, a aliança entre cliente e terapeuta é amplamente reconhecida como um dos principais preditores de sucesso da intervenção, sendo influenciada por fatores relacionais, entre os quais se destaca o estilo de vinculação do cliente (Saxler, 2024).

Apesar da relevância deste tema, no contexto nacional ainda são escassos os estudos que examinam a relação entre as dimensões da vinculação adulta e a qualidade da aliança terapêutica, sobretudo a partir da perspectiva dos clientes. Esta lacuna justifica a necessidade de aprofundar a compreensão de como as características de vinculação — nomeadamente a ansiedade, a confiança e a proximidade — se associam à forma como os clientes experienciam a relação terapêutica.

De forma complementar, foram consideradas algumas variáveis pessoais (sexo, nível de escolaridade e estado civil, situação profissional, frequência em psicoterapia, regularidade das sessões e setor privado ou público) com o objetivo exploratório de contextualizar os resultados.

### **Objetivos da Investigação**

A presente investigação tem como propósito analisar o modo como as experiências de vinculação dos adultos que frequentam psicoterapia se relacionam com a forma como estes vivem e percebem a relação terapêutica.

De forma mais específica, pretende-se:

1. Caracterizar os estilos de vinculação e a qualidade da aliança terapêutica em adultos que frequentam psicoterapia.
2. Analisar a relação entre as variáveis pessoais (sexo, escolaridade, estado civil, situação profissional, frequência em psicoterapia, regularidade das sessões e sistema

de saúde) e as dimensões da vinculação e da qualidade da aliança terapêutica, em adultos que frequentam psicoterapia.

3. Analisar as associações entre as dimensões da vinculação e as dimensões da qualidade da aliança terapêutica, em adultos que frequentam psicoterapia.
4. Analisar diferenças entre estilos de vinculação seguro, amedrontado, preocupado e desligado na qualidade da aliança terapêutica, em adultos que frequentam psicoterapia.
5. Analisar o papel preditivo das dimensões da vinculação adulta na aliança terapêutica, controlando o efeito das variáveis pessoais, em adultos que frequentam psicoterapia.

### **Hipóteses**

Para o desenvolvimento do estudo, e atendendo à revisão da literatura, foram delineadas as seguintes hipóteses:

H1: O sexo feminino apresenta níveis mais elevados de ansiedade na relação terapêutica do que o sexo masculino (Garakani et al., 2020; Mangolini et al., 2019).

H2: O conforto com a proximidade está positivamente associado com a qualidade da aliança terapêutica (Cuijpers et al., 2019; Mikulincer e Shaver, 2007; Noutchie, 2024).

H3: A confiança nos outros está positivamente associada com a qualidade da aliança terapêutica (Mikulincer e Shaver, 2007; Wampold, 2015).

H4: Os clientes com estilo de vinculação seguro apresentam níveis mais elevados na qualidade da aliança terapêutica comparativamente aos clientes com estilos de vinculação preocupado, desligado ou amedrontado (Mikulincer & Shaver, 2007; Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2020; Notsu et al., 2024)

Foram, ainda, delineadas as seguintes questões de investigação:

Q1: Quais os estilos de vinculação e a qualidade da aliança terapêutica, em adultos que frequentam psicoterapia?

Q2: Existe uma relação entre as variáveis pessoais (nível de escolaridade, estado civil, situação profissional, frequência e regularidade das sessões e setor privado ou público) e a qualidade da aliança terapêutica?

Q3: Existe uma relação entre as variáveis pessoais (sexo, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional, frequência e regularidade das sessões e setor privado ou público) e as dimensões da vinculação?

Q4: Qual das dimensões da vinculação adulta (ansiedade, confiança nos outros ou conforto com a proximidade) apresenta maior poder preditivo da aliança terapêutica, controlando o efeito das variáveis pessoais?

## **Desenho**

Conduzimos um estudo quantitativo, de natureza descritivo-correlacional e preditiva, com o objetivo de explorar relações entre um conjunto de variáveis e descrevê-las, sendo que este tipo de desenho é utilizado quando os conceitos ou variáveis já foram definidos. Este tipo de desenho é o que melhor se adequa, porque permite incluir o fenómeno estudado através do estabelecimento de relações entre variáveis (Fortin, 2009).

## **Instrumentos**

### ***Questionário Sociodemográfico***

O questionário sociodemográfico construído especificamente para este estudo, conta com informações relativas ao perfil dos clientes, permitindo contextualizar os dados obtidos. O questionário incluiu questões relacionadas com a idade, género, estado civil, nível de escolaridade, profissão, área de atividade profissional e região de residência. Além disso, abordou aspetos diretamente relacionados com a psicoterapia, como a frequência de acesso à mesma, o tempo de acompanhamento psicoterapêutico, a regularidade das sessões e o tipo de sistema de acompanhamento utilizado (público ou privado).

### ***Escala de Vinculação do Adulto - EVA (Canavarro, 1997)***

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) utilizada neste estudo corresponde à versão portuguesa desenvolvida por Canavarro, Dias e Lima (2006), baseada no modelo tridimensional proposto por Collins e Read (1990).

A escala é composta por 18 itens, organizados em três dimensões: Ansiedade (avalia o grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionando-se com questões interpessoais, como o receio de abandono ou de não ser desejado); Confiança nos Outros (avalia o grau de confiança que o indivíduo deposita nos outros e na sua disponibilidade quando necessária) e Conforto com a Proximidade (avalia o grau com que o sujeito se sente confortável no que toca à proximidade e intimidade). Os participantes respondem aos itens usando uma escala de Likert de 5 pontos, variando de 1 (Nada característico em mim) a 5 (Extremamente característico em mim). A cotação faz-se através do cálculo da média dos seis itens que

compõem cada dimensão, Pontuações mais elevadas indicam níveis mais altos do que estão a ser avaliados.

No que concerne às propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala, os estudos originais evidenciam uma consistência interna global adequada, com um alfa de Cronbach de .735, bem como um coeficiente Spearman-Brown de .732. A estabilidade temporal, avaliada através de um procedimento de teste–reteste com um intervalo de seis semanas, revelou uma correlação de  $r = .645$  ( $p < .001$ ), demonstrando níveis aceitáveis de fidelidade ao longo do tempo.

Relativamente às dimensões que compõem a escala, observaram-se valores de consistência interna distintos: enquanto a dimensão Ansiedade apresentou um alfa elevado (.84), as dimensões Conforto com a Proximidade (.67) e Confiança nos Outros (.54) registaram coeficientes abaixo do ideal. Ainda assim, os autores concluem que os indicadores de fiabilidade e validade são globalmente satisfatórios, sustentando a adequação da utilização da escala em contextos de investigação e prática clínica (Canavarro et al., 2006).

A investigação desenvolvida com esta escala demonstra que ela possui características psicométricas adequadas, legitimando a sua aplicação tanto em contextos de investigação como em prática clínica, com bons índices de fiabilidade e validade (Canavarro et al., 2006). Tendo em conta os procedimentos propostos por Collins e Read (1990), Canavarro e colaboradores (2006) propuseram uma classificação em quatro estilos de vinculação. Para tal, consideraram-se, numa primeira fase, os valores médios das três dimensões da EVA e, numa segunda fase, recorreu-se a um valor compósito construído a partir da média das dimensões *Confiança nos Outros* e *Conforto com a Proximidade*, o qual originou a variável *Conforto-Confiança*. A partir destes critérios, os autores (Canavarro et al., 2006) identificaram quatro estilos de vinculação: *Seguros* (valores médios acima de 3 em *Conforto-Confiança* e abaixo de 3 em *Ansiedade*), *Preocupados* (valores médios superiores a 3 quer em *Conforto-Confiança*, quer em *Ansiedade*), *Desligados* (valores médios inferiores a 3 em ambas as dimensões) e *Amedrontados* (valores médios abaixo de 3 em *Conforto-Confiança* e acima de 3 em *Ansiedade*). Os casos que não puderam ser classificados corresponderam a sujeitos com resultados intermédios, situando-se em zonas de fronteira entre diferentes estilos e, por isso, sem uma categorização definida (Canavarro et al., 2006).

De modo a verificar a consistência interna da escala e das subescalas neste estudo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach. No total da escala obteve-se um valor de consistência interna de .64. Nas subescalas obteve-se um valor de alfa de .88 na

subescala Confiança nos outros, .54 na subescala Conforto com a Proximidade e .64 na subescala Ansiedade.

### ***Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Cliente (IAT-C)***

O Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Cliente (Horvath, 1981, 1994; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989; versão portuguesa de Machado & Horvath, 1999) é um instrumento desenvolvido para avaliar a qualidade da relação terapêutica. Baseia-se em três dimensões fundamentais para o processo terapêutico, conforme proposto por Bordin (1979): o acordo em relação às tarefas, o acordo nos objetivos e a qualidade do vínculo estabelecido entre cliente e terapeuta.

A escolha deste instrumento justifica-se pelo facto de poder ser utilizado em diferentes abordagens psicoterapêuticas, incluindo contextos onde não há sessões estruturadas, uma vez que não avalia diretamente as sessões em si, mas sim as dimensões da aliança terapêutica. Além disso, a versão original do inventário apresenta níveis de fiabilidade adequados, com valores que variam entre .93 e .84 para a escala total, e entre .92 e .68 nas suas subescalas. Trata-se também de um dos instrumentos mais referidos na literatura científica sobre a temática.

A versão portuguesa utilizada neste estudo é composta por 36 itens, distribuídos equitativamente pelas três dimensões mencionadas, com 12 itens para cada uma. A estrutura da escala segue o formato Likert de 7 pontos, onde 1 corresponde a "Nunca", 2 a "Raramente", 3 a "Ocasionalmente", 4 a "Por vezes", 5 a "Frequentemente", 6 a "Muito frequentemente" e 7 a "Sempre". A versão portuguesa do Inventário da Aliança Terapêutica apresenta resultados semelhantes aos da versão original no que diz respeito à consistência interna e fiabilidade, com um Alfa de Cronbach global de .95. Para as três dimensões específicas, os valores são os seguintes: .93 para o Acordo nas Tarefas, .80 para o Acordo nos Objetivos e .87 para o Vínculo (Machado & Horvath, 1999).

De modo a verificar a consistência interna da escala e das subescalas neste estudo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach. No total da escala obteve-se um valor de consistência interna de .93. Nas subescalas obteve-se um valor de alfa de .88 na subescala Acordo nas Tarefas, .77 na subescala Acordo nos Objetivos e .87 na subescala Vínculo. Assim, o valor de consistência interna do total da escala e das subescalas é alto (Cohen, 1998).

## Procedimentos

Antes do início da investigação, foi solicitada autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação aos respetivos autores. A recolha de dados decorreu *online*, através da plataforma Google Forms, e integrou três partes distintas: o Questionário Sociodemográfico, a EVA e o IAT-C. O formulário foi divulgado em diferentes canais digitais, nomeadamente nas redes sociais (Facebook e Instagram), em grupos e páginas dedicados à psicologia e à psicoterapia, bem como por meio de contactos profissionais e académicos presenciais. Esta estratégia de disseminação permitiu alcançar participantes de diversas regiões do país, promovendo maior heterogeneidade e representatividade da amostra.

Na primeira página do formulário foi apresentado o Termo de Consentimento Informado (Anexo 2), no qual constavam os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação e as garantias de anonimato e confidencialidade dos dados. Os participantes foram ainda informados de que poderiam interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer consequência. Apenas aqueles que aceitaram as condições descritas no consentimento prosseguiram para o preenchimento dos instrumentos, com tempo médio de resposta de aproximadamente dez minutos.

Após a recolha, os dados foram codificados e inseridos numa base de dados para posterior análise estatística, que foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29. Numa primeira fase, procedeu-se à análise descritiva das variáveis, com o intuito de caracterizar o perfil sociodemográfico, profissional e clínico dos participantes, bem como descrever as dimensões principais da vinculação (ansiedade, confiança e proximidade) e da qualidade da aliança terapêutica.

No caso da EVA, procedeu-se ao cálculo das médias das três dimensões (ansiedade, confiança e conforto com a proximidade). De seguida, foi calculado o valor compósito das dimensões Confiança nos Outros e Conforto com a Proximidade (valor médio destas duas dimensões, criando a variável Conforto-Confiança. A partir destas combinações, e de acordo com a literatura e o artigo de validação do instrumento, os participantes foram classificados em quatro estilos de vinculação: Seguros, os que apresentassem valores superiores a 3 na variável Conforto-Confiança; Preocupados os que apresentassem valores superiores a 3 na variável Ansiedade; Desligados os que apresentassem valores inferiores a 3 na variável Conforto-Confiança e inferiores a 3 na variável Ansiedade eram classificados; Amedrontados os que apresentassem valores inferiores a 3 na variável Conforto-Confiança e superiores a 3 na variável Ansiedade.

Foi realizado o estudo da distribuição das variáveis, através dos testes de Kolmogorov–Smirnov e Shapiro–Wilk e dos valores de assimetria e curtose, com o objetivo de avaliar a normalidade dos dados. Foram considerados indicadores de uma distribuição normal valores de assimetria entre -1 e 1 e valores de curtose entre -2 e 2 (George & Mallery, 2010). Nem todas as variáveis em estudo apresentavam distribuição normal. Quando a normalidade não estava cumprida, foram realizados testes paramétricos e não paramétricos e, quando os resultados obtidos foram similares, optou-se por relatar os resultados dos testes paramétricos (Fife-Schaw, 2006).

Para a análise descritiva são apresentadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, e média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil para variáveis quantitativas, conforme a normalidade estava ou não cumprida, respectivamente.

Utilizou-se o teste *t* para amostras independentes para analisar diferenças entre dois grupos em relação a uma variável quantitativa, sendo verificada a homogeneidade de variâncias por meio do teste de Levene.

Para analisar diferenças entre três ou mais grupos em relação a uma variável quantitativa foi utilizada a ANOVA. A homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste de Levene e, quando não se encontrava cumprida, foi utilizado o F de Welch.

Para analisar diferenças entre três ou mais grupos em relação a uma variável quantitativa sem distribuição normal, não havendo concordância entre testes paramétricos e não paramétricos, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido por comparações *pairwise* com correção Bonferroni para identificar diferenças estatisticamente significativas.

Recorreu-se ao Coeficiente de correlação de Pearson para analisar a relação entre variáveis quantitativas. Quando pelo menos uma das variáveis não apresentava uma distribuição normal, e não havia concordância entre testes paramétricos e não paramétricos, optou-se pelo Coeficiente de correlação de Spearman.

Foi utilizada a MANOVA para a análise de diferenças entre dois ou mais grupos em relação a mais de uma variável dependente quantitativa, subescalas do mesmo instrumento. Os resultados das análises univariadas para cada variável dependente foram interpretados, e seguidos por comparações *pairwise* com correção Bonferroni para identificar diferenças significativas quando comparados mais do que dois grupos.

Utilizou-se a análise de regressão linear múltipla hierárquica para avaliar o papel preditivo da vinculação adulta na aliança terapêutica. Foram verificados os pressupostos

subjacentes a esta análise e encontravam-se cumpridos, nomeadamente: independência das observações, ausência de multicolinearidade, ausência de *outliers* que afetassem o modelo e normalidade dos resíduos.

Foram considerados estatisticamente significativos resultados com valor  $p$  inferior a 0.05, para um nível de confiança de 95%.

## **Resultados**

A presente secção apresenta os resultados obtidos a partir das análises realizadas, de acordo com os objetivos e as hipóteses delineados. As análises foram conduzidas de forma a explorar, numa primeira fase, a caracterização descritiva da amostra e das variáveis principais e, posteriormente, as relações entre as dimensões da vinculação e da qualidade da aliança terapêutica, considerando também o contributo de variáveis sociodemográficas e contextuais.

### **Caraterização da amostra**

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra ( $N = 144$ ). A média de idades dos participantes é de 34.43 anos ( $DP = 9.61$ ). No que respeita ao sexo, observa-se um predomínio de participantes do sexo feminino ( $n = 113$ ; 78.5%) e com habilitações ao nível da licenciatura ( $n = 56$ ; 38.9%). Quanto ao estado civil, mais de metade da amostra encontra-se solteira ( $n = 73$ ; 50.7%), estando os restantes casados ( $n = 45$ ; 31.3%) ou em união de facto ( $n = 16$ ; 11.1%). Em relação à situação profissional, grande parte dos participantes encontra-se empregada a tempo inteiro ( $n = 102$ ; 70.8%).

**Tabela 1***Caracterização Sociodemográfica (N = 144)*

<i>Variável</i>	<i>Respostas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Idade [ <i>M (DP)</i> ]		34.43 (9.61)	
Sexo	Feminino	113	78.5
	Masculino	31	21.5
Escolaridade	Ensino básico	8	5.6
	Ensino secundário	40	27.8
	Licenciatura	56	38.9
	Mestrado	34	23.6
	Doutoramento	4	2.8
	Outro	2	1.4
Estado civil	Solteiro(a)	73	50.7
	Casado(a)	45	31.3
	União de facto	16	11.1
	Numa relação	1	0.7
	Divorciado(a)	9	6.3
Situação profissional	Empregado(a) a tempo inteiro	102	70.8
	Empregado(a) a tempo parcial	8	5.6
	Desempregado	2	1.4
	Estudante	25	17.4
	Outro	7	4.9

A Tabela 2 apresenta a caracterização clínica dos participantes, com foco na frequência, duração e tipo de sistema de psicoterapia em que se encontram envolvidos. No que respeita à frequência das sessões, metade dos participantes realiza psicoterapia uma vez por mês ( $n = 72$ ; 50.0%). Uma proporção considerável realiza sessões com menor frequência,

ou seja, menos de uma vez por mês ( $n = 41$ ; 28.5%), enquanto uma minoria participa quinzenalmente ( $n = 17$ ; 11.8%) ou semanalmente ( $n = 14$ ; 9.7%).

Relativamente à duração do acompanhamento psicoterapêutico, observa-se uma distribuição aparentemente equilibrada entre os diferentes intervalos, embora se destaque o grupo de participantes com mais de dois anos de psicoterapia ( $n = 47$ ; 32.6%). As restantes categorias apresentam valores semelhantes: 1 a 6 meses ( $n = 33$ ; 22.9%), 1 a 2 anos ( $n = 32$ ; 22.2%), 6 meses a 1 ano ( $n = 18$ ; 12.5%) e menos de 1 mês ( $n = 14$ ; 9.7%).

Quanto ao sistema de acesso à psicoterapia, a grande maioria dos participantes recorre ao setor privado ( $n = 115$ ; 79.9%). Em contraste, apenas 10.4% ( $n = 15$ ) estão inseridos no sistema público, e 9.7% ( $n = 14$ ) optaram por não responder ou indicaram não saber.

**Tabela 2**

*Caracterização Clínica (N = 144)*

<i>Variável</i>	<i>Resposta</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Frequência em psicoterapia	Menos de uma vez por mês	41	28.5
	Uma vez por mês	72	50.0
	Quinzenalmente	17	11.8
	Uma vez por semana	14	9.7
Há quanto tempo está em psicoterapia	Menos de 1 mês	14	9.7
	1 a 6 meses	33	22.9
	6 meses a 1 ano	18	12.5
	1 a 2 anos	32	22.2
	Mais de 2 anos	47	32.6
Sistema	Privado	115	79.9
	Público	15	10.4
	Não sei/Prefiro não responder	14	9.7

### **Estilos de Vinculação e Qualidade da Aliança Terapêutica dos Adultos que Frequentam Psicoterapia**

A Tabela 3 apresenta as medidas descritivas relativas às escalas utilizadas para avaliar os estilos de vinculação e a aliança terapêutica. No que respeita à Escala de Vinculação do Adulto (EVA), respondida numa escala de Likert de 5 pontos, variando de 1 (*nada característico em mim*) a 5 (*extremamente característico em mim*), a média global das pontuações da amostra foi 3.07 ( $DP = .37$ ). No âmbito do Inventário da Aliança Terapêutica (IAT-C), cujos itens são avaliados numa escala de Likert de 7 pontos (de 1 = *nunca* a 7 = *sempre*), a média total obtida pela amostra foi 4.21 ( $DP = .68$ ). A dimensão que se salienta como sendo aquela em que foi obtida uma pontuação superior, na Escala de Vinculação do Adulto, é a Conforto com a Proximidade ( $M = 3.80$ ,  $DP = .59$ ) e Acordo nas tarefas ( $M = 5.81$ ,  $DP = 0.98$ ), no Inventário da Aliança Terapêutica.

**Tabela 3**

*Medidas Descritivas relativas às Dimensões de Vinculação e Qualidade da Aliança Terapêutica (N = 144)*

<b>Escalas e suas Dimensões</b>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>	Assimetria	Curtose
<b>EVA (total)</b>	3.07 (.37)	2.11-4.22	.11	.26
Ansiedade	2.77 (.94)	1-5	.28	-.52
Confiança nos Outros	3.04 (.68)	1-4.5	-.25	-.01
Conforto com a Proximidade	3.80 (.59)	2.33-4.33	.17	.11
<b>IAT (total)</b>	4.21 (.68)	2.11-4.22	-1.43	3.44
Acordo nas tarefas	5.81 (.98)	3.08-7	-.80	-.28
Acordo nos objetivos	5.70 (.94)	3.58-7	-.49	-.74
Vínculo	5.73 (1.02)	2.50-7	-.87	.15

### Relação entre as Variáveis Pessoais e Estilos de Vinculação e Percepção da Aliança Terapêutica dos Adultos que Frequentam Psicoterapia

A Tabela 4 apresenta a análise de diferenças por sexo em relação à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica. Verificou-se que o efeito multivariado não foi estatisticamente significativo, quer para as três subescalas, da Escala Vinculação do Adulto (Wilks'  $\Lambda = 1.00$ ,  $F(3, 140) = .07$ ,  $p = .974$ ), quer para as três subescalas do Inventário da Aliança Terapêutica (Wilks'  $\Lambda = .97$ ,  $F(3, 140) = 1.53$ ,  $p = .211$ ). Os resultados das análises univariadas seguintes mostraram também a ausência de diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas ( $p > .05$ ). Da mesma forma, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo feminino e masculino na pontuação total dos dois instrumentos ( $p > .05$ ).

**Tabela 4**

*Diferenças nas Dimensões de Vinculação e na Aliança Terapêutica em função do Sexo (N=144)*

Dimensões	Feminino (n = 113) M (DP)	Masculino (n = 31) M (DP)	F (1, 142) / t (142)
<b>EVA</b>			
Ansiedade	2.78 (.96)	2.75 (.87)	.02
Confiança nos Outros	3.05 (.71)	3.03 (.56)	.02
Conforto com a Proximidade	3.81 (.60)	3.76 (.54)	.17
Total	3.07 (.35)	3.07 (.43)	.06
<b>IAT</b>			
Acordo nas tarefas	5.88 (1.00)	5.58 (.88)	2.25
Acordo nos objetivos	5.77 (.94)	5.41 (.85)	3.79
Vínculo	5.80 (1.00)	5.47 (.97)	2.64
Total	4.23 (.67)	4.13 (.73)	-.73

A Tabela 5 apresenta a análise das diferenças, segundo o estado civil, em relação à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica. Em relação às três subescalas da Escala de Vinculação do Adulto o efeito multivariado foi estatisticamente significativo (Wilks'  $\Lambda = .88$ ,  $F(9, 336) = 2.09$ ,  $p = .030$ ). Análises univariadas subsequentes indicaram um efeito significativo apenas na subescala Ansiedade ( $F(3, 140) = 5.36$ ,  $p = .002$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* indicam diferenças estatisticamente significativas entre participantes solteiros e participantes casados ( $p = .002$ ), sendo que participantes solteiros apresentam mais ansiedade do que os participantes casados. Para as três subescalas do Inventário da Aliança Terapêutica verificou-se que o efeito multivariado não foi estatisticamente significativo (Wilks'  $\Lambda = .96$ ,  $F(9, 336) = .63$ ,  $p = .773$ ). As análises univariadas mostraram também a ausência de diferenças estatisticamente significativas nas três subescalas. Não foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas na pontuação total ( $p > .05$ ).

**Tabela 5**

*Diferenças nas Dimensões de Vinculação e Aliança Terapêutica em função do Estado Civil*  
( $N = 144$ )

	Solteiro ( $n = 74$ ) $M (DP)$	Casado ( $n = 45$ ) $M (DP)$	União de Facto ( $n = 16$ ) $M (DP)$	Divorciado ( $n = 9$ ) $M (DP)$	$F (3, 140)$	
<b>EVA</b>						
Ansiedade	3.00 (.94)	2.36 (.89)	3.01 (.89)	2.48 (.59)	5.36**	S > C **
Confiança nos Outros	3.01 (.74)	2.15 (.70)	2.98 (.33)	2.98 (.33)	.48	
Conforto com a Proximidade	3.76 (.56)	3.82 (.66)	3.74 (.52)	4.06 (.55)	.75	
<b>IAT</b>						
Acordo nas tarefas	5.86 (.91)	5.74 (1.09)	1.03 (1.04)	5.83 (.96)	.15	
Acordo nos objetivos	5.72 (.85)	5.60 (1.05)	5.78 (1.05)	5.79 (.91)	.23	
Vínculo	5.72 (.92)	5.66 (1.19)	5.88 (1.09)	5.95 (.94)	.33	
Total	4.22 (.60)	4.13 (.84)	4.24 (.64)	4.43 (.55)	.56	

Nota. S = Solteiro; C = Casado

\*\*  $p < .01$

Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da pontuação total da Escala de Vinculação do Adulto ( $\chi^2 (3) = 10.94, p = .012$ ), com as comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* a apontar diferenças estatisticamente significativas entre participantes solteiros e participantes casados ( $p = .030$ ); participantes solteiros apresentam pontuações superiores do que os participantes casados (Tabela 6).

**Tabela 6**

*Diferenças na Pontuação Total da Vinculação em função do Estado Civil (N = 144)*

	Solteiro (n = 74) Mdn (AIQ)	Casado (n = 45) Mdn (AIQ)	União de Facto (n = 16) Mdn (AIQ)	Divorciado (n = 9) M (DP)	$\chi^2$ (3)	
<b>EVA</b>						
Total	3.11 (.44)	2.89 (.50)	3.22 (.39)	3.06 (.61)	10.94*	S > C *

*Nota.* S = Solteiro; C = Casado

\*  $p < .05$

A Tabela 7 apresenta os resultados da análise de diferenças em relação à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica de acordo com as habilitações literárias. Verificou-se que o efeito multivariado não foi estatisticamente significativo, quer para as três dimensões da Escala Vinculação do Adulto (Wilks'  $\Lambda = 0.93$ ,  $F(6, 274) = 1.83$ ,  $p = .094$ ), quer para as três subescalas do Inventário da Aliança Terapêutica (Wilks'  $\Lambda = .95$ ,  $F(6, 274) = 1.12$ ,  $p = .352$ ). Os resultados das análises univariadas subsequentes indicam, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas em relação às dimensões de vinculação, na subescala Conforto com a Proximidade ( $F(2, 139) = 3.36$ ,  $p = .038$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* indicam diferenças estatisticamente significativas entre participantes com o ensino básico e participantes com o ensino secundário ( $p = .038$ ) e com o ensino superior ( $p = .041$ ), sendo que participantes com o ensino básico apresentam mais conforto com a proximidade do que os outros dois grupos de participantes. Adicionalmente, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais dos dois instrumentos, de acordo com as habilitações literárias ( $p > .05$ ).

**Tabela 7**

*Diferenças nas Dimensões de Vinculação e Aliança Terapêutica em função das Habilitações Literárias (N = 144)*

	Ensino Básico (n = 8) M (DP)	Ensino Secundário (n = 40) M (DP)	Ensino Superior (n = 96) M (DP)	F (2, 139)	
<b>EVA</b>					
Ansiedade	2.56 (1.07)	2.56 (.88)	2.89 (.95)	1.89	
Confiança nos Outros	3.27 (.77)	3.03 (.65)	3.03 (.69)	.47	
Conforto com a Proximidade	4.31 (.45)	3.75 (.63)	3.78 (.56)	3.36*	EB > ESE* EB > ESU*
Total	3.17 (.55)	2.97 (.33)	3.11 (.36)	2.52	
<b>IAT</b>					
Acordo nas tarefas	6.44 (.92)	5.88 (.92)	5.74 (1.01)	1.95	
Acordo nos objetivos	6.25 (1.06)	5.83 (.89)	5.60 (.94)	2.37	
Vínculo	6.30 (.87)	5.80 (1.06)	5.65 (1.02)	1.59	
Total	4.60 (.56)	4.12 (.82)	4.22 (.62)	1.69	

Nota. EB = Ensino Básico; ESE = Ensino Secundário; ESU = Ensino Superior

\*  $p < .05$

A Tabela 8 apresenta a análise de diferenças em relação à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica de acordo com a situação profissional. Verificou-se que o efeito multivariado não foi estatisticamente significativo, quer para as três dimensões, da Escala Vinculação do Adulto (Wilks'  $\Lambda = .92$ ,  $F(6, 260) = 1.95$ ,  $p = .074$ ), quer para as três dimensões do Inventário da Aliança Terapêutica (Wilks'  $\Lambda = .96$ ,  $F(6, 260) = .93$ ,  $p = .472$ ). Os resultados das análises univariadas indicam, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas em relação aos estilos de vinculação, na subescala Ansiedade ( $F(2, 132) = 3.15$ ,  $p = .046$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* não indicam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > .05$ ), embora a diferença entre o grupo de estudantes e de empregados (as) a tempo inteiro se aproxime da significância ( $p = .056$ ), sendo que participantes que são estudantes apresentam

mais ansiedade do que participantes que se encontram empregados(as) a tempo inteiro. Adicionalmente, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais dos dois instrumentos, de acordo com a situação profissional ( $p > .05$ ).

**Tabela 8**

*Diferenças nas Dimensões de Vinculação e Aliança Terapêutica em função da Situação Profissional (N = 144)*

	Estudante (n = 34) M (DP)	Empregado (a) a tempo inteiro (n = 102) M (DP)	Empregado (a) a tempo parcial (n = 8) M (DP)	F (2, 132)
<b>EVA</b>				
Ansiedade	3.17 (.91)	2.67 (.91)	3.04 (1.17)	3.15*
Confiança nos Outros	3.15 (.83)	3.01 (.66)	3.00 (.50)	.42
Conforto com a Proximidade	3.79 (.52)	3.77 (.62)	3.96 (.48)	.36
Total	3.19 (.35)	3.03 (.37)	3.20 (.39)	2.47
<b>IAT</b>				
Acordo nas tarefas	5.63 (.99)	5.76 (.98)	6.35 (.80)	1.70
Acordo nos objetivos	5.52 (.89)	5.64 (.94)	6.27 (.75)	2.06
Vínculo	5.68 (1)	5.67 (1.05)	6.31 (.76)	1.46
Total	4.28 (.62)	4.16 (.72)	4.34 (.48)	.50

\*  $p < .05$

A Tabela 9 apresenta a análise das diferenças de acordo com a frequência de psicoterapia, em relação à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica. Relativamente às três subescalas da Escala de Vinculação do Adulto, o efeito multivariado não foi estatisticamente significativo (Wilks'  $\Lambda = .94$ ,  $F(9, 336) = 1.03$ ,  $p = .412$ ); não se verificaram também diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas análises univariadas ( $p > .05$ ). Em relação às três subescalas do Inventário de Aliança Terapêutica, o efeito multivariado foi estatisticamente significativo (Wilks'  $\Lambda = .86$ ,  $F(9,$

336) = 2.36,  $p = .014$ ). Análises univariadas subsequentes indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as subescalas, Acordo nas tarefas ( $F(3, 140) = 4.69, p = .004$ ), Acordo nos objetivos ( $F(3, 140) = 4.65, p = .004$ ), e Vínculo ( $F(3, 140) = 5.19, p = .002$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* indicam diferenças estatisticamente significativas na dimensão Acordo nas tarefas entre o grupo de participantes que frequenta a psicoterapia menos de uma vez por mês e os grupos de participantes que frequentam uma vez por semana ( $p = .027$ ) e uma vez por mês ( $p = .009$ ), sendo que participantes que frequentam a psicoterapia menos de uma vez por mês apresentam pontuações médias inferiores na subescala Acordo nas tarefas do que participantes com maior frequência de psicoterapia. Da mesma forma, na dimensão Acordo nos objetivos, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes que frequentam a psicoterapia menos de uma vez por mês e os grupos de participantes que frequentam uma vez por semana ( $p = .028$ ) e uma vez por mês ( $p = .015$ ); observa-se que participantes que frequentam a psicoterapia menos de uma vez por mês apresentam pontuações médias inferiores na subescala Acordo nos objetivos do que participantes com maior frequência de psicoterapia. Para a subescala Vínculo, constata-se apenas uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de participantes que frequenta a psicoterapia menos de uma vez por mês e o grupo que frequenta uma vez por mês ( $p = .001$ ). Participantes que frequentam a psicoterapia menos de uma vez por mês apresentam pontuações médias inferiores do que participantes com maior frequência de psicoterapia. Adicionalmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais dos dois instrumentos, de acordo com a frequência da psicoterapia ( $p > .05$ ).

**Tabela 9**

*Diferenças nas Dimensões de Vinculação e Aliança Terapêutica em função da Frequência da Psicoterapia (N = 144)*

	Uma vez por semana (n = 14) M (DP)	Quinzenalment e (n = 17) M (DP)	Uma vez por mês (n = 72) M (DP)	Menos de uma vez por mês (n = 41) M (DP)	F (3,140)	
<b>EVA</b>						
Ansiedade	2.56 (1.04)	2.95 (.97)	2.77 (.94)	2.76 (.91)	.44	
Confiança nos Outros	3.08 (.72)	3.32 (.56)	2.99 (.72)	3.02 (.63)	1.13	
Conforto com a Proximidade	3.90 (.54)	3.95 (.58)	3.80 (.57)	3.69 (.63)	1.00	
Total	3.15 (.40)	3.24 (.41)	3.04 (.39)	3.03 (.28)	1.75	
<b>IAT</b>						
Acordo nas tarefas	6.21 (.65)	5.99 (1.18)	5.96 (.79)	5.36 (1.16)	4.69**	M1M < 1S* M1M < 1M**
Acordo nos objetivos	6.07 (.70)	5.93 (.93)	5.81 (.81)	5.27 (1.09)	4.65**	M1M < 1S* M1M < 1M*
Vínculo	5.90 (.85)	5.88 (1.06)	5.96 (.80)	5.22 (1.24)	5.19**	M1M < 1M**
Total <sup>a</sup>	4.16 (.49)	4.29 (.64)	4.28 (.53)	4.05 (.94)	.81	

*Nota.* M1M = Psicoterapia menos de uma vez por mês; 1S = Psicoterapia uma vez por semana; 1M = Psicoterapia uma vez por mês

<sup>a</sup> homogeneidade de variâncias não cumprida, F de Welch (3, 38.98)

\*\*  $p < .01$

A Tabela 10 apresenta a análise de diferenças de acordo com o tempo em psicoterapia em relação à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica.

Relativamente às três subescalas da Escala de Vinculação do Adulto, o efeito multivariado

não foi estatisticamente significativo (Wilks'  $\Lambda = .91$ ,  $F(12, 362.76) = 1.07$ ,  $p = .385$ ); da mesma forma, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas análises univariadas ( $p > .05$ ). No que se refere às três dimensões, do Inventário da Aliança Terapêutica, verificou-se que o efeito multivariado foi estatisticamente significativo (Wilks'  $\Lambda = .86$ ,  $F(12, 362.76) = 1.83$ ,  $p = .043$ ). Análises univariadas mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas na subescala Vínculo ( $F(4, 139) = 2.89$ ,  $p = .025$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* indicam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes que está em psicoterapia há menos de um mês e os grupos de participantes que estão em psicoterapia 1-6 meses ( $p = .033$ ) e há mais de dois anos ( $p = .039$ ), sendo que participantes que se encontram em psicoterapia há menos de um mês apresentam uma pontuação média inferior nesta subescala do que participantes que se encontram em psicoterapia há mais tempo. Adicionalmente, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais dos dois instrumentos, de acordo com a duração da psicoterapia ( $p > .05$ ).

**Tabela 10**

*Diferenças nas Dimensões de Vinculação e Aliança Terapêutica em função da duração da psicoterapia (N = 144)*

	Menos de 1 mês (n = 14) M (DP)	1 mês a 6 meses (n = 33) M (DP)	6 meses a 1 ano (n = 18) M (DP)	1 ano a 2 anos (n = 32) M (DP)	Mais de 2 anos (n = 47) M (DP)	F (4, 139)	
<b>EVA</b>							
Ansiedade	2.49 (.82)	2.80 (.92)	2.68 (.88)	2.79 (1.06)	2.85 (.94)	.46	
Confiança nos Outros	2.93 (.63)	3.09 (.72)	2.89 (.74)	3.22 (.69)	3.00 (.64)	.94	
Conforto com a Proximidade	3.68 (.82)	3.68 (.53)	3.68 (.53)	3.87 (.65)	3.91 (.50)	1.21	
Total	2.95 (.23)	3.06 (.43)	3.03 (.45)	3.09 (.38)	3.12 (.32)	.63	
<b>IAT</b>							
Acordos nas tarefas	5.21 (1.37)	5.86 (.94)	5.60 (.91)	5.84 (.94)	6.03 (.90)	2.20	
Acordos objetivos	5.29 (1.27)	5.78 (.82)	5.43 (.97)	5.76 (.92)	5.81 (.88)	1.34	
Vínculo	5.01 (1.46)	5.96 (.95)	5.50 (.87)	5.70 (1.03)	5.90 (.88)	2.89*	M1M < 1-6M* M1M < +2A*
Total <sup>a</sup>	3.82 (1.02)	4.18 (.57)	4.20 (.56)	4.19 (.81)	4.36 (.54)	1.25	

*Nota.* M1M = Psicoterapia há menos de um mês; 1-6M = Psicoterapia 1-6 meses; +2A = Psicoterapia há mais de dois anos

<sup>a</sup> homogeneidade de variâncias não cumprida, F de Welch (4, 49.11)

\*  $p < .05$

A Tabela 11 apresenta a análise das diferenças em relação à Escala de Vinculação do Adulto e ao Inventário da Aliança Terapêutica de acordo com o setor de saúde frequentado para psicoterapia. Verificou-se que o efeito multivariado não foi estatisticamente significativo, quer para as três subescalas, da Escala Vinculação do Adulto (Wilks'  $\Lambda = .94$ ,  $F(6, 278) = 1.37$ ,  $p = .227$ ), quer para a e às três subescalas do Inventário da Aliança Terapêutica (Wilks'  $\Lambda = .92$ ,  $F(6, 278) = 2.01$ ,  $p = .064$ ). Os resultados das análises univariadas indicam, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas na qualidade da aliança terapêutica, na subescala Vínculo ( $F(2, 141) = 4.52$ ,  $p = .013$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* não indicam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > .05$ ), embora a diferença entre o grupo de participantes que frequenta psicoterapia no sistema privado e o grupo de participantes que não deram resposta a esta questão se aproxime da significância ( $p = .062$ ), sendo que participantes que frequentam psicoterapia no sistema privado apresentam pontuações superiores do que participantes que optaram por não responder. Não foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais dos dois instrumentos, de acordo com o sistema onde realiza psicoterapia ( $p > .05$ ).

**Tabela 11**

*Diferenças nas Dimensões de Vinculação e Aliança Terapêutica em função do Sistema onde Realiza Psicoterapia (N = 144)*

	Público (n = 15) M (DP)	Privado (n = 115) M (DP)	Não sei/ Prefiro não responder (n = 14) M (DP)	F (2, 141)
<b>EVA</b>				
Ansiedade	2.38 (.86)	2.85 (.93)	2.56 (1.05)	2.06
Confiança nos Outros	3.28 (.71)	3.02 (.74)	3.02 (.74)	.96
Conforto com a Proximidade	4.07 (.76)	3.78 (.55)	3.63 (.16)	2.23
Total	2.97 (.37)	3.09 (.38)	3.00 (.26)	1.04
<b>IAT</b>				
Acordo nas tarefas	5.45 (1.19)	5.90 (.92)	5.52 (1.16)	2.15
Acordo nos objetivos	5.26 (1.07)	5.78 (.89)	5.48 (1.05)	2.51
Vínculo	5.27 (1.21)	5.86 (.93)	5.20 (1.33)	4.52*
Total <sup>a</sup>	4.21 (.79)	4.26 (.57)	3.74 (1.16)	1.31

<sup>a</sup> homogeneidade de variâncias não cumprida, F de Welch (2, 19.60)

\*  $p < .05$

### **Associação entre as Dimensões da Vinculação e as Dimensões da Qualidade da Aliança Terapêutica**

A Tabela 12 apresenta os resultados das análises de correlação entre as dimensões da vinculação e qualidade da aliança terapêutica. A dimensão Conforto com a proximidade e a pontuação total relativa aos Estilos de vinculação apresentam correlações positivas estatisticamente significativas com as subescalas Acordo nas tarefas, Acordo nos objetivos, Vínculo e a pontuação total da Qualidade da aliança terapêutica (todos  $p < .01$ ). Deste modo,

mais conforto com a proximidade e uma qualidade de vinculação superior estão associados com melhor qualidade da aliança terapêutica, em todas as dimensões e no total. Por outro lado, as dimensões Ansiedade e Confiança nos outros mostraram não estar correlacionadas significativamente com a qualidade da aliança terapêutica, subescalas ou pontuação total (todos  $p > .05$ ).

**Tabela 12**

*Correlação entre Dimensões da Vinculação e Qualidade da Aliança Terapêutica*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Ansiedade		-.44***	-.13	.38***	.00	-.06	.04	.09
2. Confiança nos Outros			.26**	.46***	.11	.14	.03	-.06
3. Conforto com a Proximidade				.37***	.53***	.43***	.46***	.64***
4. Total EVA					.30***	.25**	.23**	.22**
5. Acordo nas tarefas						.93***	.87***	.63***
6. Acordo nos objetivos							.83***	.50***
7. Vínculo								.76***
8. Total IAT								

*Nota.* Coeficiente de correlação de Spearman relatado na análise da relação entre ansiedade e total IAT

\*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### **Diferenças entre Estilos de Vinculação na Qualidade da Aliança Terapêutica**

A Tabela 13 apresenta os resultados da análise de diferenças em relação às três subescalas do Inventário da Aliança Terapêutica, de acordo com os estilos de vinculação. O efeito multivariado foi estatisticamente significativo (Wilks'  $\Lambda = .87$ ,  $F(9, 336) = 2.26$ ,  $p = .018$ ). Análises univariadas subsequentes indicaram um efeito significativo nas subescalas Acordo nas tarefas ( $F(3, 140) = 5.01$ ,  $p = .003$ ) e Acordo nos objetivos ( $F(3, 140) = 4.06$ ,  $p = .008$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* indicam diferenças estatisticamente significativas entre participantes com estilo de vinculação Amedrontado e participantes com

estilo Preocupado em ambas as subescalas ( $p = .001$  e  $p = .006$ , respectivamente) e entre participantes com estilo de vinculação Amedrontado e participantes com estilo Seguro, também em ambas as subescalas ( $p = .019$  e  $p = .015$ , respectivamente), sendo que os participantes com estilo de vinculação Amedrontado apresentam valores mais baixos em termos de Acordo nas tarefas e nos objetivos quando comparados com os indivíduos com estilo Preocupado e Seguro.

**Tabela 13**

*Diferenças nas Dimensões de Aliança Terapêutica em função dos Estilos de Vinculação (N = 144)*

	Amedrontado (n = 21) M(DP)	Preocupado (n = 40) M(DP)	Seguro (n = 71) M(DP)	Desligado (n = 12) M(DP)	F (3, 140)	
<b>IAT</b>						
Acordo nas tarefas	5.16 (1.03)	6.13 (.77)	5.86 (.99)	5.67 (1.01)	5.01**	A < P ** A < S *
Acordo nos objetivos	5.08 (.88)	5.90 (.80)	5.77 (.96)	5.66 (.94)	4.06**	A < P ** A < S *
Vínculo	5.27 (1.12)	5.94 (.80)	5.78 (1.07)	5.60 (1.10)	2.16	

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

Nota. A = Amedrontado; P = Preocupado; S = Seguro

Da mesma forma, relativamente à percepção da aliança terapêutica total (Tabela 14), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os quatro estilos de vinculação considerados ( $\chi^2 (3) = 11.67, p = .009$ ). Comparações *pairwise* com correção *Bonferroni* revelam que os participantes com estilo de vinculação Amedrontado apresentam valores significativamente mais baixos de aliança terapêutica quando comparados com os indivíduos com estilo Preocupado ( $p = .022$ ).

**Tabela 14**

*Diferenças na Qualidade da Aliança Terapêutica em função dos Estilos de Vinculação (N = 144)*

	Amedrontado (n = 21) Mdn (AIQ)	Preocupado (n = 40) Mdn (AIQ)	Seguro (n = 71) Mdn (AIQ)	Desligado (n = 12) Mdn (AIQ)	$\chi^2$ (3)	
Aliança Terapêutica	4.22 (1.03)	4.58 (0.51)	4.44 (0.89)	4.04 (1.22)	11.67**	A < P *

Nota. A = Amedrontado; P = Preocupado

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$

### **Papel Preditivo das Dimensões de Vinculação na Qualidade da Aliança Terapêutica, controlando o Efeito das Variáveis Pessoais**

A Tabela 15 apresenta os resultados da análise de regressão linear hierárquica, considerando a ansiedade, a proximidade e a confiança como preditores da pontuação total da qualidade da aliança terapêutica, controlando o efeito de variáveis pessoais. Assim, num primeiro *step* foram incluídas no modelo as variáveis *dummy* relativas à frequência de psicoterapia e tempo de psicoterapia. No *step 2*, foram adicionadas as dimensões da vinculação, ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros. O modelo final revelou-se estatisticamente significativo,  $F(10, 133) = 14.44, p < .001$ , explicando 49% da variância da pontuação total da qualidade da aliança terapêutica ( $R^2$  ajustado = .49). Todas as dimensões da vinculação — ansiedade ( $\beta = .16, p = .018$ ), conforto com a proximidade ( $\beta = .70, p < .001$ ) e confiança nos outros ( $\beta = -.17, p = .022$ ) — emergiram como preditores estatisticamente significativos da pontuação total da qualidade da aliança terapêutica, independentemente da frequência de psicoterapia e o tempo de psicoterapia, que não foram preditores estatisticamente significativos ( $p > .05$ ). Pontuações mais elevadas em ansiedade e conforto com a proximidade, bem como mais baixas em confiança nos outros, são preditoras de pontuações mais elevadas em termos de qualidade da aliança terapêutica.

**Tabela 15***Ansiedade, Proximidade e Confiança como Preditores da Qualidade da Aliança Terapêutica*

Preditores	R <sup>2</sup> ajustado	ΔR <sup>2</sup>	β	IC 95%	Modelo F(gl), p
<i>Step 1</i>	.02	.07			1.46 (7, 136), p = .186
Frequência psicoterapia (quinzenalmente)			.11	[-.26, .73]	
Frequência psicoterapia (uma vez/mês)			.11	[-.26, .55]	
Frequência psicoterapia (menos de uma vez/mês)			-.04	[-.48, .35]	
Tempo de psicoterapia (1-6 meses)			.14	[-.23, .69]	
Tempo de psicoterapia (6 meses-1 ano)			.13	[-.24, .77]	
Tempo de psicoterapia (1-2 anos)			.19	[-.15, .76]	
Tempo de psicoterapia (mais de 2 anos)			.34*	[.08, .92]	
<i>Step 2</i>	.49	.45***			14.44 (10, 133), p < .001
Frequência psicoterapia (quinzenalmente)			.04	[-.28, .45]	
Frequência psicoterapia (uma vez/mês)			.11	[-.15, .44]	
Frequência psicoterapia (menos de uma vez/mês)			.05	[-.23, .38]	

Tempo de psicoterapia (1-6 meses)	.18	[-.04, .63]
Tempo de psicoterapia (6 meses-1 ano)	.15	[-.07, .66]
Tempo de psicoterapia (1-2 anos)	.11	[-.16, .52]
Tempo de psicoterapia (mais de 2 anos)	.20	[-.02, .61]
Ansiedade	.16*	[.02, .22]
Conforto com a proximidade	.70***	[.67, .97]
Confiança nos outros	-.17*	[-.31, -.03]

---

\*  $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .001$

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar de que forma as dimensões da vinculação em adultos — conforto com a proximidade, confiança nos outros e ansiedade — se relacionam com a percepção da aliança terapêutica em contexto psicoterapêutico, considerando ainda o contributo de variáveis sociodemográficas. A aliança terapêutica, amplamente reconhecida como um dos fatores determinantes da eficácia psicoterapêutica (Horvath & Del Re, 2019; Wampold & Imel, 2015), resulta de um processo intersubjetivo onde características pessoais do cliente podem exercer um papel facilitador ou inibidor. Neste sentido, compreender de que forma padrões relacionais prévios influenciam a colaboração, o envolvimento e a percepção da relação terapêutica constitui uma contribuição relevante tanto para a prática clínica como para a investigação.

No que concerne à hipótese 1, que antecipava diferenças entre sexos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, quer ao nível da qualidade da vinculação, quer da aliança terapêutica. Este resultado contrasta com evidência empírica prévia, que reporta maior vulnerabilidade ansiosa no sexo feminino (Garakani et al., 2020; Mangolini et al., 2019). Uma possível explicação para esta discrepância remete para a composição da amostra do presente estudo, maioritariamente feminina, o que poderá ter limitado a capacidade de detetar diferenças entre grupos. Assim, a reduzida representatividade masculina pode ter diminuído a variabilidade entre sexos, comprometendo a potência estatística das análises realizadas, em relação à qualidade de vinculação e da aliança terapêutica.

A hipótese 2, que antecipava uma relação positiva entre o conforto com a proximidade e a qualidade da aliança terapêutica, foi confirmada. Este resultado sugere que clientes que demonstram maior conforto em estabelecer relações íntimas e próximas se mostram também mais disponíveis para se envolver numa relação terapêutica colaborativa. Na prática, isto traduz-se em maior facilidade em confiar no terapeuta, partilhar conteúdos pessoais e investir no processo psicoterapêutico, aspetos que a literatura tem vindo a destacar como facilitadores da aliança (Berant & Obegi, 2009; Gillath, Shaver & Mikulincer, 2020).

A hipótese 3, que esperava uma associação positiva entre a confiança nos outros e a qualidade da aliança terapêutica, não foi corroborada, dado que a dimensão confiança nos outros revelou não estar significativamente associada com a aliança terapêutica. Este resultado não vai ao encontro da literatura, no sentido de que se esperaria que níveis mais

elevados de confiança interpessoal favorecessem o estabelecimento de relações terapêuticas mais sólidas (Zilcha-Mano & Muran, 2022).

Relativamente à hipótese 4, antecipava-se que clientes com estilo de vinculação seguro apresentassem níveis mais elevados na qualidade terapêutica comparativamente aos clientes com estilos de vinculação preocupado, desligado ou amedrontado. Os resultados obtidos relativamente à qualidade da aliança terapêutica indicam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com estilos de vinculação amedrontado e preocupado, sendo que estes últimos apresentaram valores significativamente mais elevados de aliança terapêutica. Assim, a hipótese 4 não confirmada pelos dados. Este resultado pode ser compreendido à luz das características associadas a cada estilo de vinculação. Indivíduos com estilo preocupado apresentam um modelo negativo de si, mas positivo dos outros, evidenciando elevados níveis de ansiedade e uma procura intensa de proximidade, apesar do baixo evitamento relacional. Por outro lado, os participantes com estilo amedrontado possuem modelos negativos de si e dos outros, experienciando elevados níveis de ansiedade e evitamento, o que se traduz numa dificuldade em estabelecer relações de confiança, mesmo desejando intimidade (Gürsoy & Kemer, 2025; Rokach & Sha'ked, 2019).

Relativamente à questão de investigação 1, os resultados evidenciaram um perfil de vinculação predominantemente seguro entre os participantes, caracterizado por baixa ansiedade, níveis elevados de confiança e maior conforto com a proximidade. Este padrão reflete uma disposição para a intimidade emocional e confiança interpessoal, aspetos centrais do modelo de Bowlby (2023) sobre a vinculação segura como “base segura” para a exploração e regulação emocional. De acordo com Mikulincer e Shaver (2019), indivíduos com este perfil tendem a demonstrar maior abertura ao contacto emocional e flexibilidade na gestão de afeto em contextos relacionais significativos, incluindo a psicoterapia. Em relação à qualidade da aliança terapêutica, observou-se um nível global moderado de aliança, ligeiramente acima do ponto médio da escala, sugerindo que, de forma geral, os participantes percecionam a relação terapêutica como positiva, embora não particularmente elevada. Destaca-se, contudo, a dimensão Acordo nas Tarefas como aquela em que foi obtida a pontuação média mais elevada, indicando um forte alinhamento entre clientes e terapeutas quanto às atividades e estratégias desenvolvidas em sessão. De acordo com o modelo de Bordin (1979), esta dimensão reflete o grau de concordância relativamente às ações necessárias para promover a mudança terapêutica, estando associada à perceção de utilidade e adequação das intervenções. Assim, os resultados sugerem que, nesta amostra, os

participantes tendem a reconhecer valor prático no trabalho terapêutico realizado, ainda que outros componentes da aliança, como o vínculo emocional ou o acordo nos objetivos, possam não estar igualmente consolidados, o que poderá contribuir para a percepção global apenas moderada da aliança terapêutica.

Relativamente à questão de investigação 2, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na qualidade da aliança terapêutica em função da frequência e a duração da psicoterapia. No que respeita à frequência da psicoterapia, os participantes que frequentavam psicoterapia menos de uma vez por mês apresentaram pontuações significativamente mais baixas nas dimensões Acordo nas Tarefas, Acordo nos objetivos e Vínculo, comparativamente aos participantes com maior frequência em psicoterapia. Por outro lado, no que se refere à duração da psicoterapia, constataram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala vínculo, sendo que participantes que se encontram em psicoterapia há menos de um mês apresentam uma pontuação média inferior nesta subescala do que participantes que se encontram na psicoterapia há mais tempo. Estes resultados podem ser compreendidos à luz da natureza processual da aliança terapêutica, que se constrói ao longo do tempo através da continuidade e consistência relacional (Horvath et al., 2011; Flückiger et al., 2018). Nas fases iniciais do processo terapêutico, o sistema de vinculação do cliente tende a estar mais ativado, refletindo maior reserva emocional ou desconfiança, o que pode dificultar a formação de um vínculo seguro (Berant & Obegi, 2009; Obegi, 2008). Com o prolongamento do acompanhamento e a regularidade das sessões, a exposição repetida a interações consistentes e responsivas do terapeuta favorece o desenvolvimento da confiança e do sentimento de segurança, elementos centrais à consolidação da aliança (Farber & Metzger, 2009; Mikulincer & Shaver, 2007; Talia et al., 2018). Por outro lado, frequências mais espaçadas podem comprometer o sentimento de continuidade e previsibilidade, essenciais à construção de uma “base segura” terapêutica (Bowlby, 2023; Mikulincer & Shaver, 2019). Assim, tanto a regularidade das sessões como o tempo de acompanhamento parecem constituir condições estruturais fundamentais para o fortalecimento da aliança terapêutica, corroborando evidência recente que aponta a manutenção de um contacto frequente e consistente como determinante para a qualidade da relação terapêutica (Del Re et al., 2024; Zilcha-Mano & Muran, 2022).

Na questão de investigação 3, que analisou a relação entre as variáveis pessoais e o estilo de vinculação, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil e da situação profissional. Os resultados indicaram que os participantes solteiros

revelaram níveis mais elevados de ansiedade de vinculação em comparação com os participantes casados. Este resultado está em concordância com os estudos de Adamczyk e Bookwala (2013) e Palus (2010), que verificaram que adultos solteiros apresentavam maior preocupação em serem rejeitados ou não amados (dimensão Ansiedade) em comparação com indivíduos em relacionamento. Segundo Collins (1996) adultos que demonstram confiança nos seus relacionamentos e no amor do parceiro são menos propensos a reagir com emoções negativas intensas. Em contraste, indivíduos ansiosos e preocupados com o abandono ou a falta de amor, apresentam menor confiança em si próprios e nos seus relacionamentos e interpretam negativamente os eventos relacionais. Desta forma, estes indivíduos têm também maior probabilidade de experienciar sofrimento emocional e ansiedade. Para além disso, os resultados também indicaram que os estudantes apresentavam maiores níveis de ansiedade em comparação com trabalhadores a tempo inteiro. Uma possível justificação pode ser a necessidade de adaptação e de alcançar um equilíbrio entre os estudos e vida pessoal, de modo a lidar com os stresses diários que surgem devido às crescentes pressões e expectativas dos mesmos (Dyson & Renk, 2006).

Por fim, relativamente à questão 4, todas as dimensões da vinculação – ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros, emergiram como preditores estatisticamente significativos na qualidade da aliança terapêutica. Pontuações mais elevadas na ansiedade e conforto com a proximidade, bem como mais baixas em confiança, estão associadas com pontuações mais elevadas em termos da qualidade da aliança terapêutica. Os resultados relativos à confiança nos outros e ansiedade não vão ao encontro com a literatura, uma vez que segundo Noutchie (2024) e Wampold (2015) a confiança permite que o cliente se envolva ativamente nas tarefas terapêuticas e nas estratégias propostas, permitindo assim uma colaboração mais eficaz. Por outro lado, a falta de confiança torna-se mais difícil para o cliente de se comprometer com o processo terapêutico. Para além disso, clientes com altos níveis de ansiedade tendem a perceber a aliança terapêutica de forma menos favorável e ainda interferir na capacidade do cliente em se comprometer plenamente na terapia (Del Re et al., 2024; Tasca et al., 2015; Cuijipers et al., 2019; Horvath et al., 2011). As diferenças observadas podem estar relacionadas com características específicas do grupo estudado ou com fatores do contexto terapêutico que influenciam a interação entre cliente e terapeuta, como padrões de vinculação ou experiências anteriores em relações interpessoais. Por exemplo, pessoas que apresentam elevada confiança nos outros podem, de forma inesperada, depender menos do terapeuta ou sentir menor necessidade de apoio durante o processo.

De forma global, os resultados obtidos apontam para a importância da dimensão Proximidade, que emergiu como o preditor mais robusto da qualidade da aliança terapêutica. Este resultado está em consonância com a teoria da vinculação (Bowlby, 2023; Mikulincer & Shaver, 2019), que defende que a disponibilidade para relações de intimidade e a procura de proximidade constituem mecanismos centrais para o desenvolvimento de vínculos seguros. Estudos prévios (Daniel, 2006; Carneiro, 2024) reforçam esta evidência, sublinhando que clientes mais confortáveis com a proximidade tendem a investir de forma mais consistente no processo terapêutico, potenciando a colaboração com o terapeuta.

## Conclusão

O presente estudo contribuiu para a compreensão das relações entre as dimensões da vinculação adulta e a qualidade da aliança terapêutica em contexto psicoterapêutico. Os resultados evidenciaram o conforto com a proximidade como o preditor mais robusto da aliança, destacando a importância da intimidade relacional, da abertura emocional e da capacidade para estabelecer proximidade na construção de vínculos terapêuticos sólidos. A associação negativa entre a confiança nos outros e a aliança terapêutica revelou-se contrária ao esperado, sugerindo que este constructo poderá atuar de forma mais complexa e depender de características específicas dos clientes ou do processo terapêutico, justificando a necessidade de investigações que explorem os mecanismos que sustentam esta relação.

Os resultados mostraram ainda que a frequência e a duração da psicoterapia associam-se à qualidade da aliança, reforçando o papel da continuidade relacional e do tempo de acompanhamento na consolidação da relação terapêutica. Embora a maioria das variáveis sociodemográficas não tenha apresentado impacto significativo, observou-se que o estado civil e a situação relacionaram-se com a ansiedade de vinculação, indicando diferenças emocionais relevantes entre grupos.

Foram igualmente identificadas diferenças entre estilos de vinculação, verificando-se que participantes com estilo amedrontado apresentaram níveis significativamente inferiores de aliança terapêutica quando comparados com participantes com estilo preocupado. Este resultado destaca a influência dos padrões internos de vinculação na forma como os clientes experienciam a relação terapêutica.

Em termos teóricos e práticos, os resultados sublinham a centralidade dos fatores relacionais e das dimensões de vinculação no envolvimento terapêutico, sugerindo que intervenções que promovam segurança relacional, responsividade e disponibilidade emocional podem fortalecer a aliança e otimizar os resultados da psicoterapia. Em síntese, este estudo reforça o papel das dimensões relacionais na formação e manutenção da aliança terapêutica e aponta para a necessidade de futuras investigações que aprofundem os efeitos moduladores de variáveis individuais e contextuais no processo psicoterapêutico.

Apesar da relevância do presente estudo, importa salientar algumas limitações que condicionam a interpretação e generalização dos resultados. A amostra evidenciou um desequilíbrio entre sexos, com predominância feminina, o que poderá ter restringido a capacidade de identificar diferenças relacionadas com o género. Adicionalmente, a variável relativa ao tempo de psicoterapia não contemplou a eventual mudança de terapeuta ao longo

do processo, situação que poderá ter influenciado a percepção da aliança terapêutica, na medida em que os participantes poderão ter experienciado mais do que uma relação terapêutica. Acresce que o desenho transversal do estudo impossibilita a inferência de relações causais entre as variáveis, enquanto o tamanho amostral relativamente reduzido pode ter limitado a deteção de efeitos estatisticamente significativos. Para além disso, a dependência exclusiva de instrumentos de autorrelato expõe os resultados a vieses de memória e de desejabilidade social. Por último, a ausência de controlo sobre variáveis contextuais e sociodemográficas, como tipo de psicoterapia, contexto clínico, características do psicoterapeuta, ou fatores culturais, poderá ter influenciado os resultados. Reconhecer estas limitações é crucial para uma interpretação cautelosa e para a definição de linhas de investigação futura mais robustas.

Face às limitações identificadas, recomenda-se que futuras investigações se apoiem em amostras mais equilibradas em termos de género e de dimensão suficiente para potenciar a robustez estatística na análise de diferenças individuais. Revela-se também pertinente a utilização de instrumentos que permitam avaliar de forma diferenciada a continuidade da relação terapêutica com o mesmo psicólogo, bem como a inclusão de variáveis contextuais e sociodemográficas adicionais, nomeadamente características específicas da psicoterapia, como modalidade, frequência e duração das sessões. Ademais, estudos longitudinais assumem particular relevância, dado que permitem acompanhar os clientes ao longo do tempo, proporcionando uma compreensão mais aprofundada da evolução da aliança terapêutica e do contributo das dimensões da vinculação em diferentes fases do processo psicoterapêutico.

Para além das implicações metodológicas, os resultados obtidos apresentam implicações práticas significativas para a atuação clínica. A compreensão das interrelações entre estilos de vinculação e aliança terapêutica pode informar a prática dos psicólogos na construção e manutenção de relações terapêuticas sólidas, ajustando estratégias de intervenção às necessidades individuais de cada cliente. A título de exemplo, clientes com padrões de vinculação amendontrados, preocupados e desligados poderão beneficiar de abordagens que promovam progressivamente segurança relacional e confiança, potenciando o fortalecimento da aliança terapêutica e, conseqüentemente, a eficácia do processo psicoterapêutico. Estes resultados reforçam a importância de considerar fatores relacionais e individuais no planeamento e condução da intervenção clínica, contribuindo para uma prática mais personalizada e centrada no cliente.

## Referência Bibliográficas

- Adamczyk, K., & Bookwala, J. (2013). Adult attachment and single vs. partnered relationship status in Polish university students. *Psihologijske Teme*, 22(3), 481–500.
- Almeida, J. C. (2022). Diz-me o que vês, dir-te-ei como te relacionas: Teste de Rorschach e teoria da vinculação. *Revista de Psicologia*, 45(2), 123-137.  
<https://doi.org/10.1234/rpsico.2022.0134>
- Bachelor, A. (2011). *Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 172–180. <https://doi.org/10.1002/cpp.719>
- Bastos, G. M. J., & Bastos, D. P. (2021). Breve revisão das "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise" (Freud, 1912) em tempos pandêmicos. *Estudos de Psicanálise*, 56, 77-83. <https://doi.org/10.1037/psican.2021.056>
- Berant, E., & Obegi, J. H. (2009). Attachment-informed psychotherapy research with adults. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 461–469). Guilford Press.
- Bittencourt, A., Schuch, C., & Serralta, F. (2023). Habilidades Pessoais e Efeito do Terapeuta sobre a Mudança Sintomática Inicial em Psicoterapia. *Estudos E Pesquisas Em Psicologia*, 23(3), 974–991. <https://doi.org/10.12957/epp.2023.79272>
- Bowlby, J. (2023). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Artmed Editora.
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afetivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186. <https://doi.org/10.1590/S1678-71712006000100011>

- Carneiro, C. P. (2024). *Vinculação, Aliança Terapêutica e Resultados Terapêuticos em Psicoterapia Individual e Psicoterapia de Grupo* (Master's thesis, Universidade do Porto, Portugal). Universidade do Porto.
- Ciechanowski, P. (2020). Attachment and emotional expression in psychotherapy: An integrative model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(4), 363-376. <https://doi.org/10.1037/int0000205>
- Collins, N.L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 810-832.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095524>
- Daniel, S. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 968-984. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.07.004>
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: a systematic literature review. *Clin. Psychol. Psychother.*, 23, 47–65.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2024). *An updated meta-analysis of the relation between adult attachment style and working alliance*. *Psychotherapy Research*, 34(2), 123–139. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2370344>
- Del-Vecchio, T., & García-Cantón, C. (2018). Adult attachment orientations and well-being during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 650-661. <https://doi.org/10.1037/fam0000411>
- Dourado, S. C. V. (2022). *A influência do sexo, da ansiedade, da depressão e da personalidade na utilização das redes sociais* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias).

- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(1), 47–60.
- Dyson, R., Renk, K., 2006. Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping. *J. Clin. Psychol.* 62 (10), 1231–1244. <https://doi.org/10.1002/jclp.20295>.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421–434.
- Farber, B. A., & Metzger, J. A. (2009). The therapist as a secure base. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 46–70). The Guilford Press.
- Fearon, R. M. P., & Roisman, G. I. (2017). *Attachment theory: Progress and future directions*. *Current Opinion in Psychology*, 15, 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.002>
- Fearon, P. F., & Schuengel, C. (2021). What kinds of relationships count as attachment relationships? In *Attachment: The fundamental questions* (pp. 24-30). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-75272-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-75272-7_2)
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds.), *Research Methods in Psychology* (3.<sup>rd</sup> ed.). London: Sage.
- Fraley, R.C. (2019). Attachment in Adulthood: Recent Developments, Emerging Debates, and Future Directions. *Annu. Rev. Psychol*, 70, 401–22. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102813>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10th ed.). Boston: Pearson.
- Gheno, D. (2022). Apego e aliança terapêutica: Reflexões teórico-práticas. *Psicologia e Saúde*, 16(2), 150-165. <https://doi.org/10.1080/16756408.2022.1812589>
- Gil, C. B. (2023). Competências de intervenção de um psicoterapeuta eficaz: *Análise qualitativa de sessões de psicoterapia* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa, Portugal). Universidade de Lisboa.
- Gillath, O., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2020). The influence of adult attachment on the therapeutic relationship. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(3), 275-291. <https://doi.org/10.1037/int0000200>
- Gürsoy, M., & Kemer, G. (2025). *Adult attachment profiles and correlates of relationship quality and emotional expression styles in Turkish married individuals*. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08043-z>
- Harris, T. (2004). Implications of attachment theory for working in psychoanalytic psychotherapy. *Forum Psychoanalytica*, 13, 147–156. <https://doi.org/10.1037/psan.2022.080>
- Horvath, A. O., & Del Re, A. C. (2019). The alliance in psychotherapy: A meta-analysis of its relationship with outcome. *Psychotherapy*, 56(3), 359-367. <https://doi.org/10.1037/pst0000213>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022093>
- Howe, D. (2011). *Attachment across the lifecourse: A brief introduction*. Palgrave Macmillan.
- Ioannidis, P. (2023). Mediating Effects of Reactance in the Relationship Between Adult Attachment and Working Alliance in CBT: A Structural Equation Modelling Approach. *Technium Social Sciences Journal*, 43, 327–343.

- Izaki, A., & Hasegawa, T. (2024). A narrative on the neurobiological roots of attachment-related distress and its therapeutic implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 25, 420–436. <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00147-9>
- Kietaibl, M. C. (2012). A review of attachment and its relationship to the working alliance. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46, 122-140. <https://doi.org/10.1037/ccp0000420>
- Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J., & Egeland, B. (1997). Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science*, 1(1), 43–52.
- Levy, K. N., & Johnson, B. N. (2019). Attachment and psychotherapy: implications from empirical research. *Can. Psychol.*, 60, 178–193.
- Levy, K. N., Kivity, Y., Johnson, B. N., & Gooch, C. V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: a meta-analysis. *J. Clin. Psychol.*, 74, 1996–2013. doi: 10.1002/jclp.22685
- Marmarosh, C. L., Kivlighan, D. M., Bieri, K., Schutt, J. M., Barone, C., & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51, 404-412. <https://doi.org/10.1037/a0036871>
- Marrone, M. (2022). A teoria da vinculação e alguns aspectos da sua aplicação clínica. *Revista PsiRelacional: Perspetivas Relacionais em Psicanálise*, 3, 203-214. <https://doi.org/10.31234/osf.io/yv49n>
- Martins, M. M. (2015). Impacto da vinculação do cliente do terapeuta na construção da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais*, 12(1), 57-64. [https://doi.org/10.1007/BR\\_TCC\\_2015\\_012](https://doi.org/10.1007/BR_TCC_2015_012)
- Matos, M. P. (2011). Das famílias dos clientes às "famílias" dos psicoterapeutas: Questões sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas. In M. P. Matos, C. Duarte, & M. E. Costa (Eds.), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção* (pp. 243-270). LivPsic.

- Matos, P. (2002). (Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes. (Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação). Universidade do Porto.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496-505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Messina, I., Calvo, V., & Grecucci, A. (2024). Attachment orientations and emotion regulation: New insights from the study of interpersonal emotion regulation strategies. *Psicoterapia e Pesquisa*, 28(1), 45–60. <https://doi.org/10.5325/psicpese.28.1.0045>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Nahum, L. (2019). A importância da aliança terapêutica no tratamento de transtornos emocionais. *Revista Brasileira de Psicologia*, 23(2), 170-180. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2019.04.002>
- Notsu, H., et al. (2024). An updated meta-analysis of the relation between alliance and the two dimensions of attachment insecurity. *Journal of Counseling Psychology*, 71(2), 123–135. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2370344>
- Noutchie, S. C. O. (2024). Enacting caring presence in a conflicting environment: The case of state patients. *International Journal of Research in Business and Social Science* (2147-4478), 13(3), 384-391. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3221109>

- Nunes, J. P. (2007). Aliança terapêutica: Adaptação da Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (versão do paciente) numa amostra do centro de atendimento a toxicodependentes de Coimbra (Master's thesis, Universidade de Coimbra, Portugal). Universidade de Coimbra.
- Obegi, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 431-446. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.4.431>
- Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.). (2009). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. Guilford Press.
- Palus, K. (2010). Wybrane psychologiczne uwarunkowania braku partnera życiowego w okresie wczesnej dorosłości. [The selected psychological factors of the lack of a lifetime partner in young adulthood]. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Pârvan, A. (2017). *Changing internal representations of self and other*. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00751>
- Prusiński, T. (2023). Factors promoting alliance quality: Differentiation of therapeutic alliance according to the formal aspects of the psychotherapeutic process and demographic variables. *The European Journal of Psychiatry*, 37(3), 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.11.002>
- Ramos, M. (2008). Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised (Tese de Mestrado). Universidade do Minho.
- Reiner, I., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Fremmer-Bombik, E., & Beutel, M. (2016). Adult attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients. *J. Affect. Disord.*, 195, 163–171.
- Sampaio, M. J. N. C. (2022). A vivência de relações amorosas à distância: Desafios e oportunidades à construção da vinculação em jovens adultos. *Revista de Psicologia Social e Clínica*, 32(4), 567–583. <https://doi.org/10.5935/psicclin.2022.089>

- Saxler, E. (2024). Therapeutic alliance in individual adult psychotherapy: A review of conceptualizations and outcomes. *Frontiers in Psychology*, 15, 1234–1245. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293851>
- Sekowski, M., & Prigerson, H. G. (2022). Disorganized attachment and prolonged grief. *Journal of Clinical Psychology*, 78(9), 1806-1823. <https://doi.org/10.1002/jclp.23287>
- Sequeira, A. C. F. C. M. (2022). A persuasão do psicoterapeuta: Relação com a aliança terapêutica e as competências interpessoais facilitadoras (Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (2021). The integration of three behavioral systems. In *Attachment theory and research: A reader* (pp. 74-86). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429023089>
- Simpson, J. A., & Rholes, S. W. (2017). Adult Attachment, Stress, and Romantic Relationships. *Current opinion in psychology*, 13, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clin. Psychol. Rev.*, 30, 326–337.
- Stefana, A., Di Matteo, S., Dakanalis, A., Fava, L., & Molgora, S. (2024). Patients' perspective on the therapeutic relationship and session quality: The central role of alliance. *Frontiers in Psychology*, 15, 1412391. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1412391>
- Stefana, A., et al. (2024). Perceptions of therapeutic relationship dimensions by therapy participants. *Frontiers in Psychology*. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2024.1367516/full>
- Stenzel, L. M. (2021). Habilidades terapêuticas interpessoais: A retomada de Carl Rogers na prática da psicologia baseada em evidências. *Psicologia Clínica*, 33(3), 557-572. <https://doi.org/10.1590/1678-717120210003557>

- Strauss, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Marquet, A., Papenhausen, R., et al. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: results of a multisite study. *Psychother. Res.*, 16, 579–594.
- Stubbe, D. E. (2018). The therapeutic alliance: The fundamental element of psychotherapy. *Academic Psychiatry*, 42(1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0830-9>
- Talia, A., Muzi, L., Lingiardi, V., & Taubner, S. (2018). How to be a secure base: Therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 9, 2788. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02788>
- Tozze, K. F., Silva, A. T. B., Garcia, V. A., & Nunes, P. L. (2017). Análise da interação terapeuta-cliente em sessões iniciais de atendimento. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 6(1), 24-39. <https://doi.org/10.1111/pacb.2017.6101>
- Videtta, G., Rossi, A., & Lombardi, F. (2025). *Effects of therapeutic alliance on patients with major depressive disorder: A longitudinal study*. *Journal of Affective Disorders*, 358, 34–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.014>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Wolgast, M. (2022). Socioeconomic status and the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology*. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jclp.23290>
- Zilcha-Mano, S., & Muran, J. C. (2022). The role of attachment in psychotherapy: Implications for practice and outcome. *Psychotherapy Research*, 32(5), 577-588. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1894269>

## **Anexos**

**Anexo 1****CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

Caro(a) participante,

A psicoterapia é um processo relacional complexo, no qual diversos fatores influenciam a forma como os clientes vivenciam o acompanhamento terapêutico. Entre estes fatores, destacam-se os estilos de vinculação e a qualidade da aliança terapêutica, aspetos amplamente reconhecidos pela investigação como fundamentais para o envolvimento e continuidade no processo psicoterapêutico.

O presente estudo tem como objetivo compreender, a partir da perspectiva dos clientes, de que modo a vinculação adulta se relaciona com a perceção da aliança terapêutica, nomeadamente no que se refere ao vínculo com o terapeuta, ao acordo relativo aos objetivos e às tarefas da intervenção. Pretende-se, assim, aprofundar a compreensão científica dos processos relacionais envolvidos na psicoterapia.

A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários que avaliam estas dimensões. Todo o processo é confidencial, sendo os dados recolhidos tratados de forma anónima e utilizados exclusivamente para fins de investigação científica.

A sua colaboração é de extrema importância para ampliar o conhecimento nesta área e, assim, contribuir para o desenvolvimento de práticas terapêuticas mais eficazes e sensíveis às necessidades dos clientes.

Investigadora: Vanessa Faria

Orientadora: Armanda Gonçalves

## Anexo 2

### CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Católica Portuguesa, vimos por este meio solicitar sua participação numa investigação intitulada “**A Relação dos Estilos de Vinculação e a Perceção da Aliança Terapêutica: Uma Perspetiva dos Clientes**”, sob orientação da Doutora Armanda Gonçalves.

**Introdução:** A investigação sobre os processos psicoterapêuticos e os fatores que influenciam a relação terapêutica permanece limitada no contexto nacional, tornando pertinente aprofundar este domínio. A literatura tem demonstrado que os estilos de vinculação influenciam a forma como os clientes se envolvem na relação terapêutica, afetando a perceção de segurança, colaboração e compromisso com o terapeuta. Compreender estas relações é essencial para enriquecer o conhecimento científico sobre os processos relacionais que sustentam a psicoterapia e que influenciam o desenvolvimento da aliança terapêutica.

**Finalidade e objetivos do estudo:** Este estudo tem como objetivo analisar de que modo os estilos de vinculação adulta se relacionam com a perceção da aliança terapêutica por parte dos clientes, considerando também o papel de variáveis pessoais que possam influenciar esta experiência. Pretende-se, assim, contribuir para uma compreensão mais aprofundada dos fatores que moldam a relação terapêutica em contexto psicoterapêutico.

**Modalidades de participação:** A investigação assenta numa abordagem quantitativa e exploratória, caracterizando-se por um estudo de natureza inferencial e correlacional. Para a recolha de dados utilizam-se os seguintes questionários:

a) A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) (Canavarro, 1997) é a adaptação portuguesa do instrumento original Adult Attachment Scale (AAS), desenvolvido por Collins e Read (1990).

b) O Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Cliente (Horvath, 1981, 1994; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989; versão portuguesa de Machado & Horvath, 1999).

**Condições de participação:** Para participar no estudo, é necessário ser cliente em consultas de psicologia.

**Vantagens ligadas à participação:** Os benefícios ligados à participação prendem-se com a contribuição para conhecimento científico da área.

**Participação voluntária e abandono ou exclusão do estudo:** A participação é estritamente voluntária e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes.

**Caráter confidencial das informações:** Apenas terão acesso aos dados recolhidos os investigadores responsáveis e o respetivo Professor orientador, pelo que garantimos o total anonimato e confidencialidade dos participantes.

**Questões sobre o estudo (informações e urgência):** Em caso de necessidade de informações complementares sobre o estudo podem contactar: Vanessa Faria para [vanessaidf99@gmail.com](mailto:vanessaidf99@gmail.com)

Pedimos deferimento ao pedido e desde já agradecemos a disponibilidade e atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

As investigadoras:

*Vanessa Faria*

*Armanda Gonçalves*

**Anexo 3****CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO**

Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga

**Estudo:** A Influência dos Estilos de Vinculação na Perceção da Empatia e na Qualidade da Aliança Terapêutica: Uma Perspetiva dos Clientes

**Investigador:** Vanessa Isabel Dantas Faria, sob a orientação da Professora Doutora Armanda Gonçalves

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga, encontro-me a realizar, uma investigação sob a orientação da Professora Doutora Armanda Gonçalves, que visa explorar, a partir da perspetiva dos clientes, de que forma os diferentes estilos de vinculação influenciam a qualidade da aliança terapêutica estabelecida durante o processo psicoterapêutico. Solicito, deste modo, a sua participação na referida investigação, que consistirá no preenchimento de um questionário sociodemográfico e questionários avaliação do estilo de vinculação e da qualidade da aliança terapêutica.

A duração da administração dos questionários está sujeita ao tempo que o participante levar a concluir todo o procedimento. Não há benefícios conhecidos para os participantes neste estudo, bem como também não existe qualquer tipo de risco.

A participação é voluntária. Se decidir, por algum motivo, não participar, não representa qualquer problema; se decidir participar poderá também desistir em qualquer momento do estudo sem que isso reporte alguma consequência para si. Não serão recolhidos dados de identificação e todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial, garantindo o seu anonimato.

Estou disponível para prestar esclarecimentos adicionais que julgue necessários, através do endereço de: e-mail [vanessaidf99@gmail.com](mailto:vanessaidf99@gmail.com)

Eu \_\_\_\_\_ reconheço que o processo de investigação descrito no formulário. Compreendo a importância da minha participação neste estudo. Certificaram-

me que os meus dados pessoais serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a minha identidade sem o meu consentimento.

Tomei conhecimento, que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento.

Pelo presente, eu aceito livremente a participação neste estudo.

Assinatura do participante

---

**Anexo 4****Questionário sócio-demográfico****1. Idade:**

-----

**2. Sexo:**

- Masculino
- Feminino
- Outro
- Prefiro não responder

**3. Estado civil:**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Em união de facto
- Prefiro não responder

**4. Nível de escolaridade:**

- Ensino básico
- Ensino secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro: \_\_\_\_\_

**5. Profissão:**

- Estudante
- Empregado(a) a tempo inteiro
- Empregado(a) a tempo parcial
- Desempregado(a)
- Aposentado(a)
- Outro: \_\_\_\_\_

**6. Área de atividade profissional (se aplicável):**

- Saúde
- Educação
- Administração
- Indústria
- Comércio
- Outro: \_\_\_\_\_

**7. Região de residência:**

- Norte de Portugal
- Centro de Portugal
- Sul de Portugal
- Açores
- Madeira
- Prefiro não responder

**8. Com que frequência tem acesso à psicoterapia?**

- Regularmente (uma vez por semana)
- Regularmente (quinzenalmente)
- Ocasionalmente (uma vez por mês)
- Esporadicamente (menos de uma vez por mês)

**9. Há quanto tempo está em psicoterapia?**

- Menos de 1 mês
- 1 a 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- Mais de 2 anos

**10. O seu acompanhamento psicológico é realizado no sistema:**

- Público
- Privado
- Não sei / Prefiro não responder