



**LSPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**OS ESTILOS DE VINCULAÇÃO, A EMPATIA E A  
ALIANÇA TERAPÊUTICA EM PSICÓLOGOS CLÍNICOS:  
UM MODELO DE MEDIAÇÃO**

CATARINA FILIPA FERREIRA SILVESTRE

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR DAVID NETO

**Professor do Seminário de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR DAVID NETO

Tese submetida como requisito parcial para obtenção de grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de David Dias Neto, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

À minha família por todo o apoio durante estes anos, na verdade durante toda a minha vida, sem eles era impossível ter esta educação, seguir os meus sonhos e estudar o que realmente gosto. Em especial ao meu irmão por todos os sacrifícios que fez em prol deste meu caminho.

À Alexandra Santana por iluminar estes cinco anos e por ser um poço de alegria.

À Sofia Ribeiro por me ter acompanhado e motivado a continuar sem nunca desistir.

À Ana Filipa pelo carinho e amizade e por ter as feromonas certas.

Ao Tiago Xavier por toda a ajuda e companheirismo, um obrigada gigante.

À Raquel Alexandra por me ter acompanhado durante esta fase de loucos!

A Rita e a Beatriz por todos os abraços e carinho.

A todos os meus amigos por estarem presentes e disponíveis para as tontices, alegrias, tristezas e desabafos.

E em cota parte, a mim própria pela resiliência após todos os obstáculos de saúde.

Ao meu orientador, David Neto, por ter apostado em mim e me ter orientado este ano que de certo que não foi fácil.

Obrigada !

## RESUMO

A investigação em psicoterapia, com foco no clínico, tem vindo a aumentar exponencialmente. É cada vez mais importante entender as características inerentes ao terapeuta que contribuem para o processo terapêutico. Desta forma o presente estudo visa compreender como é que a vinculação, característica do terapeuta, se relaciona com a aliança terapêutica, variável de processo, e de que forma é que a empatia pode mediar esta relação. Para o efeito, foi utilizada uma amostra composta por 148 psicólogos e/ou psicoterapeutas, com diferentes orientações teóricas, que responderam a três construtos, de auto-relato referentes à vinculação, à aliança terapêutica e à empatia. Como esperado foi verificada a relação significativa e positiva entre a vinculação segura e a aliança terapêutica, no entanto, não foi encontrada uma relação significativa entre a empatia e a aliança terapêutica, ao contrário do que seria espectável, nem se comprovou a existência do efeito de mediação da empatia na relação entre os estilos de vinculação e a aliança terapêutica. Posto isto, a empatia parece não contribuir para um efeito mediador no modelo proposto.

**Palavras-chave:** Psicoterapeuta, Psicólogo, Vinculação, Empatia, Aliança Terapêutica.

## **ABSTRACT**

Research in psychotherapy, focusing on therapists, has been increasing exponentially. It is becoming even more important to understand how the interpersonal characteristics of the therapists contribute to the therapeutic process. Thus, the present study aims to understand how the relationship between therapist attachment, interpersonal characteristic, relates to the work alliance, process variable, and the way empathy can mediate this relationship. With this purpose in mind, we gathered a sample composed of 148 psychologists and/or psychotherapists, with different theoretical orientations, who responded to three self-reported constructs referring to attachment, work alliance and empathy. As expected, a significant positive relationship was found between secure attachment and work alliance, however, no significant relationship was found between empathy and a work alliance, contrary to what was expected, nor was the mediation effect of empathy, in the relationship between attachment styles and the work alliance, proven. In sum, empathy doesn't seem to contribute to a mediating effect on the proposed model.

**Key-words:** Psychotherapist, Psychologist, Attachment, Empathy, Work Alliance.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Empatia.....	5
Aliança Terapêutica .....	8
O presente estudo.....	12
MÉTODO .....	14
Participantes.....	14
.....	16
Instrumentos.....	16
Questionário Sócio-Demográfico.....	16
Escala de Vinculação no Adulto (EVA).....	17
Índice de Reatividade Interpessoal (IRI).....	17
Inventário de Aliança Terapêutica (IAT) .....	18
Procedimento .....	19
RESULTADOS .....	20
Correlações.....	20
Impacto da Vinculação na Aliança terapêutica.....	20
Impacto da Vinculação na Empatia.....	22
Papel da Empatia na mediação na relação entre a Vinculação e a Aliança Terapêutica... 24	
DISCUSSÃO .....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS .....	44
Anexo I – Questionário Sócio-Demográfico.....	45
Anexo II – Outputs dos Dados Sócio-Demográficos.....	47
Anexo III – Contacto efetuado via plataformas online .....	49
Anexo IV – Carta de Consentimento Informado .....	50

Anexo V – Qualidades Métricas Avaliadas na Escala de Vinculação do Adulto (EVA)..	51
Anexo VI – Qualidades Métricas Avaliadas no Inventário de Reatividade Interpessoal (IRI).....	54
Anexo VII – Qualidades Métricas Avaliadas na Inventário de Aliança Terapêutica (IAT) .....	59
Anexo VIII – Correlações.....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Frequência do Estado Civil .....	15
<b>Tabela 2</b> Frequência da Orientação Teórica .....	15
<b>Tabela 3</b> Frequências das Associações de Psicoterapia .....	16
<b>Tabela 4</b> Regressão linear múltipla para a predição da aliança terapêutica e das suas dimensões.....	21
<b>Tabela 5</b> Tabela 5a Regressão linear múltipla para a predição da empatia e das suas dimensões.....	23
<b>Tabela 6</b> Tabela 6 Regressão linear simples para a predição da aliança terapêutica .....	25
<b>Tabela 7</b> Estatística Descritiva da Idade .....	47
<b>Tabela 8</b> Frequência do Sexo.....	47
<b>Tabela 9</b> Frequência das Habilitações Literárias .....	47
<b>Tabela 10</b> Frequência do Curso Universitário.....	48
<b>Tabela 11</b> Estatística Descritiva do Tempo (em anos) de Trabalho como Psicólogo e /ou Psicoterapeuta .....	48
<b>Tabela 12</b> Frequência de Formação em Associações de Psicoterapia .....	48
<b>Tabela 13.</b> Confiabilidade da EVA, subescala Ansiedade.....	51
<b>Tabela 14.</b> Confiabilidade da EVA, subescala Conforto com a Proximidade.....	51
<b>Tabela 15.</b> Confiabilidade da EVA, subescala Confiança nosso Outros .....	52
<b>Tabela 16.</b> Output da normalidade da EVA.....	53
<b>Tabela 17.</b> Confiabilidade da IRI, escala completa.....	54
<b>Tabela 18.</b> Confiabilidade da IRI, subescala Preocupação Empática.....	55
<b>Tabela 19.</b> Confiabilidade da IRI, subescala Tomada de Perspetiva.....	55
<b>Tabela 20.</b> Confiabilidade da IRI, subescala Fantasia.....	56
<b>Tabela 21.</b> Confiabilidade da IRI, subescala Desconforto Pessoal.....	57
<b>Tabela 22.</b> Output da Normalidade da IRI.....	57

<b>Tabela 23.</b> Confiabilidade da IAT, escala completa.....	59
<b>Tabela 24.</b> Confiabilidade da IAT, subescala Objetivo.....	60
<b>Tabela 25.</b> Confiabilidade da IAT, subescala Tarefa.....	60
<b>Tabela 26.</b> Confiabilidade da IAT, subescala Vínculo.....	61
<b>Tabela 27.</b> Output da Normalidade da IAT.....	61
<b>Tabela 28.</b> Correlações de Pearson entre a Empatia, a Aliança Terapêutica e os Estilos de Vinculação.....	63

## INTRODUÇÃO

A investigação em psicoterapia tem aumentado exponencialmente (Imel, Wampold, Miller, & Fleming, 2008; Norcross, 2002; Wampold et al., 1997), há cada vez mais a preocupação em perceber o “porquê” e o “como” dos resultados, ou a falta dos mesmos, no processo psicoterapêutico. Para o efeito é possível e pertinente estudar os clientes e os processos adjacentes à mudança e à eficácia da terapia, mas a investigação também pode e deve passar pelo estudo do processo psicoterapêutico, e dos fatores facilitadores deste mesmo processo. Não podemos então, deixar de parte o psicólogo ou o terapeuta que desempenha um dos papéis principais, e fundamentais, em psicoterapia e acompanhamento psicológico.

O terapeuta, como um indivíduo impactante no processo psicoterapêutico, tem vindo a ser considerado um dos fatores mais importantes para os resultados terapêuticos, existindo diferenças significativas entre terapeutas (Benish, Imel, & Wampold, 2008; Blatt, Zuroff, Quinlan, & Pilkonis, 1996; Huppert et al., 2001; Kim, Wampold, & Bolt, 2006). As características pessoais dos terapeutas são determinantes e importantes para a eficácia da terapia, tanto em terapias de curto como de longo prazo (Heinonen, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2012). No entanto, estes efeitos não têm sido investigados de forma consistente ou regular (Beutler, 1997), o papel que o psicólogo ou terapeuta desempenha no processo não é claro e inequívoco, existindo assim uma grande variação nos resultados obtidos por diferentes terapeutas. É neste ponto que o presente estudo se foca.

De que forma está o terapeuta implicado no processo psicoterapêutico? Que fatores pessoais contribuem para este mesmo processo? Não somos tábuas rasas. Um psicólogo ou terapeuta quando entra num processo de terapia com o cliente, fá-lo trazendo consigo a sua história, a sua experiência, as suas qualidades e defeitos, as suas técnicas e forma de agir e estar com o outro, também com as suas formas de sentir, pensar e comportar que, influenciam a sua abordagem ao processo terapêutico (Arthur, 2001; Topolinski & Hertel, 2007; Tremblay, Herron, & Schultz, 1986).

Várias investigações têm vindo a demonstrar que as qualidades interpessoais do terapeuta, tais como: a sua habilidade para ser afirmativo, responsivo, a sua capacidade empática (Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002; Najavits & Strupp, 1994) e a forma como age nas suas relações pessoais (Dunkle & Friedlander, 1996; Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009) são mais relevantes para o sucesso terapêutico do que o tipo de treino que teve, o nível de experiência ou até mesmo a sua orientação teórica. Ou

seja, as suas características pessoais aparentam ser mais importantes do que as profissionais, para determinar as suas capacidades terapêuticas. Desta forma, para compreender melhor o desenvolvimento dos clientes na psicoterapia, é imperativo que se investigue as características pessoais dos terapeutas que podem estar a facilitar ou não neste processo (Rogers, 1995; Strupp, 1958).

Posto isto, o presente estudo pretende investigar os fatores inerentes ao psicoterapeuta e o impacto destes numa variável de processo terapêutico. Ou seja, os conceitos investigados são os estilos de vinculação do terapeuta (seguro, evitante ou ansioso), a empática e a aliança terapêutica que este estabelece com o cliente.

## **Vinculação**

A teoria da vinculação é uma conceptualização complexa que contempla a forma como a pessoa se vê a ela própria e como se vê na relação com os outros (Bowlby, 1969). Tem por base o pressuposto que a socialização precoce com a família molda, de forma padronizada, a forma como as pessoas pensam, sentem e se comportam durante a sua vida e a forma como respondem a situações de stress e a percalços na vida (Bowlby, 1969, 2012). Mikulincer e Shaver (2003) sugerem que, o sistema de vinculação define o funcionamento das pessoas, o desenvolvimento da personalidade e a forma como aprendem e trabalham.

Um dos componentes essenciais para ativar os padrões de relação, adjacentes ao tipo de vinculação, é a existência de uma ligação relacional entre o próprio e uma outra pessoa significativa para este, como é o caso do terapeuta. Nem todas as relações ativam o sistema de vinculação (Bennett, 2008), depende da natureza da relação e das necessidades do indivíduo. Quando o sistema de vinculação é efetivamente ativado inicia-se a procura de conforto, na forma de espaço seguro, que inclui a oferta de segurança e uma base segura (Pistole & Fitch, 2008).

Apesar de o desenvolvimento do estilo de vinculação ocorrer na infância, existem diferentes investigações que suportam a afirmação de que o estilo de vinculação da infância se perpetua para os anos de adultícia (Diehl, Elnick, Bourbeau & Labouvie-Vief, 1998; Ehrlich, Cassidy, Lejuez & Daughters, 2014; Hazan & Shaver, 1987), e normalmente se mantém estáveis durante a vida (Fralely, 2002), embora possam ser modificados através de experiências de vida transformadoras ou intervenção terapêutica (Hamilton, 2000; Taylor, Rietzschel, Danguah & Berry, 2015). Diehl et al. (1998) e Shorey, Snyder, Yang e Lewin (2003) chegaram às seguintes percentagens dos três grandes estilos de vinculação numa

amostragem de adultos: 56% seguro, 25% evitante, 19% ansioso ou ambivalente, que vão de encontro a outros estudos (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2015; Hamilton, 2000; Hazan & Shaver, 1987).

Nas relações precoces, os pais promovem uma vinculação segura ao providenciarem bases seguras pelas quais os filhos podem explorar o ambiente natural e interpessoal, ao mesmo tempo que disponibilizam lugares seguros para voltarem quando as crianças ficam ansiosas e stressadas (Fleischman, & Shorey, 2016). Quando há consistência e disponibilidade, por parte dos pais, a procura de proximidade, por parte das crianças, torna-se a estratégia de regulação primordial para crianças com uma vinculação segura. Estas crianças acreditam no seu próprio valor, acreditam que o mundo é um lugar seguro e previsível, e nos outros como capazes de providenciar suporte quando necessário. Com estas crenças, elas comportam-se de forma a que os outros procurem neles suporte e aprovação (Fleischman, & Shorey, 2016).

Um estilo de vinculação segura no adulto é caracterizado por baixa ansiedade em relações próximas e baixo evitamento de proximidade e interdependência (Shaver & Mikulincer, 2002). São tipicamente confiantes na vida, sentem-se confortáveis com a intimidade, e são fáceis e satisfeitos nas suas relações interpessoais (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Arad, 1999; Mikulincer & Shaver, 2007). Tendem também a exibir níveis altos de empatia, capacidade de tomada de perspectiva e tolerância à ambiguidade.

Por outro lado, a vinculação insegura, isto é, ansiosa ou evitante, envolve ter ansiedade elevada e devido a isso ser caracterizado como ansioso, ambivalente ou preocupado, com um evitamento e/ou ansiedade elevado. Em adultos, estes indivíduos tendem a valorizar conquistas ao invés de relações, têm pouco insight das suas experiências emocionais e dificuldade em empatizar com a experiência subjetiva dos outros (Connors, 1997).

Quando os pais são inconsistentes na forma como respondem aos seus filhos as crianças tendem a desenvolver vinculações ansiosas. Devido às relações na infância terem sido reforçadas de forma variável, em adultos tendem a usar a procura de proximidade com os outros para lidar com o stress. Tornam-se orientados para a relação, atraídos na procura pela intimidade e não se afastam de experiências emocionais fortes. (Fleischman, & Shorey, 2016).

Pessoas com vinculações evitantes, em contraste, procuram abster-se de intimidade e suprimem as experiências emocionais fortes. Este padrão desenvolve-se através de relações

na infância com os pais que rejeitam consistentemente a proximidade dos seus filhos, e resistência a providenciar conforto (Connors, 1997).

Ou seja, adultos que reportam elevação na vinculação ansiosa experienciam sentimentos de abandono e emoções negativas. Adultos que reportam níveis altos de vinculação evitante sentem desconforto em estar próximos com outros, e podem abandonar situações que suscitem a mesma. Adultos que têm níveis baixos de vinculação evitante e de vinculação ansiosa, ou seja, que têm vinculação segura, têm grande probabilidade de reportar relações estáveis e de se sentirem confortáveis na proximidade com os outros (Lopez & Gormley, 2002).

No entanto alguns autores defendem que existem dois padrões de vinculação: o geral e o específico (Jerga, Shaver & Wilkinson, 2011). O padrão geral diz respeito à vinculação formada em idade precoce com o estabelecimento dos padrões de relação. O padrão específico diz respeito a um modelo de vinculação, ligado ao geral, mas que é específico da relação em questão. Este padrão específico foi considerado mais fiável e melhor preditor de aliança terapêutica e resultados do que o padrão geral (Cozzarelli, Hoekstra & Bylsma, 2000). Durante a relação terapêutica é esperado que o padrão específico esteja presente.

O estilo de vinculação no adulto aparenta afetar as relações humanas, incluindo as relações entre o terapeuta e o cliente (Rogers, Snow, Reysen, Winburn & Mazahreh, 2015). As dimensões da vinculação são variáveis importantes na investigação, apresentando diferenças individuais que predizem apresentações clínicas, respostas dos clientes ao tratamento e até como os terapeutas interagem com os clientes (Goldman, Hilsenroth, Owen & Gold, 2013; Shorey, 2010).

Na relação terapêutica, indivíduos que têm um estilo de vinculação segura tendem a comunicar a sua experiência interna de uma forma clara e aberta, enquanto que em vinculações ansiosas ou evitantes isso não acontece (Bretherton, 1995). Vinculações evitantes e ansiosas são associadas a *vieses* cognitivos de representação dos outros e do próprio (Shaver & Mikulincer, 2002), resultando em diferentes padrões de pensamento percecionando mais problemas relacionais quando na presença de stress relacional. Em adição a isso, os indivíduos com vinculação ansiosa e evitante tendem a ter problemas nas estratégias de regulação emocional (Cassidy, 1994; Shaver & Mikulincer, 2002). Indivíduos ansiosos tendem a hiperativar as suas respostas a experiências e eventos, enquanto os indivíduos evitantes tendem a suprimir a sua resposta.

A capacidade de uma pessoa para cuidar de outra pode estar relacionada com a sua própria experiência de ter sido cuidado por alguém. Terapeutas que tenham sido rejeitados ou negligenciados podem ter mais dificuldade para criar sentimentos de segurança na relação terapêutica (Mikulincer & Shaver, 2007).

Foram também estudados os efeitos da vinculação em variáveis de processo terapêutico, como a aliança terapêutica, havendo uma influência significativa e direta entre estas (Hilliard, Henry & Strupp, 2000). Ou seja, uma vinculação mais forte, estável e segura leva a alianças igualmente fortes estáveis e seguras.

## **Empatia**

O primeiro surgimento do conceito de empatia aparece, na literatura, em 1905 com Freud “Nós pegamos no estado físico do cliente em consideração, e pomo-nos dentro e tentamos percebê-lo comparando-o com o nosso estado” (p.917 citado por Hartley, 1995). Hoje em dia o conceito de empatia reflete o processo no qual a percepção do estado de outra pessoa gera um estado similar no observador (Preston & de Waal, 2002). Empatia é a capacidade de compreender a situação dos outros e imaginar como eles se sentem.

Kohut e Strozier (1985) afirmam que a empatia é a ressonância do próprio no *self* dos outros, de forma a serem compreendidos, quando há o esforço de compreender o outro. Esta definição é semelhante à de Kleinke (1978) que postula que a empatia tem como intuito a projeção da consciência do outro numa outra pessoa e a apreensão do mundo como ele o apreende. Kohut e Strozier (1985) observam que nem sempre a empatia é usada de uma forma positiva, mas mesmo quando usada de forma hostil, é preferível a não haver empatia de todo.

A capacidade de uma pessoa para ser empática é influenciada pela sua experiência de terem sido empáticos para consigo. O humano retém e internaliza as suas interações sociais, que transformam a sua relação consigo próprios e com o seu mundo (Vygotsky, citado por Staemmler, 2011).

A empatia tem vindo a ser descrita como um sistema neuro cognitivo tripartido em: empatia cognitiva, empatia emocional, e empatia motora (Blair, 2005). A empatia cognitiva diz respeito à habilidade de compreender o estado mental do outro, como as suas emoções, pensamentos ou intenções (Astington, Harris, & Olson, 1990; Hassenstab et al., 2007; Wellman, 1992). Este conceito é muito íntimo com a teoria da mente, pode ser medido

utilizando medidas subjetivas, de autopreenchimento, e medidas objetivas. A empatia emocional descreve a resposta emocional do individuo, em resposta ao estado afetivo do outro (Batson, Fultz & Schoenrade, 1987; Eisenberg & Miller, 1987; Hoffman, 1984; Mehrabian & Epstein, 1972), e pode ter duas formas de resposta, uma resposta à manifestação de emoções ou uma resposta a outros estímulos emocionais, como é o caso de frases emocionais (Blair, 2005), e é normalmente medida através de auto preenchimento instrumentos subjetivos. A empatia motora descreve o espelhar dos processos motores do outro, como a tendência para imitar e sincronizar as expressões faciais, as vocalizações e a postura e movimentos do outro (Blair, 2005; Preston & de Waal, 2002).

Davis (1983, 1996) propôs um modelo multidimensional da empatia, utilizado como base no presente estudo, envolvendo a combinação de aspectos cognitivos e emocionais. Os componentes cognitivos são a tomada de perspectiva, isto é, a habilidade espontânea de adotar o ponto de vista do outro, e a fantasia, representada pela tendência para imaginar os sentimentos e ações de figuras ficcionais, como, por exemplo, as dos filmes. Os componentes emocionais são a preocupação empática, onde estão envolvidos sentimentos sobre outros, como a simpatia e preocupação, e o stress pessoal, sentimentos de ansiedade ou tensão em situações interpessoais.

A capacidade de monitorizar e discriminar as emoções do próprio e dos outros está associada à capacidade de empatizar, particularmente em tomar a perspectiva do outro, assim como sentir preocupação emocional por este (Miville, Carlozzi, Gushue, Schara, & Ueda, 2006).

A empatia é uma capacidade básica, e é uma das chaves para uma psicoterapia eficaz (McLeod, 1999; Staemmler, 2011). Nos terapeutas, tem vindo a ser associada com resultados positivos na terapia, pois é considerada uma característica importante para o sucesso da mesma, sendo um indicador fiável de eficácia (Abendroth, Horne, Ollendick & Passmore, 1977; Barbera & Waldron, 1994; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; DeGeorge & Constantino, 2012; Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 2000; Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Sexton & Whiston, 1991). Mas outros autores também atribuem à empatia a responsabilidade pela diminuição da resistência dos clientes (Patterson & Forgatch, 1985) e também ao abandono da terapia (Harwood & Eyberg, 2004).

Rogers (1957) trabalha a empatia como uma variável que tem uma influência direta no processo e no resultado terapêutico, no entanto, não é claro se a percepção está relacionada com a capacidade empática real do clínico (Hassenstab et al., 2007), havendo então dados

ambíguos na investigação. Quanto melhor for a empatia do terapeuta, maior a probabilidade de o processo terapêutico resultar numa maior mudança no cliente, pois permite ao terapeuta entrar no mundo do cliente e compreender as suas experiências emocionais (Farber, 2007; Rogers, 1952). Hartley (1995) afirma que um terapeuta verdadeiramente empático, promove crescimento no cliente através da partilha e compreensão do seu estado psicológico.

A empatia tem vindo a ser muito estudada independentemente da base teórica das investigações. A maioria das medidas de empatia são agregadas a medidas de eficácia, para perceber a eficácia da terapia, e encontram-se com muitos erros na sua medição devido à subjetividade de quem responde aos construtos (Hartley, 1995).

A teoria e a prática da psicoterapia têm como base a noção de que a experiência do cliente pode e deve ser compreendida pelo terapeuta (Carkhuff, 2017; Rogers, 1975). Patterson (1989) e Rogers (1992) defendem que a compreensão empática é uma condição necessária e suficiente para a mudança psicoterapêutica, porque a essência da terapia é o interesse clínico do terapeuta no mundo interno do cliente (Hartley, 1995). No entanto, a capacidade de ser empático não é genética nem inerente à pessoa, é sim o resultado de aprendizagem e treino (Mullen, & Abeles, 1971), sendo assim ensinada como uma ferramenta terapêutica desde o início da formação do psicoterapeuta, é ainda assim necessário um maior desenvolvimento desta capacidade (Egan, 1990).

Os terapeutas exigem mais empatia cognitiva do que pessoas que não são terapeutas. O treino e exposição frequente a interações afetivas, durante a psicoterapia, pode influenciar a capacidade de os terapeutas moderarem os níveis de stress face a situações emocionais, possivelmente através de um processo intelectual, ou mecanismos de defesa. O treino e experiência em psicoterapia aparentam ter algum impacto na empatia cognitiva (Hassenstab et al., 2007).

Posto isto, o comportamento empático, por parte do terapeuta, pode inicialmente conduzir a sentimentos de acolhimento e compreensão, mas também pode ter o potencial de levar o terapeuta, inadvertidamente, a reforçar e manter padrões comportamentais não adaptativos (Patterson & Chamberlain, 1994).

Stebnicki (1999) introduz o conceito de fadiga empática que diz respeito ao resultado de exaustão emocional, mental, física e ocupacional que ocorre a terapeutas que revisitam as suas feridas pelos relatos dos clientes. Parece ser um processo paralelo que os terapeutas experienciam quando são empáticos e envolvidos com a experiência do cliente com histórias

traumáticas. Manter o foco empático no cliente pode, por vezes, levar a dificuldades em manter a distância desejável no contexto clínico (Bibace & Walsh, 1982).

A empatia e a vinculação também se encontram associadas, sugerindo que os estilos de vinculação podem influenciar a habilidade de ser empático com o cliente. Terapeutas com vinculação segura tendem a ser mais empáticos, terapeutas com vinculação evitante estão associados a menos empatia (Rubino, Barker, Roth, & Fearon, 2000; Westmaas & Silver, 2001) e terapeutas mais ansiosos respondem de forma geral de forma menos empática do que os menos ansiosos (Rubino et al., 2000).

Por outro lado, Trusty, Ng e Watts (2005) descobriram que terapeutas com níveis de vinculação ansiosa elevada e vinculação evitante baixa, tinham mais empatia emocional com os clientes, por outro lado, terapeutas que tenham uma vinculação ansiosa baixa e vinculação evitante alta têm menos empatia emocional com os clientes (Gnilka, Rice, Ashby & Moate, 2016).

### **Aliança Terapêutica**

A aliança terapêutica tem vindo a ser abundantemente estudada e sabe-se hoje que é um dos fatores com mais importância no processo psicoterapêutico (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Norcross, 2002; Park, 2017), sendo um bom preditor de resultados (Horvath et al., 2011; Marmarosh & Kivlighan Jr, 2012; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004) nos mais variados modelos teóricos. A investigação demonstra que quando se estuda a qualidade da aliança terapêutica, como um indicador de processo, esta é um dos melhores preditores de bons resultados terapêuticos (Horvath & Greenberg, 2000; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991). No entanto, as respostas dos terapeutas apresentam grande variabilidade quando questionados sobre esta capacidade preditora da aliança terapêutica sobre os resultados (Horvath et al., 2011).

Bordin (1979) introduz um modelo tripartido da aliança terapêutica em que a define como: a concordância mútua entre o cliente e o terapeuta nas tarefas, objetivos e a existência de ligação emocional ou vínculo entre estes. Bordin sugere que a aliança inicial é formada através do acordo mútuo nos objetivos da terapia focando-se nas mudanças que iram acontecer na vida do cliente. Seguidamente o acordo nas tarefas que precisam de ser desempenhadas para atingir os objetivos desejados. O processo de identificação dos objetivos mais significativos, assim como o compromisso mútuo sobre as tarefas a desempenhar, ajudam a criar a ligação emocional entre o cliente e o terapeuta. A ligação

corresponde ao nível de confiança, respeito e gosto um pelo outro necessário para as tarefas serem eficazes e os objetivos atingidos.

Bordin (1979) afirma ainda que a compatibilidade das preferências do cliente e do terapeuta, como por exemplo a preferência de estilo de trabalho, afeta a probabilidade dos diferentes objetivos e tarefas serem acordados por ambos. Um bom emparelhamento entre as preferências do cliente e do terapeuta é um elemento que pode influenciar a força da aliança terapêutica assim como as características pessoais destes. Langs (1989) sugeriu que depois da relação terapêutica ser formada, a aliança torna-se implícita até haver uma interrupção.

A aliança terapêutica é uma característica inerente a todas as relações terapêuticas e, por sua vez, a todos os processos de acompanhamento psicológico independentemente do modelo teórico que esteja na base (Gelso & Carter, 1994). Esta desenvolve-se quer em terapias de curta quer de longa duração, tipicamente durante as primeiras 3 a 5 sessões (Horvath & Greenberg, 1989; Miller, Luborsky, Barber, & Docherty, 1993).

Baldwin e Imel (2013) através de uma revisão extensa de variados estudos concluem que existem diferenças, entre os terapeutas, na sua capacidade para criar, manter e nutrir alianças terapêuticas fortes (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen, & Rønnestad, 2013), o que fomenta a necessidade de haver mais investigação focada nesta temática e na natureza destas mesmas diferenças. Ou seja, há terapeutas mais capazes para construir e sustentar alianças terapêuticas mais fortes do que outros o que, segundo Baldwin, Wampold e Imel (2007) pode, por vezes, ser determinante para o sucesso da terapia. Um cliente beneficia mais se consultar um terapeuta que costuma ter maioritariamente alianças terapêuticas fortes em detrimento de alianças terapêuticas fracas, e estes resultados são independentes da qualidade de aliança do cliente.

Os terapeutas ao garantirem uma boa aliança terapêutica podem aumentar as hipóteses de criarem uma experiência profunda e significativa nas sessões com os clientes (Hauser & Hays, 2010; Sackett, & Lawson, 2015). Existem vários mecanismos e fatores que potenciam uma boa relação terapêutica. A capacidade de *self-awareness* do terapeuta sobre o processo da terapia é um dos mecanismos eficazes para melhorar a aliança terapêutica (Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes, 2011), assim como a tomada de consciência do impacto que as suas próprias características têm na relação que estabelecem com o cliente (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010).

Dunkle e Friedlander (1996) descobriram que os níveis de conforto com a proximidade, percepção de apoio social e a qualidade das relações privadas dos terapeutas contribuem positivamente para a criação de um vínculo precoce com o cliente. No entanto, na investigação conduzida por Heinonen, et al. (2014), as experiências pessoais nas relações privadas dos terapeutas não predizem a aliança com o cliente. A sugestão de Lazarus (1993) é que os terapeutas se moldem a cada cliente que atendem e que não tratem todos da mesma forma conseguindo assim uma melhor ligação com cada um destes.

Por outro lado, também existem fatores que podem ferir a qualidade da aliança terapêutica. A falta de capacidade do terapeuta para prever a percepção do cliente sobre a aliança terapêutica e o trabalho realizado, põe em causa a existência de outras falhas na percepção, levantando preocupações sobre a capacidade destes terapeutas para identificar processos dolosos para o cliente, que possam aumentar ou intensificar o risco de não virem a melhorar no tratamento o que pode resultar no dropout (Zilcha-Mano, Muran, Eubanks, Safran, & Winston, 2018). Outro aspeto que pode pôr em causa o estabelecimento da aliança terapêutica é discutir a relação terapêutica demasiado cedo antes de se estabelecer segurança na mesma (Kiesler, 1988), o que pode ser intimidante para os clientes. O não discutir de todo a relação terapêutica durante o processo é também considerado um fator desencadeante de problemas no estabelecimento e manutenção da aliança.

Uma forma comum de medir a aliança terapêutica passa por perguntar diretamente ao cliente ou ao terapeuta sobre os aspetos inerentes à mesma. Vários estudos têm revelado diferenças importantes entre os terapeutas e os clientes e as suas percepções sobre a aliança terapêutica (Elliott & James, 1989; Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005). Foram também encontradas correlações fracas entre os *scores* do cliente e os do terapeuta sobre a aliança terapêutica (Andrade-González, Lahera, & Fernández-Liria, 2017). No entanto, outros estudos têm encontrado correlações fortes e moderadas entre os *scores* dos clientes e dos terapeutas, quer em terapia de curto ou longo curso (Bethea, Acosta, & Haller, 2008; Fitzpatrick et al., 2005; Muran et al., 2009) havendo, então, alguma incongruência nos resultados. A aliança terapêutica é considerada uma variável que é facilmente afetada pela perspectiva de quem a cota, visto se tratar de questionários de auto-relato na sua maioria.

Geralmente os terapeutas e os clientes têm diferentes perspectivas sobre a sua relação terapêutica (Elliott & James, 1989), diferindo especialmente na perspectiva sobre a aliança terapêutica (Fitzpatrick et al., 2005), sendo que os clientes pontuam num nível superior em relação aos terapeutas (Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007) e os terapeutas tendem a cotar a aliança terapêutica com base no que sabem ser uma boa aliança.

Apesar de muitos estudos em psicoterapia terem observado que as cotações dos clientes têm uma correlação forte com resultados em comparação com as dos terapeutas (Fitzpatrick et al., 2005; Muran et al., 2009), outros encontraram que os *scores* dos terapeutas, medidos no final do processo terapêutico, predizem uma grande porção da variação do resultado (Bethea et al., 2008; Kivlighan & Shaughnessy, 1995).

A empatia pode ter impacto na aliança terapêutica através de duas vias: no desenvolvimento e manutenção da aliança e através da influência de outros processos paralelos à aliança (Wing Jr., 2010). Safran, Muran e Samstag (1994) sugerem que a empatia do terapeuta medeia o processo e o resultado ao permitir a expressão de sentimentos difíceis sobre a relação terapêutica, e assim, facilitando a detecção e resolução de potenciais rupturas na aliança terapêutica (Burns, 1999; Burns & Auerbach, 1996; Safran & Segal, 1996).

A empatia e a aliança terapêutica são dois dos melhores preditores de resultados terapêuticos (Bohart et al., 2002; Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000), no entanto, há uma carência de conhecimento sobre a relação entre estas. Foram encontradas correlações elevadas entre a empatia e a aliança, o que pode levar à conclusão de que ambas fazem parte do mesmo processo, tendo vindo a ser afirmado que são empiricamente inseparáveis e difíceis de discriminar. (McCabe & Priebe, 2004).

Não há evidência congruente sobre a influência do estilo de vinculação do terapeuta no desenvolvimento da aliança terapêutica. É plausível pensar que as experiências passadas do terapeuta e a habilidade de formar relações vai influenciar a qualidade das relações terapêuticas com os clientes. A teoria da vinculação representa uma forma importante de pensar sobre o desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica e na resolução de conflitos dentro da relação (Rubino et al., 2000).

Ainda assim, existe alguma discrepância nos resultados obtidos por diferentes estudos. Ligiéro e Gelso (2002), por exemplo, não encontraram nenhuma relação entre a vinculação e a aliança terapêutica, assim como outros estudos (e.g. Bruck, Winston, Aderholt & Muran, 2006; Bucci, Seymour-Hyde, Harris & Berry, 2016; Petrowski, Nowacki, Pokorny, & Buchheim, 2011; Sauer, Lopez & Gormley, 2003). Daniel (2006) propões inclusive que as discrepâncias se centravam na investigação entre a vinculação do terapeuta e todas as variáveis de processo terapêutico e não só com a aliança. No entanto, outras investigações encontraram resultados sugestivos de que a capacidade do terapeuta para formar uma aliança terapêutica forte com o cliente pode ser influenciada pelo estilo de vinculação do terapeuta (Black, Hardy, Turpin & Parry, 2005; Sauer et al., 2003). Por exemplo, alguns estudos

postulam que a vinculação segura está relacionada positivamente com a aliança terapêutica (Black et al., 2005), possivelmente pela maior flexibilidade e sensibilidade no papel de cuidadores (Mallinckrodt, 2000).

Outras investigações notaram que a vinculação insegura (i.e., evitante e ansiosa) está relacionada negativamente com a aliança terapêutica. Sendo que terapeutas com vinculação ansiosa, tendem a ter alianças terapêuticas positivas nos primeiros tempos da terapia, mas estes efeitos tendem a diminuir consoante a terapia progride (Sauer et al., 2003) e reportam mais problemas em conduzir as sessões terapêuticas e muita dificuldade em formar e manter alianças terapêuticas (Black et al., 2005; Dinger, Strack, Sachsse & Schauenberg, 2009, Sauer et al., 2003).

Meyer e Pilkonis (2001) sugerem que a vinculação ansiosa não é desejável como característica do terapeuta visto que este tipo de vinculação leva à perceção de uma maior dificuldade a gerir as ruturas na aliança terapêutica (Black et al., 2005). Estas descobertas são consistentes com a visão de Bowlby (2012) sobre a influência da vinculação sobre a capacidade do terapeuta para agir com bases seguras e estabelecer uma aliança terapêutica forte.

Como resultado, indivíduos com vinculações ansiosas podem desenvolver uma visão exagerada dos problemas na relação terapêutica, dando cotações baixas à qualidade da relação. Em contraste, estilos evitantes adotam a visão de que está tudo bem e dão cotações inflacionadas na qualidade da relação (O'Connor, Kivlighan Jr, Hill, & Gelso, 2019).

Ainda assim, nas investigações que relacionam a vinculação com a aliança, há algumas inconsistências. Por exemplo, numa investigação que estabeleceu uma relação entre a vinculação segura e alianças terapêuticas mais fortes em comparação com a vinculação insegura (Diener & Monroe, 2011; Smith, Msetfi & Golding, 2010), foram identificadas algumas incongruências na literatura e concluiu-se que não havia dados suficientes para comprovar uma relação forte entre as dimensões da vinculação e a aliança terapêutica (Smith et al., 2010).

## **O presente estudo**

O presente estudo centra-se, portanto, na relação entre as três variáveis supracitadas, isto é, a aliança terapêutica, a vinculação e a empatia. Para melhor compreender o processo psicoterapêutico é necessário investigar as características dos terapeutas que têm influência neste mesmo processo (Rogers, 1995; Strupp, 1958). A vinculação é uma das características do terapeuta que têm vindo a ser estudadas, no processo terapêutico, como podendo afetar

a relação entre o cliente e o terapeuta (Rogers et al., 2015). A vinculação pode ser considerada um modelo relacional padronizado que pode influenciar a capacidade de ser empático com os outros (Vygotsky, citado por Staemmler, 2011). Há uma carência de investigação sobre a relação entre a empatia e a aliança terapêutica sendo que os resultados que existem não são congruentes. Mas, por outro lado, há uma extensa literatura no que diz respeito à relação entre a vinculação e a aliança terapêutica, embora os resultados não apontem todos para uma conclusão una e consensual é possível inferir que os estilos de vinculação surtem impacto significativo na aliança terapêutica (Rubino et al., 2000). Se o estilo de vinculação afeta a habilidade do terapeuta de entender o estado mental do cliente, conseqüentemente a variação da sua capacidade empática vai afetar a sua habilidade de formar alianças terapêuticas ou de resolver conflitos nesta (Eagle, 1997).

Foi encontrada, na investigação consultada, uma relação significativa e direta entre os estilos de vinculação e a aliança terapêutica (e.g. Hilliard et al., 2000), no entanto, existem poucos estudos que se focam nos mediadores ou moderadores desta relação. Sendo a vinculação uma característica pouco sensível a mudanças, exceto por intervenção terapêutica ou experiências de vida específicas (Hamilton, 2000; Taylor et al., 2015), sublinha-se a importância de estudar outras variáveis, trabalháveis e modificáveis, com impacto na relação entre a vinculação e aliança terapêutica para colmatar alguns efeitos negativos. A capacidade de ser empático é algo que é sensível a mudanças e que pode ser melhorado através de um processo de aprendizagem e treino.

Posto isto, o presente estudo pretende investigar o efeito de mediação da empatia sobre a relação da vinculação com a aliança terapêutica. Levantam-se as seguintes hipóteses: 1) A vinculação segura relaciona-se positivamente com a aliança terapêutica; 2) A vinculação segura relaciona-se positivamente com a empatia; 3) A empatia medeia positivamente a relação entre a vinculação e a aliança terapêutica.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo com um delineamento transversal e correlacional com método quantitativo de tratamento de dados (Ribeiro, 2010), em que se pretende avaliar as relações lineares das dimensões das variáveis a ser estudadas: vinculação, empatia e aliança terapêutica. Assim como a avaliação do efeito de mediação da empatia sobre a relação da vinculação e aliança terapêutica.

### Participantes

A amostragem foi não-probabilística e por conveniência não sendo assim representativa da população em estudo. Foram incluídos, no estudo, todos os psicólogos clínicos e psicoterapeutas independentemente da sua orientação teórica. Tinha-se como fatores de exclusão profissionais que: (1) não tinham formação em psicologia e/ou em sociedades de terapia psicológica e (2) não tinham experiência em psicologia clínica ou psicoterapia (Anexo I). Posto isto, foram recolhidas, no total, 158 respostas, no entanto, devido aos fatores de exclusão a amostra do estudo é constituída por 148 psicólogos e psicoterapeutas.

Dos 148 clínicos (Anexo II) da amostra, 85,1% eram do sexo feminino (n=126) e 14,9% do sexo masculino (n=22) com uma média de idades de 37,1 anos (DP = 9,74;  $\Delta$ = 23-64), sendo que maior parte da amostra é solteira, 37,8% (n=56) e casada, 34,5% (n=51) (Tabela 1). Quanto às habilitações literárias, 37,8% (n=56) são licenciados, 58,1% (n=86) têm um mestrado, 2% (n=3) são doutorados e 2% (n=3) possuem outras habilitações literárias (e.g. especialidade e pós-graduação). As habilitações literárias incidem 97,3% em cursos dentro do espectro da psicologia. Possuem, em média 8,83 anos de experiência clínica (DP = 7,95;  $\Delta$  = 1-35).

**Tabela 1.** Frequência do Estado Civil

<i>Estado Civil</i>		Frequência	Porcentagem
Válido	Solteiro	56	37,8
	Casado	51	34,5
	União de Facto	26	17,6
	Separado	2	1,4
	Divorciado	13	8,8
	Total	148	100,0

A orientação teórica (Tabela 2) mais representada é a Cognitivo-Comportamental (47,3%) seguida da Psicanálise (25,7%). A amostra é ainda constituída por 42 (28,4%) sujeitos com formação em associações de psicoterapia maioritariamente em associações com orientação Cognitivo-Comportamental (28,9%) (Tabela 3).

**Tabela 2.** Frequência da Orientação Teórica

<i>Orientação Teórica</i>		Frequência	Porcentagem
Válido	Cognitivo-Comportamental	70	47,3
	Gestalt	7	4,7
	Psicoterapia Breve	1	,7
	Psicanálitica	38	25,7
	Integrativo	5	3,4
	Humanista	9	6,1
	Fenomenológica-Existencial	6	4,1
	Sistémico	6	4,1
	Outro	6	4,1
	Total	148	100,0

**Tabela 3.** Frequências das Associações de Psicoterapia

<i>Associações de Psicoterapia</i>		Frequência	Porcentagem
Válido	Associações de Terapia Cognitivo-Comportamental	11	7,4
	Associações de Terapia Gestalt	2	1,4
	Associações de Arte-Terapia	2	1,4
	Associações de Terapia Psicanalítica	4	2,7
	Associações de Terapia Psico-drama	1	,7
	Associações de Terapia Centrada na Pessoa	3	2,0
	Associações de Terapia Fenomenológica-Existencial	2	1,4
	Associações de Terapia Familiar	3	2,0
	Outros	10	6,8
	Total	38	25,7
Omisso	99	110	74,3
Total		148	100,0

### Instrumentos

Para a realização deste estudo foram necessários quatro instrumentos: o Questionário Sócio-Demográfico, a Escala de Vinculação no Adulto (EVA), ou Adult Attachment Scale (AAS), o Inventário de Aliança Terapêutica (IAT), ou Work Alliance Inventory (WAI) e o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI), ou Interpersonal Reactivity Index,

**Questionário Sócio-Demográfico (Anexo I).** Procedeu-se à construção de um questionário sócio-demográfico, específico para este estudo, com o intuito de uma melhor caracterização da amostra mas também de avaliação dos fatores de exclusão. Neste mesmo questionário considerou-se a idade; o sexo; estado civil; as habilitações literárias e em que área de estudos estas se inseriam; a pertença, ou não, a associações de formação em psicoterapia e quais seriam estas; a orientação teórica com que orientava o seu trabalho como psicólogo/psicoterapeuta e, por último, há quanto tempo exercia funções na área do acompanhamento psicológico.

**Escala de Vinculação no Adulto (EVA).** A escala foi inicialmente proposta por Collins e Read (1990) que a denominaram de Adult Attachment Scale, sendo posteriormente traduzida e adaptada por Canavarro (1997). É um questionário de auto-relato destinado a avaliar a vinculação no adulto. Tem 18 itens divididos equitativamente por três dimensões: ansiosa, segura e evitante. Estas dimensões sofreram algumas alterações ao longo dos anos de investigação tendo sido alterada a denominação das dimensões para Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros, respetivamente (Canavarro, Dias & Lima, 2006). Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 1 a 5 em que 1 corresponde a “Nada característico em mim” e 5 a “Extremamente característico em mim”.

A primeira dimensão, *Ansiedade* (e.g. “Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.”), refere-se à experiência de ansiedade, por parte do sujeito, relacionada com dimensões interpessoais de receio de abandono e de perda de amor do outro. A dimensão *Conforto com a Proximidade* (e.g. “Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.”), refere-se ao nível com que o sujeito se sente confortável com a intimidade e proximidade ao outro. A última dimensão, *Confiança nos Outros* (e.g. “Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.”), recai sobre a confiança, experienciada pelo sujeito, nos outros e na disponibilidade dos outros, quando o sujeito necessita dessa disponibilidade.

A EVA no presente estudo apresenta valores, de consistência interna, moderados, isto é, na subescala *Ansiedade* a consistência interna é elevada ( $\alpha=0,872$ ), mas na subescala *Conforto com a Proximidade* a consistência interna é moderada ( $\alpha=0,71$ ) assim como na subescala *Confiança nos Outros* ( $\alpha=0,649$ ), estando no entanto um pouco inferior ao desejável. Visto que o presente estudo se foca na análise das subescalas e não no construto como um todo optou-se pela análise individual de cada subescala. No mais recente estudo de validação da escala para a população portuguesa Canavarro et al. (2006) encontraram consistências internas elevadas para a subescala *Ansiedade* ( $\alpha=0,84$ ), no entanto as subescalas *Conforto com a Proximidade* ( $\alpha=0,67$ ) e *Confiança nos Outros* ( $\alpha=0,54$ ) apresentavam valores moderados baixos.

**Índice de Reatividade Interpessoal (IRI).** Foi introduzido inicialmente por Davis (1983), Interpersonal Reactivity Index, tendo posteriormente sido adaptado por Limpo, Alves e Castro (2010). É um questionário de auto-relato que avalia a Empatia. Tinha, na versão original, 28 itens sendo que na versão portuguesa é constituída por 24 itens divididos equitativamente por quatro subescalas: *Tomada de Perspetiva*, *Preocupação Empática*, *Fantasia* e *Desconforto Pessoal*. Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 0 a 4 em que 0 corresponde a “Não me descreve bem” e 4 a “Descreve-me muito bem”.

A primeira dimensão *Tomada de Perspetiva* (e.g. “Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão.”), refere-se à propensão para adotar o ponto de vista do outro. A dimensão *Preocupação Empática* (e.g. “Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.”), recai na aptidão de experienciar preocupação pelo outro e compaixão. A dimensão *Fantasia* (e.g. “Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance.”), avalia a capacidade do sujeito para se colocar numa situação fictícia. E por último, a dimensão *Desconforto Pessoal* (e.g. “Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva.”), reflete sentimentos de ansiedade e desconforto em contextos interpessoais complexos.

A IRI no presente estudo apresenta uma consistência interna moderada ( $\alpha=0,732$ ) na escala total. Relativamente às subescalas, a *Tomada de Perspetiva* ( $\alpha=0,714$ ), a *Fantasia* ( $\alpha=0,765$ ) e o *Desconforto Pessoal* ( $\alpha=0,795$ ) apresentam consistências internas moderadas altas, no entanto a subescala *Preocupação Empática* ( $\alpha=0,635$ ) apresenta um valor moderado baixo. Na validação da escala para a população portuguesa Limpo et al. (2010) encontraram consistências internas elevadas para a subescala *Fantasia* ( $\alpha=0,84$ ) e *Desconforto Pessoal* ( $\alpha=0,80$ ), no entanto as subescalas *Preocupação Empática* ( $\alpha=0,76$ ) e *Tomada de Perspetiva* ( $\alpha=0,73$ ) apresentavam valores moderados.

**Inventário de Aliança Terapêutica (IAT).** Machado e Horvath (1999) procederam à validação para a população portuguesa da Work Alliance Inventory (WAI) produzido por Horvath e Greenberg (1989). É um questionário de auto-relato que permite a avaliação da qualidade da aliança terapêutica de acordo com o modelo transteórico de Bordin (1979). A versão reduzida para terapeutas, utilizada neste estudo, contém 12 itens agrupados em três subescalas e distribuídos equitativamente: Acordo em Relação aos *Objetivos*, Acordo em Relação às *Tarefas* e *Vínculo/Ligação* entre o cliente e o terapeuta. Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 1 a 7 em que 1 corresponde a “Nunca” e 7 a “Sempre”.

A dimensão *Objetivos* (e.g. “O(a) meu(minha) paciente e eu trabalhamos para objetivos que foram mutuamente acordados”), referente ao acordo entre terapeuta e cliente dos objetivos da terapia. A dimensão *Tarefas* (e.g. “O(a) meu(minha) paciente e eu estamos de acordo acerca das coisas que ele(a) precisa de fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação”) que recai sobre o acordo das tarefas a desenvolver na terapia, entre o terapeuta e o cliente. E por fim, a dimensão *Vínculo* (e.g. “O(a) meu(minha) paciente e eu confiamos um no outro”), que corresponde à relação criada entre o terapeuta e o cliente.

A IAT no presente estudo apresenta uma consistência interna elevada ( $\alpha=0,877$ ) para a escala total assim como para a subescala *Tarefa* ( $\alpha=0,803$ ) e subescala *Vínculo* ( $\alpha=0,796$ ) apresenta um valor moderado alto. No entanto o *Objetivo* ( $\alpha=0,485$ ) tem uma consistência interna baixa. No estudo de validação da escala para a população portuguesa Machado e Horvath (1999) encontraram também consistências internas elevadas para a escala ( $\alpha=0,95$ ).

### **Procedimento**

Após a revisão teórica e a seleção dos instrumentos a serem utilizados iniciou-se a recolha de dados através de diversas plataformas online, construindo-se para esta finalidade um formulário online na plataforma *GoogleForms* com o objetivo de alcançar o público alvo de uma forma mais eficiente. Recorreu-se ao *Facebook*, mais concretamente a grupos em que a temática principal incidia sobre a psicologia e ao *LinkedIn* para uma divulgação mais focada na população alvo, tendo, neste caso, o contacto sido feito individualmente a cada sujeito que preenchesse, aparentemente, as condições de inclusão no presente estudo (Anexo III). A recolha dos dados decorreu durante aproximadamente três meses.

O questionário online iniciava-se com o consentimento informado (Anexo IV) onde era questionada a intenção de participação no presente estudo, seguido do questionário sócio-demográfico e das escalas referentes às variáveis a ser estudadas.

Para a realização da análise estatística subsequente foi utilizado o *Software SPSS Statistics*, versão 25.0.

## RESULTADOS

Com o intuito de utilizar testes paramétricos na análise estatística, necessária para o estudo das hipóteses levantadas anteriormente, foi analisada a normalidade dos instrumentos utilizados. A amostra apresentou uma distribuição normal nos três construtos avaliados em termos de assimetria e curtose (i.e.  $Sk < |3|$ ;  $Ku < |7|$ ): EVA  $|sk| = 0,268$ ;  $|ku| = 0,014$ ; IRI  $|sk| = -0,068$ ;  $|ku| = -0,559$ ; IAT  $|sk| = -1,006$ ;  $|ku| = 1,702$ . Na avaliação da normalidade através do teste Shapiro-Wilk, tanto a escala EVA (SW=0,984,  $p=0,078$ ) como a IRI (SW=0,990,  $p=0,352$ ) apresentam uma distribuição normal, no entanto, a escala IAT (SW=0,946,  $p=0,000$ ) não segue uma distribuição normal. Posto isto, e devido ao tamanho da amostra (N=148) e considerando o Teorema do Limite Central (Marôco, 2018) optou-se pela não exclusão do construto e pela utilização de testes paramétricos no presente estudo.

### Correlações

No decorrer da análise estatística foi possível verificar a existência de algumas relações significativas. Ter formação em psicoterapia está associado a uma melhor aliança terapêutica ( $r=0,190$ ,  $p<0,05$ ) nomeadamente nas dimensões da tarefa ( $r=0,194$ ,  $p<0,05$ ) e do objetivo ( $r=0,194$ ,  $p<0,05$ ) mas não no vínculo. Ter formação em psicoterapia ( $r=-0,253$ ,  $p<0,05$ ) e ter mais anos de experiência ( $r=-0,165$ ,  $p<0,05$ ) estão significativamente associados a um menor desconforto pessoal.

### Impacto da Vinculação na Aliança terapêutica

Relativamente à análise da primeira hipótese do presente estudo “*A vinculação segura relaciona-se positivamente com a aliança terapêutica*” recorreu-se a regressões lineares múltiplas com o intuito de compreender qual a relação entre os tipos de vinculação e a aliança terapêutica e as suas dimensões (Tabela 4).

É possível verificar que a vinculação prediz significativamente a aliança terapêutica ( $F(3,144) = 19,635$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,290$ ) explicando 29% da variação desta. No entanto, apenas a dimensão conforto com a proximidade tem peso significativo neste modelo ( $r=0,761$ ,  $p<0,05$ ). Procedeu-se a uma análise mais pormenorizada sobre as três dimensões da aliança terapêutica e verificou-se que a vinculação prediz significativamente todas as dimensões, isto é, vínculo ( $F(3,144) = 20,292$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,297$ ), tarefa ( $F(3,144) = 14,238$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,229$ ) e objetivo ( $F(3,144) = 11,625$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,195$ ), explicando, 29,7%,

**Tabela 4.** Regressão linear múltipla para a predição da aliança terapêutica e das suas dimensões

	IAT					Vínculo (IAT)					Tarefa (IAT)					Objetivo (IAT)						
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados				
	B	Erro	Beta	t	Sig.	B	Erro	Beta	t	Sig.	B	Erro	Beta	t	Sig.	B	Erro	Beta	t	Sig.		
<b>Ansiedade (EVA)</b>	.029	.089	.027	.322	.748	.182	.106	.143	1.713	.089	.005	.103	.004	.047	.963	-.101	.099	-.091	-1.016	.311		
<b>Conforto com a Proximidade (EVA)</b>	.761	.104	.570	7,310	.000	.957	.124	.596	7.690	.000	.742	.120	.501	6.168	.000	.585	.116	.418	5.034	.000		
<b>Confiança nos Outros (EVA)</b>	-.143	.106	-.108	-1,359	.176	-.068	.126	-.043	-.538	.591	-.255	.122	-.174	-2.096	.038	-.107	.118	-.077	-.909	.365		
<b>R<sup>2</sup></b>	.290					.297					.229					.195					.000	
<b>F</b>	19.635					20.296					14.238					11.625					.000	

22,9% e 19,5% de variância do modelo final, respetivamente. Nas dimensões vínculo ( $r=0,957$ ,  $p<0,05$ ) e objetivo ( $r=0,585$ ,  $p<0,05$ ), a dimensão, da vinculação, conforto com a proximidade, é a única com peso significativo nos modelos, porém na dimensão tarefa, tanto o conforto com a proximidade ( $r=0,742$ ,  $p<0,05$ ), como a confiança nos outros ( $r=-0,255$ ,  $p<0,05$ ) acrescentam valor significativo ao modelo.

Confirma-se a hipótese supracitada.

### **Impacto da Vinculação na Empatia**

Procedeu-se à realização de regressões lineares múltiplas para responder à segunda hipótese do estudo: “*A vinculação segura relaciona-se positivamente com a empatia*” (Tabela 5).

Verificou-se que a vinculação não prediz significativamente empatia. Desta forma procedeu-se à análise da regressão linear múltipla em relação às dimensões da escala da empatia. Averiguou-se que a vinculação é preditora da dimensão desconforto pessoal ( $F(3,144) = 13,539$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,220$ ) explicando 22% da variação do modelo, e o conforto com a proximidade é a única dimensão com peso significativo no modelo ( $r=-0,455$ ,  $p<0,05$ ). Na mesma linha, também a vinculação é preditora da dimensão preocupação empática ( $F(3,144) = 5,108$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,096$ ) explicando 9,6% da variância e o conforto com a proximidade é, também, a única dimensão com peso significativo no modelo ( $r=0,332$ ,  $p<0,05$ ).

Por outro lado, o modelo de regressão linear entre a vinculação e a dimensão fantasia é significativo ( $F(3,144) = 7,031$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,128$ ), explicando 12,8% da variação do mesmo e todos os estilos de vinculação acrescentam valor significativo ao modelo (ansiedade:  $r=0,337$ ,  $p<0,05$ ; conforto com a proximidade:  $r=0,341$ ,  $p<0,05$  e confiança nos outros:  $r=0,319$ ,  $p<0,05$ ).

Por fim, a vinculação é uma preditora significativa da dimensão tomada de perspetiva ( $F(3,144) = 3,205$ ,  $p<0,05$ ,  $R^2=0,063$ ), explicando apenas 6,3% da variância. Mas nenhum dos estilos de vinculação tem um peso significativo neste modelo.

A hipótese supracitada é parcialmente confirmada.

**Tabela 5a.** Regressão linear múltipla para a predição da empatia e das suas dimensões

	IRI					Desconforto Pessoal (IRI)					Fantasia (IRI)				
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	B	Erro	Beta	t	Sig.	B	Erro	Beta	t	Sig.	B	Erro	Beta	t	Sig.
<b>Ansiedade (EVA)</b>	.118	.049	.237	2.437	.016	.158	.085	.164	1.862	.065	.337	.096	.325	3.498	.001
<b>Conforto com a Proximidade (EVA)</b>	.093	.057	.148	1.636	.104	-.455	.099	-.374	-4.579	.000	.341	.113	.261	3.019	.003
<b>Confiança nos Outros (EVA)</b>	.064	.058	.103	1.113	.268	-.006	.101	-.005	-.062	.951	.319	.114	.246	2.788	.006
<b>R<sup>2</sup></b>	.046					.220					.128				
<b>F</b>	2.305					13.539					7.031				

**Tabela 5b.** Regressão linear múltipla para a predição da empatia e das suas dimensões

	Tomada de Perspetiva (IRI)					Preocupação empática (IRI)				
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	B	Erro	Beta	t	Sig.	B	Erro	Beta	t	Sig.
<b>Ansiedade (EVA)</b>	-1.02	.069	-.142	-1.477	.142	.079	.073	.103	1.085	.280
<b>Conforto com a Proximidade (EVA)</b>	.154	.081	.171	1.915	.058	.332	.085	.342	3.889	.000
<b>Confiança nos Outros (EVA)</b>	-.035	.082	-.039	-.423	.673	-.022	.086	-.023	-.256	.799
<b>R<sup>2</sup></b>	.063				.025	.096				.002
<b>F</b>	3.205				.025	5.108				.002

### **Papel da Empatia na mediação na relação entre a Vinculação e a Aliança Terapêutica**

Por fim, com o intuito de testar a última hipótese: “*A empatia medeia positivamente a relação entre a vinculação e a aliança terapêutica*” teve-se em consideração os procedimentos sugeridos por Baron e Kenny (1986) que propõem a verificação de três condições antes da realização da mediação.

O primeiro pressuposto refere-se a que a variável preditora (i.e., Vinculação) deve relacionar-se significativamente com a variável critério (i.e., Aliança Terapêutica). Uma outra condição é que a variável preditora deve impactar significativamente a variável mediadora (i.e., Empatia). Por fim, deve existir uma relação significativa entre a variável mediadora e a variável critério. Se todos os pressupostos se verificarem avança-se para o teste da mediação onde se deve observar uma relação entre a variável preditora e a critério não significativa, na presença da variável mediadora, para uma mediação completa. No caso de uma mediação parcial, a relação entre a vinculação e a aliança terapêutica deve enfraquecer na presença da empatia no modelo.

Posto isto, o primeiro pressuposto encontra-se confirmado, para todos os estilos de vinculação, sendo este a primeira hipótese do estudo que foi verificada. No entanto, o segundo pressuposto não se encontra preenchido para nenhum dos estilos de vinculação. Visto que a o modelo explorado na segunda hipótese do estudo não encontra uma relação significativa entre a vinculação e a empatia. Quanto ao terceiro pressuposto, por fim, foi realizada uma regressão linear simples (Tabela 6) onde se observou a falta de uma relação significativa entre a empatia e a aliança terapêutica. Em suma apenas o primeiro pressuposto foi verificado o que impossibilita a realização do teste da mediação, para os três estilos de vinculação, refutando-se a terceira hipótese levantada.

**Tabela 6.** Regressão linear simples para a predição da aliança terapêutica

<b>IAT</b>					
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.
	B	Erro	Beta	t	
<b>IRI</b>	.081	.176	.038	.462	.644
<b>R<sup>2</sup></b>	.001				.644
<b>F</b>	.214				.644

## DISCUSSÃO

Os objetivos principais do presente estudo passavam pela compreensão da relação entre a vinculação, a aliança terapêutica e a empatia. Onde é feita uma proposta de um modelo de mediação da relação entre a vinculação e a aliança terapêutica por parte da empatia. Recordando as hipóteses: 1) A vinculação segura relaciona-se positivamente com a aliança terapêutica; 2) A vinculação segura relaciona-se positivamente com a empatia; 3) A empatia medeia positivamente a relação entre a vinculação e a aliança terapêutica.

Os resultados e conclusões infracitadas devem ser lidas com algumas reservas e cautela devido a algumas limitações e por apenas existirem, na sua maioria, relações com magnitude fraca a moderada.

Quanto à amostra, para além de ser ter sido recolhida por conveniência, impossibilitando, assim, a generalização para a comunidade de psicólogos e psicoterapeutas portugueses, a sua dimensão é criticável. Numa investigação futura poderia ser interessante recolher uma amostra mais equitativa e trabalhar com dois grupos: psicólogos sem formação em psicoterapia e psicoterapeutas e comparar os resultados entre estes.

Uma outra limitação passa pela forma escolhida para a recolha dos dados. Os questionários foram aplicados através de uma plataforma online que poderá ter comprometido as respostas devido à impossibilidade de tirar dúvidas ou de esclarecer algumas ambiguidades que poderiam estar presentes no questionário, embora tenha sido disponibilizado um contacto do investigador para o efeito. Ainda referente aos questionários, as escalas selecionadas foram todas de auto-percepção do conceito a medir e de auto-preenchimento, o que pode levar a uma maior subjetividade nas respostas. Estudos futuros devem colmatar este ponto com estudos mistos ou qualitativos de recolha presencial ou com uma comunicação aberta e facilitada entre o participante e o investigador.

Em relação às escalas, foi detetada uma baixa consistência interna na subescala Objetivo contida na escala IAT que foi desvalorizada devido à excelente consistência interna da escala total. Esta mesma escala não segue uma distribuição normal colmatado pelo uso do Teorema do Limite Central. Estes resultados podem ser explicados pela natureza de resposta desta escala. A instrução dada aos participantes era que se focassem num cliente em específico e por isso, os resultados estão condicionados e não são possíveis de ser generalizados a todas as alianças terapêuticas estabelecidas pelo terapeuta. Uma outra explicação centra-se no enviesamento do terapeuta visto que a amostra é constituída por pessoas com conhecimento na área da investigação, pode-se admitir que tenham ocorrido

alguns enviesamentos e desejabilidade social (Demetriou, Ozer & Essau, 2015), sendo que os psicólogos têm tendência a sobrestimar a qualidade da aliança terapêutica (Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2015) e a cotar a aliança terapêutica com base no que conhecem ser uma boa aliança (Tyron et al., 2007). Sendo assim possível compreender a refutação da terceira hipótese do estudo. Em estudos futuros sugere-se que a recolha dos dados alusivos à aliança terapêutica seja referente a vários clientes para ser possível aceder à qualidade de aliança terapêutica média para o terapeuta em questão pois seria mais representativa do terapeuta.

Referente à primeira hipótese foram encontradas correlações significativas moderadas e positivas entre a vinculação segura (i.e., dimensão conforto com a proximidade), a aliança terapêutica e todas as suas dimensões: tarefa, objetivo e vínculo. O que significa que quanto mais presente está a vinculação segura melhor é a aliança terapêutica e os seus componentes. Por outro lado a vinculação ansiosa (i.e., dimensão ansiedade) tem uma correlação fraca e negativa com o objetivo o que expressa algumas dificuldades por parte dos psicólogos e/ou terapeutas, com este estilo de vinculação, em estabelecer um acordo sobre os objetivos com o cliente.

Quando feita uma análise mais profunda sobre os resultados foram encontrados modelos significativos entre a vinculação, a aliança terapêutica e as suas dimensões o que é congruente com a literatura (e.g. Hilliard et al., 2000), especificamente na que reporta a influência da vinculação na capacidade do terapeuta para formar uma aliança terapêutica forte. A vinculação segura é o estilo com mais impacto nestas relações, o que também era esperado (Black et al., 2005; Sauer et al., 2003). O que significa que à medida que existe uma maior vinculação segura, a aliança terapêutica torna-se mais forte, nomeadamente o estabelecimento das tarefas e dos objetivos terapêuticos assim como o vínculo entre terapeuta e cliente são melhores e mais fortes, confirmando-se assim a primeira hipótese levantada.

Por outro lado, seria esperado encontrar uma relação significativa entre os outros dois estilos de vinculação e a aliança terapêutica mesmo que negativa (Black et al., 2005; Dinger et al., 2009; Sauer et al., 2003), tal não acontece no presente estudo o que pode sugerir que ter um estilo de vinculação segura facilita a aliança terapêutica mas ter vinculação ansiosa ou evitante (i.e., dimensão confiança nos outros) não facilita mas também não prejudica a aliança.

No que diz respeito à segunda hipótese proposta no presente estudo, não foi encontrada nenhuma relação entre os estilos de vinculação e a totalidade da empatia ao

contrário do que seria esperado visto que terapeutas com vinculação segura tendem a ser mais empáticos do que terapeutas com vinculação evitante e ansiosa (Rubino et al., 2000; Westmaas & Silver, 2001).

No entanto foram realizadas análises à relação entre os estilos de vinculação e as dimensões da empatia e foram encontradas algumas relações significativas. Como esperado, a vinculação segura, embora não se encontre correlacionada com a empatia num total, encontra-se correlacionada com todas as dimensões da empatia, no entanto, as correlações são fracas. Tendo cautela na interpretação destes resultados devido à magnitude reduzida da correlação, pode-se afirmar que terapeutas com uma vinculação segura são mais propensos a experienciar preocupação pelo cliente, a adotar o ponto de vista deste e a colocar-se no seu lugar mas a sentir menos desconforto e ansiedade quando o fazem.

Por outro lado, todos os estilos de vinculação encontram-se correlacionados negativamente com a dimensão desconforto pessoal, o que é interpretado como um fator positivo visto que esta dimensão reflete um estado de ansiedade e desconforto em contextos onde a empatia desempenha um papel central. Alguns autores enunciam os malefícios da atitude empática quando em excesso, como a fadiga empática (Stebnicki, 1999) que acontece quando os terapeutas se envolvem na experiência do paciente causando exaustão emocional, que pode causar debilitação emocional e danificar futuramente a capacidade empática (McCann & Pearlman, 1990).

Procedeu-se a análises mais detalhadas verificando-se que dos três estilos de vinculação apenas a vinculação segura tem peso significativo na predição da maioria das dimensões da empatia, isto é, na predição do desconforto pessoal, preocupação empática e fantasia. Estes dados são congruentes com algumas investigações que afirmam que terapeutas com uma vinculação segura tendem a mostrar mais empatia e capacidade de tomada de perspectiva (Hazan & Shaver, 1987; Milkulincer & Arad, 1999; Milkulincer & Shaver, 2007) ao contrário da vinculação ansiosa e evitante que tendem a ter dificuldade em empatizar com a experiência subjetiva dos outros (Connors, 1997). Posto isto, considera-se que a hipótese foi parcialmente confirmada pois mesmo não havendo uma relação direta entre a vinculação segura e a empatia, existem diversas relações significativas entre os estilos de vinculação e as dimensões da empatia.

Por último, a terceira hipótese foi refutada devido á falta de preenchimento do segundo e terceiro pressuposto necessários para à realização do estudo da mediação. Hipotizou-se que o efeito de mediação poderia estar presente pois, segundo a literatura,

terapeutas com uma vinculação segura tendem a ser mais empáticos e quanto mais empático maior a facilidade em conseguir entrar no mundo do cliente e compreender as suas experiências emocionais facilitando o estabelecimento da aliança terapêutica (Farber, 2007; Rogers, 1952). No entanto, isso não foi verificado no presente estudo.

Uma possível explicação passaria por admitir as falhas psicométricas anunciadas anteriormente assim como as limitações do próprio estudo também exploradas na presente secção. Uma outra explicação poderia centrar-se no facto do conceito de empatia ser um processo e não um traço, ou seja, a empatia ser vista não como um traço do terapeuta mas sim como um processo pelo qual este passa e que é suscetível de variações e permeável ao contexto, justificando, assim, a facilidade com que pode ser aprendida, melhorada e treinada. Em estudos futuros deve-se ainda investigar que variáveis podem servir de mediação ou moderação na relação claramente significativa entre os estilos de vinculação e a aliança terapêutica, visto que a proposta de mediação do presente estudo revelou-se não significativa.

Noutra nota, verificou-se que psicólogos com formação em psicoterapia formam melhores alianças terapêuticas, nomeadamente nas dimensões da tarefa e do objetivo mas não no vínculo. O que leva a hipotizar que o vínculo formado entre cliente e terapeuta não é melhorado ou enfraquecido pela formação do terapeuta nem pela experiência de trabalho sendo assim uma variável puramente relacional que poderá apenas depender das capacidades relacionais, emocionais e interpessoais dos terapeutas. Considerando-se assim um dado importante para futuras investigações que tenham como objetivo perceber as variáveis que influenciam a aliança terapêutica.

Por fim, foi ainda averiguado que psicólogos com formação em psicoterapia e com mais anos de experiência sentem menos desconforto pessoal nas situações empáticas, sendo um dado significativo e esperançoso pois permite inferir que os terapeutas melhoram os seus mecanismos de defesa e a sua capacidade de resiliência em situações que á partida poderiam ser danificadoras da sua própria saúde mental.

Em suma, a primeira hipótese do estudo foi corroborada, a segunda hipótese foi parcialmente confirmada mas a terceira hipótese do estudo, o foco principal do mesmo, foi refutada. Concluindo, existe uma clara relação direta entre os estilos de vinculação e a aliança terapêutica. No entanto sendo a vinculação uma característica dificilmente alterável é relevante continuar a investigar variáveis moderadoras ou mediadoras da relação entre a vinculação e a aliança terapêutica. Ainda assim foi possível verificar que os estilos de

vinculação não prejudicam a aliança terapêutica, pelo contrário, a vinculação segura dá um suporte ao estabelecimento de uma aliança mais forte.

Outra nota positiva passa pela descoberta que todos os estilos de vinculação têm a capacidade de se salvaguardar no que diz respeito à ansiedade e desconforto emocional que possa ser experienciado numa situação empática. Embora no presente estudo não tenha sido encontrada uma relação entre a empatia e a aliança terapêutica parece-nos que este dado reflete, por um lado, os problemas referentes à medida da aliança terapêutica, tanto os psicométricos, anteriormente anunciados, assim como por este construto ser referente apenas a um cliente. Por outro lado levanta a possibilidade de, devido à centralidade do conceito, os terapeutas não quererem assumir menor empatia, criando assim um efeito de desejabilidade social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abendroth, W. R., Horne, A. M., Ollendick, D. G., & Passmore, J. L. (1977). Validity of the self-disclosure questionnaire as a measure of counselor effectiveness. *Journal of Counseling Psychology, 24*(6), 534-536.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Andrade-González, N., Lahera, G., & Fernández-Liria, A. (2017). Patient-Therapist Perspective of the Working Alliance in Psychotherapy. *Psychiatric Quarterly, 88*(3), 623-633.
- Arthur, A. R. (2001). Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model: A review and analysis. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health, 4*(1), 45-64.
- Astington, J. W., Harris, P. L., & Olson, D. R. (1990). *Developing theories of mind*. New York: CUP Archive.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (258-297). Hoboken, NJ: Wiley.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(6), 842.
- Barbera, T. J., & Waldron, H. B. (1994). Sequential analysis as a method of feedback for family therapy process. *The American Journal of Family Therapy, 22*(2), 156-164.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51* (6), 1173-1182
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of personality, 55*(1), 19-39.
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical psychology review, 28*(5), 746-758.

- Bennett, C. S. (2008). Attachment-informed supervision for social work field education. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 97-107.
- Bethea, A. R., Acosta, M. C., & Haller, D. L. (2008). Patient versus therapist alliance: Whose perception matters?. *Journal of substance abuse treatment*, 35(2), 174-183.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: science and practice*, 4(1), 44-52.
- Bibace, R., & Walsh, M. E. (1982). Conflict of roles: On the difficulties of being both scientist and practitioner in one life. *Professional Psychology*, 13(3), 389-396.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 78(3), 363-377.
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition*, 14(4), 698-718.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 162.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work; Therapist contributions and responsiveness to clients* (pp.89-108). New York, NY: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: volume I: attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2012). *A secure base*. Routledge.
- Bretherton, I. (1995). A communication perspective on attachment relationships and internal working models. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 310-329.

- Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S., & Muran, J. C. (2006). Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 393-406.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(2), 155-165.
- Burns, D. D. (1999). *The feeling good handbook*, Rev. Plume/Penguin Books.
- Burns, D. D., & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference? In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135-164). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 441-449.
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afetivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental* (Dissertação de doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de 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.
- Carkhuff, R. (2017). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Routledge.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 228-249.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-683.
- Connors, M. E. (1997). The renunciation of love: Dismissive attachment and its treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 14(4), 475-493.

- Cozzarelli, C., Hoekstra, S. J., & Bylsma, W. H. (2000). General versus specific mental models of attachment: Are they associated with different outcomes?. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(5), 605-618.
- Daniel, S. I. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical psychology review*, 26(8), 968-984.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview.
- DeGeorge, J., & Constantino, M. J. (2012). Perceptions of analogue therapist empathy as a function of salient experience similarity. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(1), 52-59.
- Demetriou, C., Ozer, B. U. & Essau, C. A. (2015). Self-Report Questionnaires. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds), *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-6. Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Diehl, M., Elnick, A. B., Bourbeau, L. S., & Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1656-1669.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277-290.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456.
- Eagle, M. (1997). Attachment and psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 70(3), 217-229.
- Egan, G. (1990). *The skilled helper: A systematic approach to effective helping*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

- Ehrlich, K. B., Cassidy, J., Lejuez, C. W., & Daughters, S. B. (2014). Discrepancies about adolescent relationships as a function of informant attachment and depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 654-666.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological bulletin*, 101(1), 91.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443-467.
- Farber, B. A. (2007). On the enduring and substantial influence of Carl Rogers' not-quite necessary nor sufficient conditions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 289-294.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 69-80.
- Fleischman, S., & Shorey, H. S. (2016). The relationships between adult attachment, theoretical orientation, and therapist-reported alliance quality among licensed psychologists. *Psychotherapy Research*, 26(1), 95-105.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123-151.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of counseling psychology*, 41(3), 296-306.
- Gnilka, P. B., Rice, K. G., Ashby, J. S., & Moate, R. M. (2016). Adult attachment, multidimensional perfectionism, and the alliances among counselor supervisees. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 285-296.
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Owen, J. J., & Gold, J. R. (2013). Psychotherapy integration and alliance: Use of cognitive-behavioral techniques within a short-term psychodynamic treatment model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(4), 373-385.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child development*, 71(3), 690-694.

- Hartley, G. D. (1995). Empathy in the counseling process: The role of counselor understanding in client change. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 34(1), 13-23.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408-419.
- Harwood, M. D., & Eyberg, S. M. (2004). Therapist verbal behavior early in treatment: Relation to successful completion of parent-child interaction therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 601-612.
- Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Knowing what others know, feeling what others feel: a controlled study of empathy in psychotherapists. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(4), 277-281.
- Hauser, M., & Hays, D. G. (2010). The slaying of a beautiful hypothesis: The efficacy of counseling and the therapeutic process. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 49(1), 32-44.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511-524.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(6), 475-494.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(2), 100-110.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 125-133.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. *Emotions, cognition, and behavior*, 103-131.

- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.37-69). Oxford University Press: London.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.). (2000). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology, 38*(2), 139-149.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(5), 747.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 533.
- Jerga, A. M., Shaver, P. R., & Wilkinson, R. B. (2011). Attachment insecurities and identification of at-risk individuals following the death of a loved one. *Journal of Social and Personal Relationships, 28*(7), 891-914.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification, 24*(2), 264-297.
- Kiesler, D. J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Consulting Psychologists Press.
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of

- Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16(02), 161-172.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 338-349.
- Kleinke, C. L. (1978). *Self-perception: The psychology of personal awareness*. WH Freeman & Co.
- Kohut, H., & Strozier, C. B. (1985). *Self psychology and the humanities: Reflections on a new psychoanalytic approach*. New York: WW Norton.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy research*, 21(3), 267-276.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76-80.
- Langs, R. J. (1989). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy: Theoretical Framework: Understanding the Patients Communications* (Vol. 1). Jason Aronson, Incorporated.
- Lazarus, A. A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(3), 404.
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11.
- Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8, 171-184.
- Lopez, F. G., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49(3), 355.
- Machado, P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica—WAI. *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 87-94.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 10(3), 239-266.

- Marmarosh, C. L., & Kivlighan Jr, D. M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*.: 7ª edição. ReportNumber, Lda.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- McLeod, J. (1999). A narrative social constructionist approach to therapeutic empathy. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(4), 377-394.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy 1. *Journal of personality*, 40(4), 525-543.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 466.
- Mikulincer, M., & Arad, D. (1999). Attachment working models and cognitive openness in close relationships: A test of chronic and temporary accessibility effects. *Journal of personality and social psychology*, 77(4), 710-725.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in experimental social psychology*, 35, 56-152.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Miller, N. E., Luborsky, L. E., Barber, J. P., & Docherty, J. P. (1993). *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. New York: Basic Books.
- Miville, M. L., Carlozzi, A. F., Gushue, G. V., Schara, S. L., & Ueda, M. (2006). Mental health counselor qualities for a diverse clientele: Linking empathy, universal-diverse

- orientation, and emotional intelligence. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 151-165.
- Mullen, J., & Abeles, N. (1971). Relationship of liking, empathy, and therapist's experience to outcome of therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 18(1), 39.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248.
- Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 114.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of counseling psychology*, 60(4), 483.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to clients* (pp. 3-17). New York: Oxford University Press.
- O'Connor, S., Kivlighan Jr, D. M., Hill, C. E., & Gelso, C. J. (2019). Therapist–client agreement about their working alliance: Associations with attachment styles. *Journal of counseling psychology*, 66(1), 83-93.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Park, J. (2017). *Counselor Factors Affecting the Working Alliance between Rehabilitation Counselors and Clients with Mental Illness: Social Cognitive Perspective*. Michigan State University.
- Patterson, C. H. (1989). Foundations for a systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(4), 427-435.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(1), 53-70.

- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of consulting and clinical psychology, 53*(6), 846-851.
- Petrowski, K., Nowacki, K., Pokorny, D., & Buchheim, A. (2011). Matching the patient to the therapist: The roles of the attachment status and the helping alliance. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(11), 839-844.
- Pistole, M. C., & Fitch, J. C. (2008). Attachment theory in supervision: A critical incident experience. *Counselor Education and Supervision, 47*(3), 193-205.
- Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences, 25*(1), 1-20.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo
- Rogers, C. R. (1952). " Client-Centered" Psychotherapy. *Scientific American, 187*(5), 66-75.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology, 21*(2), 95.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The counseling psychologist, 5*(2), 2-10.
- Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(6), 327-332.
- Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Rogers, T., Snow, M., Reysen, R., Winburn, A., Mazahreh, L. (2015) The Self of the Counselor: Exploring Adult Attachment Styles in Counselors-in-Training. *Journal of Counselor Practice, 5*, 63-77.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy research, 10*(4), 408-420.
- Sackett, C. R., & Lawson, G. (2015). The Working Alliance and Experiences of Clients and Counselors-in-Training. *The Journal of Humanistic Counseling, 54*(2), 104-121.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. *The working alliance: Theory, research, and practice, 225-255*.

- Safran, J., & Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated, Lanhan, M.D.
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research, 13*(3), 371-382.
- Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1991). A review of the empirical basis for counseling: Implications for practice and training. *Counselor Education and Supervision, 30*(4), 330-354.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development, 4*(2), 133-161.
- Shorey, H. S. (2010). *Attachment theory as a social-developmental psychopathology framework for the practice of psychotherapy*. J. Maddux.
- Shorey, H. S., Snyder, C. R., Yang, X., & Lewin, M. R. (2003). The role of hope as a mediator in recollected parenting, adult attachment, and mental health. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*(6), 685-715.
- Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical psychology review, 30*(3), 326-337.
- Staemmler, F. M. (2011). *Empathy in psychotherapy: How therapists and clients understand each other*. Springer Publishing Company.
- Stebnicki, M. A. (1999). Grief reactions among rehabilitation professionals: Dealing effectively with empathy fatigue. In *NRCA= ARCA Alliance annual training conference*.
- Strupp, H. H. (1958). The psychotherapist's contribution to the treatment process. *Behavioral Science, 3*(1), 34-67.
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(3), 240-253.
- Topolinski, S., & Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychotherapy Research, 17*(3), 365-375.

- Tremblay, J. M., Herron, W. G., & Schultz, C. L. (1986). Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(2), 106.
- Trusty, J., Ng, K. M., & Watts, R. E. (2005). Model of effects of adult attachment on emotional empathy of counseling students. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 66-77.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629-642.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological bulletin*, 122(3), 203.
- Wellman, H. M. (1992). *The child's theory of mind*. The MIT Press.
- Westmaas, J. L., & Silver, R. C. (2001). The role of attachment in responses to victims of life crises. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(3), 425.
- Wing Jr, E. H. (2010). *The relationship between therapist empathy, the working alliance, and therapy outcome: A test of a partial mediation model* (Doctoral dissertation). Ohio University.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). When therapist estimations of the process of treatment can predict patients rating on outcome: The case of the working alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(4), 398-402.

## **ANEXOS**

## Anexo I – Questionário Sócio-Demográfico

### Idade:

\_\_\_\_\_ Anos

### Sexo

Masculino

Feminino

### Estado Civil

Solteiro

Casado(a)

União de Facto

Separado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

### Habilitações Literárias

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outra:

### Curso:

---

**Tem formação numa associação de psicoterapia?**

Sim

Não

**Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

**Orientação Teórica** (Com que quadro teórico e conceptual se identifica?)

\_\_\_\_\_

**Há quanto tempo exerce psicologia clínica?**

\_\_\_\_\_ Anos

**Obrigada!**

## Anexo II – Outputs dos Dados Sócio-Demográficos

**Tabela 7.** Estatística Descritiva da Idade

<i>Estatísticas</i>		
Idade		
N	Válido	148
	Omisso	0
	Média	37,10
	Mediana	36,00
	Erro Desvio	9,736
	Mínimo	23
	Máximo	64

**Tabela 8.** Frequência do Sexo

<i>Sexo</i>			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Feminino	126	85,1
	Masculino	22	14,9
	Total	148	100,0

**Tabela 9.** Frequência das Habilitações Literárias

<i>Habilitações Literárias</i>			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Licenciatura	56	37,8
	Mestrado	86	58,1
	Pós-Graduação	3	2,0
	Doutoramento	3	2,0
	Total	148	100,0

**Tabela 10.** Frequência da Curso Universitário

*Curso universitário*

		Frequência	Porcentagem
Válido	Psicologia	144	97,3
	Outro	4	2,7
	Total	148	100,0

**Tabela 11.** Estatística Descritiva do Tempo (em anos) de Trabalho como Psicólogo e/ou Psicoterapeuta

*Estatísticas*

Há quanto tempo exerce psico		
N	Válido	148
	Omisso	0
	Média	8,83
	Mediana	7,00
	Erro Desvio	7,952
	Mínimo	1
	Máximo	35

**Tabela 12.** Frequência de Formação em Associações de Psicoterapia

*Tem formação numa associação de psicoterapi.*

		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	106	71,6
	Sim	42	28,4
	Total	148	100,0

### **Anexo III – Contacto efetuado via plataformas online**

#### Contacto geral (grupos do *Facebook*):

“Olá ! Estou a terminar o mestrado em psicologia clínica e o seguinte questionário está inserido na minha dissertação de mestrado por isso se é PSICÓLOGO ou PSICOTERAPEUTA peço que me ajude nesta etapa.

Obrigada!!”

#### Contacto individual (*LinkedIn*):

“Olá Dr. (introduzir nome)!

Eu sou a Catarina Silvestre e encontro-me neste momento a realizar a minha dissertação de mestrado que incide sobre tema: Empatia, Vinculação e Relação Terapêutica em Psicólogos.

Gostava que pudesse responder a este breve questionário de 10 min e assim ajudar-me neste último passo deste percurso académico.

O seu contributo é de extrema importância e muito apreciado.

Obrigada!”

## **Anexo IV – Carta de Consentimento Informado**

O seguinte questionário enquadra-se numa dissertação de mestrado em psicologia clínica no ISPA (Instituto Superior das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida) orientada pelo Dr. David Neto.

O objetivo deste estudo é, no essencial, compreender alguns fatores dos psicólogos que contribuem para o funcionamento de um processo terapêutico.

A sua participação é voluntária, sendo que pode desistir a qualquer momento, assim como anónima e confidencial. O questionário tem a duração média de 10 minutos.

Este estudo destina-se a psicólogos e psicoterapeutas.

Caso surjam dúvidas ou deseje um esclarecimento posterior pode contactar através do email - [catarina95silvestre@gmail.com](mailto:catarina95silvestre@gmail.com) - Catarina Silvestre

Aceita participar neste estudo?

Sim

Não

**Anexo V – Qualidades Métricas Avaliadas na Escala de Vinculação do Adulto  
(EVA)**

**Fiabilidade**

**EVA – Ansiedade**

**Tabela 13.** Confiabilidade da EVA, subescala Ansiedade

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>				
	Alfa de Cronbach	N de itens		
	,872	6		

  

<i>Estatísticas de item-total</i>				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Eva_9	10,1351	14,322	,717	,842
Eva_10	9,9797	13,857	,785	,830
Eva_3	9,6486	15,195	,568	,869
Eva_11	10,0135	14,449	,751	,837
Eva_15	10,1351	14,948	,652	,854
Eva_4	10,0541	15,575	,573	,867

**EVA – Conforto com a Proximidade**

**Tabela 14.** Confiabilidade da EVA, subescala Conforto com a Proximidade

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>	
Alfa de Cronbach	N de itens
,710	6

*Estatísticas de item-total*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Eva_12	19,0946	9,229	,543	,640
Eva_1	19,2365	9,542	,472	,661
Eva_14	19,4054	8,651	,539	,637
Eva_6	20,0203	9,530	,318	,719
Eva_8_i	18,7635	10,005	,435	,674
Eva_13_i	18,6824	10,436	,383	,688

**EVA – Confiança nos Outros****Tabela 15.** Confiabilidade da EVA, subescala Confiança nos Outros*Estatísticas de  
confiabilidade*

Alfa de Cronbach	N de itens
,649	6

*Estatísticas de item-total*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Eva_18_i	16,2838	8,681	,570	,528
Eva_2_i	17,2838	9,715	,323	,630
Eva_16_i	16,8446	8,853	,499	,556
Eva_17_i	16,1757	9,234	,512	,556
Eva_7_i	16,2230	10,447	,343	,618
Eva_5	18,5405	12,264	,042	,705

## Normalidade

**Tabela 16.** Output da normalidade da EVA

		Estadística	Erro
EVA_TOTAL	Média	3,0724	,02317
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	3,0267
		Limite superior	3,1182
	5% da média aparada		3,0687
	Mediana		3,0556
	Variância		,079
	Erro Desvio		,28192
	Mínimo		2,50
	Máximo		4,06
	Intervalo		1,56
	Amplitude interquartil		,39
	Assimetria		,268
	Curtose		,199
			,396

### Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadística	df	Sig.	Estadística	df	Sig.
EVA_TOTAL	,078	148	,028	,984	148	,078

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Anexo VI – Qualidades Métricas Avaliadas no Inventário de Reatividade Interpessoal (IRI)**

**Fiabilidade**

**IRI – Completa**

**Tabela 17.** Confiabilidade da IRI, escala completa

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>				
Alfa de Cronbach		N de itens		
,732		24		
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
IRI_1	54,6216	75,135	,358	,717
IRI_2_i	54,4054	82,637	-,070	,747
IRI_3_i	54,6081	77,002	,243	,726
IRI_4	55,5541	68,575	,562	,696
IRI_5	56,2568	76,600	,200	,730
IRI_6_i	55,0676	75,982	,236	,727
IRI_7	54,5743	80,750	,069	,735
IRI_8	54,3919	79,206	,192	,729
IRI_9	54,3649	79,580	,218	,728
IRI_10_i	54,5338	78,468	,168	,731
IRI_11_i	56,1959	81,750	-,030	,746
IRI_12_i	54,5338	74,999	,390	,716
IRI_13	56,2230	70,106	,536	,700
IRI_14	56,0811	75,449	,270	,724
IRI_15_i	56,3986	80,731	,035	,740
IRI_16	55,0811	73,776	,448	,711
IRI_17	54,1689	79,121	,227	,727
IRI_18	55,3851	72,837	,429	,711
IRI_19	55,1554	71,166	,528	,703
IRI_20	56,8446	76,989	,279	,723
IRI_21	55,1892	77,515	,238	,726
IRI_22	55,0946	70,862	,537	,702
IRI_23	56,9932	79,218	,184	,729
IRI_24	54,8176	77,973	,201	,728

## IRI – Preocupação Empática

**Tabela 18.** Confiabilidade da IRI, subescala Preocupação Empática

*Estatísticas de confiabilidade*

Alfa de Cronbach	N de itens
,635	6

*Estatísticas de item-total*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
IRI_1	14,3784	8,468	,476	,547
IRI_3_i	14,3649	9,295	,311	,613
IRI_8	14,1486	10,073	,334	,606
IRI_12_i	14,2905	9,092	,390	,583
IRI_16	14,8378	9,184	,348	,599
IRI_18	15,1419	8,640	,353	,600

## IRI – Tomada de Perspetiva

**Tabela 19.** Confiabilidade da IRI, subescala Tomada de Perspetiva

*Estatísticas de confiabilidade*

Alfa de Cronbach	N de itens
,714	6

*Estatísticas de item-total*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
IRI_7	15,4324	7,798	,477	,667
IRI_2_i	15,2635	8,835	,125	,783
IRI_9	15,2230	8,052	,599	,647
IRI_17	15,0270	7,972	,538	,655
IRI_21	16,0473	6,821	,570	,632
IRI_24	15,6757	6,874	,533	,646

**IRI – Fantasia****Tabela 20.** Confiabilidade da IRI, subescala Fantasia*Estatísticas de  
confiabilidade*

Alfa de Cronbach	N de itens
,765	6

*Estatísticas de item-total*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
IRI_4	12,3041	14,553	,606	,703
IRI_6_i	11,8176	16,722	,417	,755
IRI_10_i	11,2838	17,933	,402	,756
IRI_13	12,9730	15,265	,589	,708
IRI_19	11,9054	15,624	,610	,705
IRI_22	11,8446	16,948	,432	,750

## IRI – Desconforto Pessoal

**Tabela 21.** Confiabilidade da IRI, subescala Desconforto Pessoal

*Estatísticas de confiabilidade*

Alfa de Cronbach	N de itens
,795	6

  

*Estatísticas de item-total*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
IRI_5	5,8649	12,662	,589	,755
IRI_11_i	5,8041	15,111	,348	,811
IRI_14	5,6892	13,876	,455	,789
IRI_15_i	6,0068	13,571	,640	,743
IRI_20	6,4527	13,760	,679	,737
IRI_23	6,6014	14,527	,699	,742

## Normalidade

**Tabela 22.** Output da Normalidade da IRI

*Descritivos*

		Estatística	Erro Erro
IRI_TOTAL	Média	2,4032	,03108
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	2,3417
		Limite superior	2,4646
	5% da média aparada		2,4032
	Mediana		2,3750
	Variância		,143
	Erro Desvio		,37813
	Mínimo		1,46
	Máximo		3,21
	Intervalo		1,75
	Amplitude interquartil		,54
	Assimetria		-,068
			,199
	Curtose		-,559
			,396

*Testes de Normalidade*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
IRI_TOTAL	,048	148	,200 <sup>*</sup>	,990	148	,352

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

**Anexo VII – Qualidades Métricas Avaliadas na Inventário de Aliança Terapêutica  
(IAT)**

**Fiabilidade**

**IAT – Completo**

**Tabela 23.** Confiabilidade da IAT, escala completa

<i>Estadísticas de confiabilidade</i>				
	Alfa de Cronbach	N de itens		
	,877	12		

  

<i>Estadísticas de ítem-total</i>				
	Média de escala se o ítem for excluído	Variância de escala se o ítem for excluído	Correlação de ítem total corrigida	Alfa de Cronbach se o ítem for excluído
WAI_1	60,8716	79,174	,668	,862
WAI_2	60,6081	80,852	,608	,865
WAI_3	60,8986	79,330	,533	,869
WAI_4_i	60,2230	84,406	,283	,885
WAI_5	60,4189	78,354	,617	,864
WAI_6	60,4324	75,839	,625	,863
WAI_7	60,5878	77,237	,663	,861
WAI_8	60,6081	72,920	,826	,850
WAI_9	60,4459	75,528	,761	,855
WAI_10_i	60,8716	88,439	,099	,897
WAI_11	60,5473	75,855	,701	,859
WAI_12	60,3784	79,924	,607	,865

## IAT – Objetivo

**Tabela 24.** Confiabilidade da IAT, subescala Objetivo

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>				
Alfa de Cronbach	N de itens			
,485	4			

  

<i>Estatísticas de item-total</i>				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
WAI_4_i	16,3919	7,560	,285	,411
WAI_6	16,6014	6,867	,347	,348
WAI_10_i	17,0405	8,407	,124	,557
WAI_11	16,7162	7,075	,394	,311

## IAT – Tarefa

**Tabela 25.** Confiabilidade da IAT, subescala Tarefa

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>				
Alfa de Cronbach	N de itens			
,803	4			

  

<i>Estatísticas de item-total</i>				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
WAI_1	16,65	7,740	,643	,742
WAI_2	16,39	8,184	,599	,764
WAI_8	16,39	6,388	,699	,714
WAI_12	16,16	8,091	,548	,786

## IAT – Vínculo

**Tabela 26.** Confiabilidade da IAT, subescala Vínculo

<i>Estatísticas de confiabilidade</i>				
Alfa de Cronbach		N de itens		
,796		4		

  

<i>Estatísticas de item-total</i>				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
WAI_3	16,79	9,432	,494	,801
WAI_5	16,31	9,386	,549	,772
WAI_7	16,48	8,605	,669	,713
WAI_9	16,34	8,348	,728	,683

## Normalidade

**Tabela 27.** Output da Normalidade da IAT

<i>Descritivos</i>		Estatística	Erro Erro
WAI_TOTAL	Média	5,5068	,06604
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	5,3762 5,6373
	5% da média aparada		5,5519
	Mediana		5,5833
	Variância		,646
	Erro Desvio		,80346
	Mínimo		2,58
	Máximo		7,00
	Intervalo		4,42
	Amplitude interquartil		,92
	Assimetria		-1,006 ,199
	Curtose		1,702 ,396

*Testes de Normalidade*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
WAI_TOTAL	,098	148	,001	,946	148	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Anexo VIII – Correlações

Tabela 28. Correlações de Pearson

Correlações

		EVA_Ansiosa	EVA_Segura	EVA_Evitante	WAI_Objetivo	WAI_Tarefa	WAI_Vinculo	WAI_TOTAL	IRI_PreocupaçãoEmpática	IRI_TomadaPrespetiva	IRI_Fantasia	IRI_DesconfortoPessoal	IRI_TOTAL	Formação Tem formação numa associação de psicoterapia?	Tempo_Exerce Há quanto tempo exerce psicologia clínica? Em anos
EVA_Ansiosa	Correlação de Pearson	1	-.418**	-.461**	-.230**	-.125	-.087	-.161	-.030	-.196*	.103	.323*	.128	-.052	-.090
	Sig. (2 extremidades)		.000	.000	.005	.129	.294	.090	.720	.017	.215	.000	.122	.530	.277
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
EVA_Segura	Correlação de Pearson	-.418**	1	.296**	.433**	.448**	.524**	.526**	.292**	.220**	.198**	-.444**	.079	.110	.054
	Sig. (2 extremidades)			.000	.000	.000	.000	.000	.000	.007	.016	.000	.339	.185	.514
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
EVA_Evitante	Correlação de Pearson	-.461**	.296**	1	.088	-.028	.068	.048	.031	.078	.174*	-.191*	.037	.089	.110
	Sig. (2 extremidades)				.287	.736	.413	.566	.710	.349	.035	.020	.651	.280	.182
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
WAI_Objetivo	Correlação de Pearson	-.230**	.433**	.088	1	.685**	.593**	.839**	.096	.190	.028	-.370**	-.059	.194	.050
	Sig. (2 extremidades)			.005		.000	.000	.000	.244	.021	.736	.000	.475	.018	.547
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
WAI_Tarefa	Correlação de Pearson	-.125	.448**	-.028	.685**	1	.809**	.932**	.162	.239*	.047	-.316**	.020	.194	.150
	Sig. (2 extremidades)			.129	.000		.000	.000	.049	.003	.568	.000	.809	.018	.069
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
WAI_Vinculo	Correlação de Pearson	-.087	.524**	.068	.593**	.809**	1	.906**	.276**	.279**	.124	-.293**	.129	.125	.122
	Sig. (2 extremidades)			.294	.000	.000		.000	.001	.001	.134	.000	.119	.129	.141
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
WAI_TOTAL	Correlação de Pearson	-.161	.526**	.048	.839**	.932**	.906**	1	.204	.266**	.077	-.363**	.038	.190	.121
	Sig. (2 extremidades)			.050	.000	.000	.000		.013	.001	.354	.000	.644	.021	.141
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
IRI_PreocupaçãoEmpática	Correlação de Pearson	-.030	.292**	.031	.096	.162	.276**	.204	1	.298**	.473**	.003	.739**	-.022	.031
	Sig. (2 extremidades)			.720	.000	.710	.244	.049	.001	.013	.000	.975	.000	.789	.713
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
IRI_TomadaPrespetiva	Correlação de Pearson	-.196*	.220**	.078	.190	.239*	.279**	.266**	.298**	1	.141	-.397**	.354**	.170	.055
	Sig. (2 extremidades)			.017	.007	.349	.021	.003	.001	.000	.087	.000	.000	.039	.509
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
IRI_Fantasia	Correlação de Pearson	.103	.198**	.174	.028	.047	.124	.077	.473**	.141	1	.063	.783**	.035	-.097
	Sig. (2 extremidades)			.215	.016	.035	.736	.568	.134	.354	.000	.087	.446	.000	.669
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
IRI_DesconfortoPessoal	Correlação de Pearson	.323*	-.444**	-.191*	-.370**	-.316**	-.293**	-.363**	.003	-.397**	.063	1	.375**	-.253**	-.165
	Sig. (2 extremidades)			.000	.000	.020	.000	.000	.975	.000	.446		.000	.002	.045
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
IRI_TOTAL	Correlação de Pearson	.128	.079	.037	-.059	.020	.129	.098	.739**	.354**	.783**	.375**	1	-.052	-.099
	Sig. (2 extremidades)			.122	.339	.651	.475	.809	.119	.644	.000	.000	.000	.530	.233
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
Formação Tem formação numa associação de psicoterapia?	Correlação de Pearson	-.052	.110	.089	.194	.194	.125	.190	-.022	.170	.035	-.253**	-.052	1	.363**
	Sig. (2 extremidades)			.530	.185	.280	.018	.018	.129	.021	.789	.039	.669	.002	.530
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
Tempo_Exerce Há quanto tempo exerce psicologia clínica? Em anos	Correlação de Pearson	-.090	.054	.110	.050	.150	.122	.121	.031	.055	-.097	-.165	-.099	.363**	1
	Sig. (2 extremidades)			.277	.514	.182	.547	.069	.141	.141	.713	.509	.241	.045	.233
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).