



A Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta
no Abandono Precoce da Terapia:
Um estudo exploratório

Maria Ribeiro

UMinho | 2021

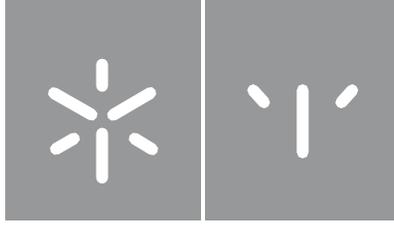


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Maria João Gomes Ribeiro

**A Complementaridade Interpessoal
Paciente-Terapeuta no Abandono
Precoce da Terapia: Um estudo
exploratório**

junho de 2021



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Maria João Gomes Ribeiro

**A Complementaridade Interpessoal Paciente-
Terapeuta no Abandono Precoce da Terapia:
Um estudo exploratório**

Dissertação de Mestrado
Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do
**Professor Doutor João Tiago Oliveira e Professor
Doutor Miguel Gonçalves**

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Braga, 4 de junho de 2021

Maria João Ribeiro

Agradecimentos

Aos meus orientadores. Ao Professor Doutor João Tiago Oliveira, por ser incansável no apoio, incentivo, motivação e orientação desde o início deste longo e gratificante trajeto. Obrigada pelo conhecimento, histórias e conselhos partilhados. Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, por me ter acolhido na sua equipa de investigação e nos agradecer com as suas ideias "*out of the box*", o seu profissionalismo e conhecimento sem fim, e o seu bom humor. Ambos são duas grandes referências na área da Psicologia, foi um privilégio aprender por e com os Professores. Aspiro ser um dia tão grande quanto Vós.

Ao Rui e ao Divo, um especial obrigada pela mão amiga que foram durante todo este processo. Quero agradecer pelo apoio, ânimo e disponibilidade, e por me fazerem sentir bem-vinda no nosso "grupinho" de investigação.

A toda a equipa de investigação, que me acolheu, ouviu e fez-me sentir parte dela. Obrigada por fomentarem o espírito crítico científico e incentivarem o meu gosto (desconhecido) pela investigação científica.

Aos meus colegas de curso, pelo seu companheirismo, entreatajuda e bom humor, dentro e fora das aulas. Memórias queridas que levarei sempre comigo.

Aos meus amigos mais queridos, pelo apoio, paciência e lealdade. Sem vocês este percurso não seria o mesmo.

Aos meus padrinhos, pelo carinho e pelo cumprimento da promessa que fizeram, o meu muito obrigada.

Aos meus pais. Aos meus dois grandes pilares. Não há palavras para descrever o quão grata estou e estarei, eternamente, pelos sacrifícios, pelo amor e pelas lições de vida. O meu maior Obrigada.

A todos que me apoiaram e motivaram, nos dias mais e menos bonitos, e que vão terminar este capítulo comigo. O meu muito obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Braga, 4 de junho de 2021

Maria João Ribeiro

A Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta no Abandono Precoce da Terapia: Um estudo exploratório

Resumo

O fenómeno de *dropout* tem sido amplamente estudado dadas as suas implicações negativas na implementação de intervenções psicológicas e consequente impacto nos pacientes, terapeutas, sistemas de saúde mental e sociedade. O abandono precoce da terapia tem sido associado a padrões de comportamento evidenciados durante a interação diádica paciente-terapeuta, com efeitos ao nível da complementaridade interpessoal no processo terapêutico. Considerando a relação entre a complementaridade interpessoal paciente-terapeuta e o *dropout*, o presente estudo tem como principal objetivo analisar os perfis interpessoais de pacientes e terapeutas em casos de *dropout* com base no circumplexo interpessoal. O *Interpersonal Transaction Scales-8* (ITS-8) foi utilizado para codificar a primeira e as duas últimas sessões de 9 casos de *dropout* de pacientes com perturbação emocional, tratados com o protocolo unificado para tratamento transdiagnóstico de perturbações emocionais. Os resultados sugerem que os pacientes com *dropout* apresentam um perfil tendencialmente submisso na primeira sessão e hostil na sessão do *dropout*. Relativamente à complementaridade, na sessão do *dropout*, verificou-se um aumento da reciprocidade e uma diminuição acentuada da correspondência. Estas tendências inverteram-se na sessão anterior ao *dropout*. Os resultados sugerem a importância do estudo da complementaridade interpessoal da díade terapêutica na compreensão e prevenção do *dropout* em psicoterapia.

Palavras-chave: *Dropout*; complementaridade interpessoal; psicoterapia

Patient-Therapist Interpersonal Complementarity in Dropout: An exploratory study

Abstract

Dropout has been a thoroughly studied phenomenon, given its negative implications in the implementation of psychological interventions, due to its impact on patients, therapists, mental health systems and society. The early termination of therapy has been associated with certain patterns of behavior shown during the dyadic patient-therapist interaction, affecting the level of interpersonal complementarity in the therapeutic process. Considering the relationship between patient-therapist interpersonal complementarity and dropout, the present study aims to analyze the interpersonal profiles of patients and therapists in cases of dropout based on the interpersonal circumplex. The Interpersonal Transaction Scales-8 (ITS-8) was used to code the first and the last two sessions of 9 cases of dropout patients with emotional disorders, treated with the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. The results suggest that dropout patients present a tendentially submissive profile in the first session and a hostile one in the dropout session. Regarding complementarity, an increase in reciprocity and a marked decrease in correspondence were found in the dropout session. However, these trends were reversed in the session prior to dropout. The results suggest the relevance of the interpersonal complementarity of the therapeutic dyad in understanding and preventing dropout in psychotherapy.

Keywords: Dropout; interpersonal complementarity; psychotherapy

Índice

A Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta no Abandono Precoce da Terapia: Um estudo exploratório	9
Metodologia	15
Amostra.....	15
Tratamento e Terapeutas	16
Instrumentos.....	16
Procedimento	18
Resultados	21
Discussão	26
Referências	31

Índice De Figuras

Figura 1. <i>Perfil médio do comportamento interpessoal dos pacientes na primeira sessão</i>	22
Figura 2. <i>Perfil do comportamento interpessoal: Pacientes A, C, D, E, F e H</i>	22
Figura 3. <i>Perfil do comportamento interpessoal: Pacientes B, G e I</i>	23
Figura 4. <i>Afiliação média dos pacientes ao longo da terapia</i>	24
Figura 5. <i>Complementaridade interpessoal - reciprocidade e correspondência média dos pacientes</i>	25

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Correlações entre a afiliação e agência do paciente e terapeuta</i>	25
Tabela 2. <i>Correlações entre as medidas de resultado e as variáveis interpessoais</i>	26

Índice de Anexos

Anexo 1. Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas.....	36
---	----

A Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta no Abandono Precoce da Terapia: Um estudo exploratório

Ano após ano, a psicoterapia tem sido identificada como uma das formas mais eficazes para o tratamento de perturbações psicológicas (Swift & Greenberg, 2012). Assim, o acompanhamento psicológico está associado a um conjunto de benefícios, tais como o aumento do bem-estar, a diminuição da sintomatologia, a melhoria do desempenho escolar ou laboral e de relações sociais, uma compreensão mais profunda de si mesmo e, também, melhoria ao nível da saúde física (Swift & Greenberg, 2012). Apesar dos objetivos da psicoterapia não englobarem somente a redução da sintomatologia do paciente, a mensuração dos resultados terapêuticos foca-se primariamente na mudança sintomatológica. Recentemente, vários estudos têm vindo a sublinhar a importância de incluir diferentes domínios do funcionamento psicológico além da sintomatologia na avaliação de resultados terapêuticos, como a autoaceitação, o autoconhecimento, a qualidade da relação e a consideração pelos outros, valorizados tanto por terapeutas como pacientes (Chui et al., 2020). Contudo, transversal às diferentes sugestões está a ideia de que se os custos associados à terapia “pesarem mais” que os seus benefícios, haverá maior possibilidade de ocorrer insucesso terapêutico, motivando a recusa do início do tratamento por alguns pacientes, denominados de *refusers*, ou *dropout* dos pacientes, também designados de *discontinuers*, dada a sua interrupção prematura da terapia (Fernandez et al., 2015).

Abandono Precoce da Terapia/Dropout

O *dropout* é um problema transversal em contexto terapêutico que limita a implementação de intervenções psicológicas efetivas (Nathan & Gorman, 2015; Swift & Greenberg, 2012). Tem impacto negativo ao nível não só dos pacientes e dos respetivos terapeutas, mas também nos sistemas de saúde mental e sociedade em geral (Swift & Greenberg, 2012). Os pacientes que abandonam precocemente a terapia revelam piores resultados terapêuticos (Cahill et al., 2003; Lampropoulos, 2010) e estão mais insatisfeitos com a intervenção (Björk et al., 2009). Por sua vez, os seus terapeutas tendem a sentir-se fracassados e desmoralizados dada a perceção de avaliação negativa por parte do paciente (Barrett et al., 2008; Reis & Brown, 1999). Ao nível dos sistemas de saúde, estes apresentam um elevado número de pacientes a iniciar e interromper tratamento recorrentemente (Reis & Brown, 1999), sobrecarregando-os, o que resulta numa preocupação progressiva com a saúde mental a nível social.

Embora o paciente possa não continuar o tratamento pela resolução inesperada dos problemas para os quais procurou ajuda (Cooper et al., 2018), nomeadamente a sua melhoria sintomatológica (Ghaemian et al., 2020; Lopes et al., 2018; Simon et al., 2012), o *dropout* é definido na literatura como o abandono do paciente numa fase ainda precoce da intervenção, sem que este tenha recuperado dos problemas para os quais procurou tratamento ou atingido os objetivos terapêuticos (Hatchett & Park, 2003). Contudo, existem inúmeras operacionalizações da definição de *dropout* de acordo com diferentes critérios. Até à data, os critérios mais utilizados incluem basear a classificação do *dropout* segundo o número de sessões assistidas pelo paciente (Longo et al., 1992), a falha em completar determinado protocolo de tratamento (Hatchett et al., 2002), o não comparecer a uma sessão de terapia (Kolb et al., 1985), o julgamento do terapeuta (Kolb et al., 1985) e a mudança do paciente não ser considerada clinicamente significativa. Esta diversidade de definições levaram Swift e Greenberg (2012) a uma proposta de operacionalização do *dropout* que envolve dois critérios: (1) a interrupção prematura e unilateral da intervenção terapêutica por parte do paciente, antes de ter completado a totalidade de um protocolo de intervenção específico e (2) a ausência de uma melhoria confiável e clinicamente significativa obtida através de uma medida objetiva de resultado. Em suma, o conceito de *dropout* implica que o paciente abandone precocemente a terapia, antes de experienciar uma redução substancial dos sintomas e antes de voltar a um nível de funcionamento não clínico (Swift & Greenberg, 2014).

Nos anos 90, Wierzbicki e Pekarik (1993) desenvolveram uma meta-análise com 125 estudos relativos ao *dropout* em psicoterapia que aponta para uma taxa de *dropout* de 46.86% (IC95 [45.9 - 50.82]), dependendo de três operacionalizações da definição deste fenómeno. A opinião do terapeuta e o número de sessões estão associadas a maiores taxas de *dropout* (48.43% e 48.23%, respetivamente). Uma menor taxa de *dropout* (35.87%) foi encontrada para o não comparecer à última sessão. Assim, estes autores consideraram não comparecer a uma sessão agendada como a melhor forma de definir o fenómeno de *dropout*. Hatchett e Park (2003) compararam a taxa de *dropout* em terapia consoante quatro operacionalizações da definição de *dropout*, sendo elas a opinião do terapeuta, o não comparecer à última sessão, o procedimento de divisão mediana e o não regressar ao tratamento após avaliação. Os resultados sugerem que a taxa de *dropout* varia entre 17.6% e 53.1%, de acordo com as várias operacionalizações. Enquanto que o procedimento de divisão mediana resultou numa maior taxa de *dropout* (53.1%), a opinião do terapeuta e o não comparecer à última sessão

demonstraram igual taxa de *dropout* (40.8%), sendo que o não regressar ao tratamento após avaliação demonstrou uma taxa menor (17.6%). Estes resultados vão ao encontro dos apresentados por Wierzbicki e Pekarik (1993), considerando o melhor critério para definir *dropout* o não comparecer à última sessão agendada. Um estudo meta-analítico mais recente composto por 669 estudos publicados entre 1990 e 2010, com 83.834 pacientes, sugeriu que a taxa de *dropout* em psicoterapia é de aproximadamente 19.7% (95% CI [18.7%, 20.7%]; $Q_{(668)} = 7,694.74$, $p < .001$, $I^2 = 93.32$) para diferentes perturbações e abordagens terapêuticas (Swift & Greenberg, 2012). Apesar desta taxa ser inferior aos dados sugeridos em estudos anteriores, continua a ser um foco de preocupação, sendo que 1 em cada 5 pacientes desistem da terapia precocemente (Swift & Greenberg, 2012).

Esta meta-análise (Swift & Greenberg, 2012) sugere ainda que a idade e a escolaridade estão negativamente correlacionadas com o *dropout*. Também pacientes diagnosticados com perturbações alimentares e de personalidade apresentam maior probabilidade de *dropout* (Swift & Greenberg, 2012). Uma meta-análise mais recente que comparou taxas de *dropout* em 12 categorias de perturbações e diferentes abordagens terapêuticas (Swift & Greenberg, 2014) sugere que as perturbações alimentares, stress pós-traumático e depressão apresentaram as maiores taxas de *dropout*, de 24.2% [$Q(7) = 14.63$, $p < .05$], 21.0% [$Q(7) = 20.20$, $p < .01$] e 19.2% [$Q(9) = 22.69$, $p < .01$], respetivamente. Ao nível do tratamento, a sua duração, manualização e contexto também estão associados ao *dropout*, sendo que um tratamento não delimitado temporalmente ou não manualizado numa clínica em *campus* universitário tende a produzir maiores taxas de *dropout*, de 29.0%, 28.3%, 30.4%, respetivamente (Swift & Greenberg, 2012).

O risco de *dropout* não é circunscrito somente às características do paciente e da terapia, sendo também importante a influência do terapeuta. Por um lado, segundo Swift e Greenberg (2012), a menor experiência do terapeuta (e.g., clínicos estagiários) está associada a taxas mais elevadas de *dropout*. Por outro, Saxon et al. (2017) exploraram o papel dos terapeutas na variabilidade dos resultados terapêuticos do paciente, isto é, que efeitos do terapeuta podem ser preditores de dois resultados negativos em terapia, particularmente o *dropout* e a deterioração do bem-estar psicológico dos pacientes que completaram o tratamento. Os resultados sugerem que 12.6% da variância do *dropout* e 10.1% da variância da deterioração foram explicados pelos efeitos do terapeuta. Em outros dois estudos, desenvolvidos por Saxon et al. (2016) e Zimmermann et al. (2016), foram encontrados efeitos

de 5.8% e 5.7%, respetivamente. Em contrapartida, Owen e Hilsenroth (2014) exploraram a relação entre a adesão ao tratamento, a flexibilidade dos terapeutas e os resultados terapêuticos. O estudo realçou a importância da flexibilidade dos terapeutas em promover a adesão ao tratamento e a obtenção de resultados terapêuticos positivos. Tal flexibilidade decorre da responsividade do terapeuta no ajustamento das técnicas utilizadas, tendo em consideração as características específicas de cada paciente, sendo crucial para a adoção de estratégias de prevenção de resultados terapêuticos menos positivos, como o *dropout*. Assim, a diminuição da probabilidade de *dropout* em terapia pode ser promovida através da adoção de um conjunto de estratégias pelo terapeuta, como sendo o *feedback* sobre o progresso da terapia (de Jong et al., 2021) e pela preferência por intervenções limitadas no tempo (Swift & Greenberg, 2012). A literatura sugere também a importância do desenvolvimento de uma perspetiva convergente entre a díade terapêutica (Goode et al., 2016), promovendo um ambiente colaborativo ao longo de todo o processo, incluindo a discussão acerca das expectativas do paciente (Swift & Callahan, 2011). Neste sentido, a atenção às rupturas na aliança terapêutica e à sua resolução é um dos principais fatores que podem diminuir a probabilidade de abandono precoce da terapia (Swift & Greenberg, 2012).

De facto, sendo a psicoterapia uma intervenção eminentemente interpessoal, uma boa aliança terapêutica entre paciente e terapeuta é fundamental para o seu sucesso (Flückiger et al., 2018). Uma das evidências mais consistentes da investigação em psicoterapia revela que uma aliança terapêutica forte e formada no início do tratamento está associada à redução sintomatológica (Baldwin et al., 2007; Flückiger et al., 2020), à continuação do tratamento e ao sucesso terapêutico (Hilsenroth & Cromer, 2007; Messer & Wampold, 2002; Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2011). Contrariamente, a ruptura da aliança está associada a piores resultados terapêuticos (Eubanks et al., 2018), a uma maior probabilidade de *dropout* e ao insucesso de determinada intervenção (Eubanks et al., 2015). Gülüm et al. (2016) exploraram a relação entre a qualidade da aliança terapêutica e o *dropout*, analisando 16 sessões de ruptura temporária e 16 sessões anteriores ao *dropout* em 59 casos de psicoterapia. As sessões imediatamente anteriores ao *dropout* foram consideradas sessões de ruptura da aliança irreparáveis. De facto, défices ao nível da aliança terapêutica aumentam a probabilidade de *dropout* (Barrett et al., 2008; Ghaemian et al., 2020; Roos & Werbart, 2013; Sharf et al., 2010). Um estudo desenvolvido por Kegel e Flückiger (2015) com 296 participantes

com diversas perturbações psicológicas, demonstrou que os casos de *dropout* apresentavam alianças terapêuticas mais enfraquecidas.

Operacionalizando a aliança terapêutica como um processo facilitador da mudança em psicoterapia (Gómez Penedo et al., 2021), uma eventual rutura da aliança poderá tornar-se uma oportunidade em facilitar a renovação e fortalecimento da ligação entre paciente e terapeuta e colaboração entre ambos nas tarefas e objetivos terapêuticos, possibilitando a resolução da rutura (Eubanks et al., 2015), estando este processo moderadamente associado a um resultado terapêutico positivo (Eubanks et al., 2018). Nesse sentido, o estudo sobre as formas como a díade paciente-terapeuta se complementa interpessoalmente no contexto terapêutico pode fornecer indicadores importantes para a compreensão da formação e manutenção de boas alianças terapêuticas, bem como na predição de rupturas nesta aliança, com impacto óbvio nos resultados terapêuticos.

Complementaridade Interpessoal

Durante uma interação entre duas pessoas, os intervenientes tendem a modificar o seu comportamento de acordo com o comportamento do outro (Horowitz & Strack, 2011), estando constantemente a negociar – de forma intencional ou não – o quão em controlo e quão hostis ou amigáveis vão ser (Denburg & Kiesler, 2002). Partindo do pressuposto que o comportamento interpessoal de um indivíduo provoca uma resposta interpessoal específica no indivíduo com o qual interage, esta interação pode ser ou não complementar, sendo que a complementaridade é necessária para a continuidade da interação (Carson, 1969).

Os comportamentos interpessoais têm sido estudados à luz do circumplexo interpessoal (Leary, 1957), isto é, um plano dividido em oito octantes e definido por duas dimensões ortogonais: o eixo da agência e o eixo da afiliação. A agência permite analisar a forma e capacidade agêntica de determinado indivíduo (comportamento dominante versus submisso), sendo a afiliação caracterizada pelo modo como o indivíduo se liga ao comportamento de outro indivíduo (comportamento amigável e caloroso versus frio e hostil). Diferentes combinações da agência e afiliação permitem a criação de um perfil interpessoal individual, passível de ser representado no circumplexo (Leary, 1957).

Partindo dos perfis interpessoais individuais, a análise da forma como estes se ajustam durante uma interação diádica levou ao estudo da complementaridade interpessoal. Teoricamente, e com base na perspetiva circumplexa de Leary (1957), a complementaridade é caracterizada por comportamentos opostos no eixo da agência – reciprocidade - e por

comportamentos semelhantes no eixo da afiliação - correspondência (Carson, 1969; Sadler et al., 2009; Sadler & Woody, 2003; T. J. G. Tracey, 2004). Neste sentido, um comportamento dominante tende a promover uma resposta submissa, assim como um comportamento submisso incentiva uma resposta dominante. Por sua vez, um comportamento amigável e caloroso gera uma resposta amigável e calorosa, e um comportamento frio e hostil potencia uma resposta também ela fria e hostil. Resumidamente, numa interação diádica complementar, um comportamento dominante e amigável de uma pessoa tende a convidar um comportamento submisso e amigável na outra (Carson, 1969).

Uma variedade de interações diádicas, nomeadamente entre estranhos, casais, professores e alunos e terapeutas e pacientes (Kiesler & Watkins, 1989), tem sido alvo de estudo da complementaridade. Markey et al. (2003) analisaram três tipos de interações diádicas (uma interação desestruturada, uma interação cooperativa e uma interação competitiva) entre estranhos, com o objetivo de explorar os comportamentos dos participantes durante tais interações. O estudo revelou que tanto a orientação de Leary (1957) acerca das dimensões de agência e afiliação do circumplexo interpessoal, como o conceito de complementaridade de Carson (1969) e respetivos padrões de relacionamento interpessoal foram bons preditores do comportamento dos participantes nas três interações.

Tais processos podem ser extrapolados para o contexto terapêutico, ao analisar a díade paciente-terapeuta. A complementaridade da díade é evidenciada pela forma como o comportamento do terapeuta se ajusta ao comportamento do paciente e vice-versa. T. J. G. Tracey et al. (1999) e T. J. Tracey e Sherry (1993) sugerem que, nos casos de sucesso terapêutico, a complementaridade em psicoterapia segue uma variação em forma de “U”, i.e., um padrão de complementaridade alto-baixo-alto. Assim sendo, a alta complementaridade numa fase inicial está associada à construção da aliança terapêutica, seguida de um conflito interpessoal que promove uma reduzida complementaridade, finalizando com uma elevada complementaridade, associada ao início da mudança por parte do paciente.

Um estudo mais recente (Huber et al., 2021) explorou a relação entre a agência, a aliança terapêutica e a sintomatologia em psicoterapia, recorrendo a uma amostra de 386 pacientes de uma clínica ambulatória de psicoterapia psicodinâmica. Os resultados sugeriram que um aumento tanto da agência como da aliança terapêutica prediz uma melhoria sintomatológica nos pacientes (Huber et al., 2021). Assim, segundo estes autores, a agência e

aliança terapêutica constituem mecanismos de mudança importantes em contexto terapêutico.

Objetivo e Hipóteses

Apesar da relevância da complementaridade interpessoal paciente-terapeuta para o (in)sucesso terapêutico, até ao momento pouco se sabe sobre o fenómeno em pacientes que abandonam precocemente a terapia. Sendo o *dropout* não só um resultado terapêutico negativo passível de ser previsto, mas, acima de tudo, um processo passível de ser alterado (Cooper et al., 2018), o presente estudo tem como principal objetivo explorar a complementaridade paciente-terapeuta em casos de *dropout*. Mais especificamente, analisar os perfis interpessoais dos pacientes de *dropout* e dos seus terapeutas, com base no circunplexo interpessoal, tanto na primeira sessão de terapia, como nas duas sessões anteriores ao *dropout*. Assim, sugerimos as seguintes hipóteses:

1. Os pacientes que abandonaram precocemente a terapia apresentam um perfil pouco dominante e maioritariamente submisso na primeira sessão.
2. Os pacientes que abandonaram precocemente o tratamento apresentam um comportamento hostil na sessão do *dropout*.
3. Ocorre uma diminuição da reciprocidade na sessão imediatamente antes do *dropout*.
4. Existe uma diminuição da correspondência na sessão do *dropout*.
5. Os comportamentos de afiliação do paciente e terapeuta estão positivamente correlacionados.
6. Os comportamentos interpessoais do paciente e terapeuta não estão correlacionados com o sofrimento psicológico, a ambivalência e a aliança terapêutica.

Metodologia

Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 9 pacientes de psicoterapia com perturbação emocional (ansiedade e depressão) que abandonaram precocemente o tratamento, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 52 ($M=29.33$; $SD=11.35$). O *dropout* da amostra ocorreu, em média, na sessão 9.2, sendo que o valor médio registado pelos pacientes no *Outcome Questionnaire-10.2* (OQ-10.2; Lambert et al., 2005), na última sessão, foi de 22.9 valores.

Tratamento e Terapeutas

As sessões de psicoterapia seguiram o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (UP; Barlow et al., 2011). O UP constitui um protocolo de intervenção psicológica breve e manualizado. Segue uma abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento de perturbações emocionais, particularmente de ansiedade e humor (i.e., depressão), tendo como principal foco as dificuldades de regulação emocional, conceptualizadas como o mecanismo central e transdiagnóstico destas perturbações. Procura promover a regulação emocional através de oito módulos, de acordo com o quadro clínico. Este protocolo pode compreender um mínimo de dezasseis e um máximo de vinte sessões semanais de cerca de cinquenta minutos. Assim sendo, os principais objetivos de cada módulo são: 1) aumento da motivação para o tratamento; 2) psicoeducação e identificação das experiências emocionais; 3) treino de consciência das emoções; 4) avaliação e reavaliação cognitiva; 5) evitamento emocional e comportamentos guiados pelas emoções; 6) consciência e tolerância às sensações físicas; 7) exposição interoceptiva e situacional às emoções; e 8) prevenção de recaída (Barlow et al., 2011). Trata-se de um tratamento eficaz ao nível da mudança terapêutica (Bentley, 2017), não constituindo apenas um protocolo de tratamento da psicopatologia, mas uma ferramenta de promoção da saúde mental, dado o aumento significativo na qualidade de vida dos pacientes tratados com o UP (Gallagher et al., 2013).

Os pacientes foram acompanhados por três terapeutas (duas do sexo feminino), um mestre e dois doutorados, com mais de dois anos de experiência clínica. Os terapeutas eram acompanhados em supervisão semanal por supervisores com experiência clínica considerável, através da observação da gravação das sessões de terapia.

Instrumentos

Interpersonal Transaction Scales-8 (ITS-8; Sadler et al., 2019).

Trata-se de um instrumento baseado na *Checklist of Interpersonal Transactions-Revised* (Kiesler, 2004). É constituído por 48 itens que permitem avaliar indicadores observáveis de comportamentos e, conseqüentemente, a complementaridade interpessoal em vários contextos, nomeadamente durante a interação terapêutica. Utiliza uma escala de *likert* de 5 pontos. O ITS-8 organiza o comportamento interpessoal numa estrutura circular, designado por circunplexo interpessoal, sendo definido por dois eixos ortogonais: dominância versus submissão e afiliação versus hostilidade, em que os comportamentos

representam diferentes combinações destas dimensões. Assim, inclui 8 octantes: PA - seguro-dominante (*assured-dominant*), NO - sociável-exibicionista (*sociable-exhibitionistic*), LM - caloroso-amigável (*warm-friendly*), JK - deferente-crédulo (*deferent-trusting*), HI - modesto-submisso (*unassuming-submissive*), FG - distante-inibido (*detached-inhibited*), DE - frio-hostil (*cold-hostile*) e BC - competitivo-desconfiado (*competitive-mistrusting*). Apresenta valores adequados de consistência interna com valores de alfa de *Cronbach* a variar entre .67 e .95 para a escala do terapeuta e entre .86 e .93 na escala do paciente (Sadler et al., 2019). Apresenta também valores adequados de fidelidade entre codificadores nas oito octantes, variando entre $r = .87$ e $r = .96$ (Sadler et al., 2019).

Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2; Lambert et al., 1996).

É um questionário de autorrelato que avalia o sofrimento psicológico do paciente, composto por 45 questões acerca do sofrimento psicológico, relacionamento interpessoal e papel social do indivíduo. Utiliza uma escala de *likert* de 5 pontos. Apresenta excelentes propriedades psicométricas tanto na versão original ($\alpha = .93$) como na versão portuguesa ($\alpha = .92$) em população clínica (Machado & Fassnacht, 2015).

Outcome Questionnaire-10.2 (OQ-10.2; Lambert et al., 2005).

É uma versão reduzida do OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) que mede o sofrimento psicológico do paciente em curtos períodos de tempo, composta por 10 itens. Utiliza uma escala de *likert* de 5 pontos. Apresenta valores adequados de consistência interna ($\alpha = .87$; Goates-jones & Hill, 2008) e de fidelidade teste-reteste ($r = .62$; Lambert et al., 2005).

The Ambivalence in Psychotherapy Questionnaire (APQ; Oliveira et al., 2020).

Consiste num questionário de autorrelato que avalia a ambivalência do paciente no decorrer do processo terapêutico. Apresenta duas partes: a primeira trata-se de um item que permite avaliar o grau de mudança em terapia experienciada pelo paciente. A segunda parte é formada por 9 itens, que avaliam os níveis de ambivalência experienciados pelo paciente, respondidos numa escala de *likert* de 5 pontos. A segunda parte contém duas componentes: a desmoralização e a hesitação. A desmoralização está relacionada com o sentimento de incapacidade para mudar e o conseqüente sofrimento psicológico fruto desta incapacidade (e.g., “Volto sempre ao mesmo”; “Não tenho conseguido mudar”). A hesitação reflete a oscilação do paciente entre duas posições opostas face à mudança, isto é, “parte de mim quer mudar” vs. “parte de mim não quer mudar” (e.g., “Umás vezes penso que tudo vai correr bem, outras que tudo vai ficar na mesma ou piorar”). Apresenta boas propriedades psicométricas,

com valores de alfa de *Cronbach* de .88 e de fidelidade teste-reteste de $r = .70$ (Oliveira et al., 2020).

Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006).

É um questionário de autorrelato que mede a qualidade da aliança terapêutica nas suas três dimensões (concordância com os objetivos e com as tarefas da terapia e o vínculo paciente-terapeuta), de acordo com o paciente. É constituído por 12 itens e utiliza uma escala de *likert* de 5 pontos. Apresenta valores elevados de consistência interna e fidelidade tanto na versão original (Horvath & Greenberg, 1989) como na versão portuguesa (Machado & Horvath, 1999).

Procedimento

O presente estudo foi desenvolvido com recurso a dados de arquivo previamente recolhidos no âmbito do projeto de investigação *Eficácia Psicoterapêutica do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais em Contexto Comunitário*. Este projeto foi aprovado pela Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho (SECSH 011/2018). Assim, à data da recolha dos dados e antes do início do tratamento, todos os participantes assinaram um consentimento informado, tendo dado autorização para a utilização dos dados recolhidos e sido informados sobre as condições da investigação. Foram cumpridas todas as normas éticas e de proteção de dados. O acesso às gravações e dados recolhidos foi restringido apenas aos investigadores responsáveis.

Procedimento de Recolha de Dados

Os participantes do presente estudo foram recrutados entre setembro de 2015 e dezembro de 2019 numa clínica de tratamento em ambulatório de uma universidade portuguesa, cumprindo os seguintes critérios de inclusão: (a) cumprir os critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva Major ou Perturbação de Ansiedade, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*; (b) ser maior de idade; (c) assinar um consentimento informado, preencher os questionários e autorizar a gravação videográfica das sessões. A exclusão dos participantes ocorreu quando: (a) estava presente algum diagnóstico de Perturbação de Personalidade; (b) havia comorbidade com qualquer outra perturbação exceto perturbação de personalidade, que poderia ser foco de atenção clínica (e.g., perturbações de consumo de substâncias, perturbações sexuais, perturbações alimentares); (c) ideação suicida severa; (d) sintomas psicóticos, ou (e) perturbação bipolar.

A avaliação pré-tratamento da sintomatologia geral, ansiedade e depressão foi realizada através do preenchimento do OQ-45.2 na primeira consulta. Todos os pacientes preencheram durante todas as sessões os questionários OQ-10.2 e APQ no início e o WAI-SR no final de cada sessão.

Definição de *Dropout*

Os casos de *dropout* incluídos neste estudo foram identificados com base nos critérios sugerido por Swift e Greenberg (2012). Neste sentido, estes autores sugerem que o *dropout* é definido pela presença de dois critérios: (1) a interrupção prematura e unilateral da intervenção terapêutica por parte do paciente, antes de ter completado a totalidade de um protocolo de intervenção específico; e (2) a ausência de uma melhoria confiável e clinicamente significativa obtida através de uma medida objetiva de resultado. Qualquer paciente que não completou o protocolo de tratamento (Swift & Greenberg, 2012, 2015), e cuja sintomatologia se situava acima do ponto de corte (16) do *Outcome Questionnaire-10.2* (OQ-10.2; Lambert et al., 2005) nas duas últimas sessões de terapia foi considerado um *dropout*.

Procedimento de Codificação da Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta

Os casos foram analisados com recurso ao ITS-8 (Sadler et al., 2019) em três momentos específicos: (a) na primeira sessão (S1), (b) na sessão anterior ao *dropout* (N-1) e (c) na sessão de *dropout* (N) (i.e. a última sessão de que temos dados). De forma a evitar possíveis vieses que pudessem advir do conhecimento do caso e das sessões anteriores, todas as sessões foram aleatorizadas, tendo sido atribuído um valor alfanumérico a cada (i.e., A34, F67, H76, etc.) por um codificador sénior. As sessões aleatorizadas continham também casos que completaram o tratamento, tendo sido inseridas 25 sessões de casos completos na amostra de casos de *dropout*. Apenas o codificador sénior e o Investigador Principal deste projeto tinham acesso ao resultado dos casos cujas sessões foram aleatorizadas. A codificação foi realizada de forma independente por dois codificadores treinados, após a observação da gravação em vídeo de cada sessão. No final de cada codificação, foram discutidas as diferenças entre codificações e realizado o acordo entre observadores. Todo o processo de codificação, incluindo o treino, foi acompanhado por um codificador sénior.

Neste sentido, foram codificadas as três sessões dos 9 casos de *dropout*, perfazendo um total de 27 sessões codificadas, sendo que destas, 14 sessões foram co-codificadas, o que corresponde a 51.9% das sessões. No final da codificação independente de cada uma das

sessões, realizou-se uma reunião semanal entre os codificadores para a discussão das discrepâncias encontradas e posterior resolução do acordo. O acordo entre os codificadores foi calculado com recurso a *intra-class correlations* (ICC), tendo sido obtido um valor de .901 para as codificações referentes ao paciente e de .897 para o terapeuta. Adicionalmente foram realizadas anotações qualitativas ao longo de todo o processo de codificação, realçando determinadas dinâmicas interpessoais paciente-terapeuta e permitindo a posterior discussão dos resultados.

Procedimento de Análise de Dados

A análise de dados foi dividida em dois momentos: (1) preparação dos dados relativos à complementaridade interpessoal paciente-terapeuta; (2) análise das relações entre as medidas de resultado (APQ, WAI-SR e OQ-10) e complementaridade interpessoal, recorrendo a coeficientes de correlação de *Pearson*.

Preparação dos dados – Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta

O primeiro passo da análise de dados consistiu na preparação e tratamento dos dados referentes ao perfil interpessoal dos pacientes. Como proposto por Locke (2012), os valores brutos de cada octante do circumplexo interpessoal tendem a estar positivamente relacionados entre si, computando um fator geral, que pode representar qualquer significado ou refletir tendências de resposta não relacionadas com o conteúdo do item. Todavia, os valores individuais de cada octante têm significados diferentes e, segundo Locke (2012), devem ser analisados separadamente. Neste sentido, (1) é necessário computar o fator geral, calculando o valor médio das oito octantes, de seguida (2) cada uma das octantes é “ipsatizada” subtraindo o fator geral pelo valor bruto de cada octante. Após a “ipsatização” de cada octante, estas foram organizadas em quatro vetores, de acordo com as seguintes fórmulas:

$$\textit{Agentic Vector} = 0.414 \times [\text{PA} + (0.707)(\text{BC} + \text{NO})]$$

$$\textit{Unagentic Vector} = 0.414 \times [\text{HI} + (0.707)(\text{FG} + \text{JK})]$$

$$\textit{Communal Vector} = 0.414 \times [\text{LM} + (0.707)(\text{JK} + \text{NO})]$$

$$\textit{Uncommunal Vector} = 0.414 \times [\text{DE} + (0.707)(\text{BC} + \text{FG})]$$

Utilizando os quatro vetores acima descritos, o comportamento interpessoal do paciente pode ser representado graficamente em dois eixos ortogonais de agência e afiliação. De seguida, tendo como base os estudos de Ruiz et al. (2004), foram calculados os valores individuais de dominância e afiliação do terapeuta e do paciente, em cada sessão.

$$\text{Dominance} = .25 \times [\text{Domineering} - \text{Nonassertive} + .71 \times (\text{Intrusive} + \text{Vindictive} - \text{Socially Inhibited} - \text{Overly Accommodating})]$$
$$\text{Affiliation} = .25 \times [\text{Self-Sacrificing} - \text{Cold} + .71 \times (\text{Intrusive} - \text{Vindictive} - \text{Socially Inhibited} + \text{Overly Accommodating})]$$

À semelhança do modo como foram computados os vetores acima mencionados, as fórmulas supramencionadas, permitem também transformar o circumplexo interpessoal, composto por oito octantes, em dois eixos: a Dominância (eixo dos yy) e a Afiliação (eixo dos xx).

Posteriormente, foi calculada a complementaridade recorrendo a um método desenvolvido por Kiesler (2004), que consiste numa forma mais específica de calcular a complementaridade, tendo por base os construtos de reciprocidade e correspondência. Assim, este método utiliza os valores de Dominância e Afiliação para calcular os respetivos valores de Reciprocidade e Correspondência da interação diádica, em cada sessão. Os valores de Reciprocidade e Correspondência são representados em valores absolutos, sendo que valores mais próximos de zero representam interações mais complementares.

$$\text{Reciprocity} = |(\text{Patient dominance} + \text{Therapist dominance})|$$
$$\text{Correspondence} = |(\text{Patient affiliation} - \text{Therapist affiliation})|$$

Após o cálculo dos valores do comportamento interpessoal (Dominância e Afiliação) e da complementaridade (Reciprocidade e Correspondência), foi realizada uma inspeção gráfica dos padrões de comportamento em cada caso. Nos gráficos longitudinais foram também calculadas as retas de regressão para a amostra.

Por fim, foram realizadas correlações de *Pearson* explorando se o sofrimento psicológico (OQ-10.2) e a ambivalência (APQ) no início da sessão e a aliança terapêutica (WAI-SR) no final da sessão têm impacto na complementaridade na mesma sessão. Todas as análises e gráficos correspondentes foram realizadas através do IBM SPSS *Statistic* para Macintosh, versão 27.

Resultados

Comportamento Interpessoal do Paciente

O comportamento interpessoal pode ser analisado, através da organização em dois eixos ortogonais do circumplexo interpessoal, o eixo da agência (do inglês “*agency*”) e o eixo da afiliação (do inglês “*communion*”).

COMPLEMENTARIDADE INTERPESSOAL EM CASOS DE *DROPOUT*

Partindo da análise do gráfico de vetores do perfil do comportamento interpessoal dos pacientes (Figura 1), pode verificar-se que, em média, os pacientes que abandonaram precocemente a terapia apresentam um perfil pouco dominante e tendencialmente submisso na primeira sessão, tendência apresentada pelos pacientes A, C, D, E, F e H (Figura 2).

Figura 1.

Perfil médio do comportamento interpessoal dos pacientes na primeira sessão

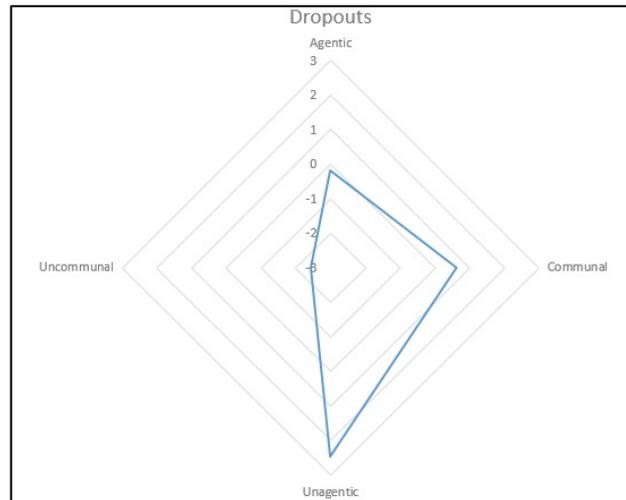
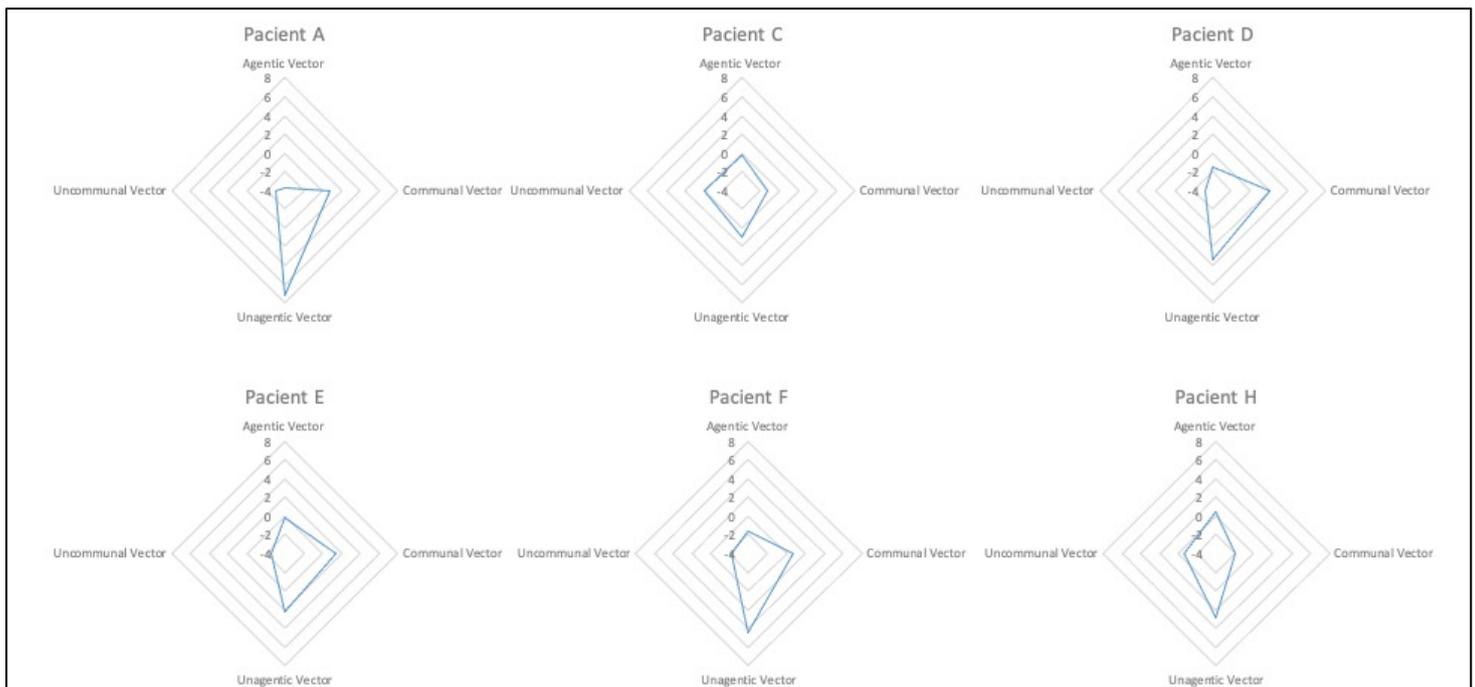


Figura 2.

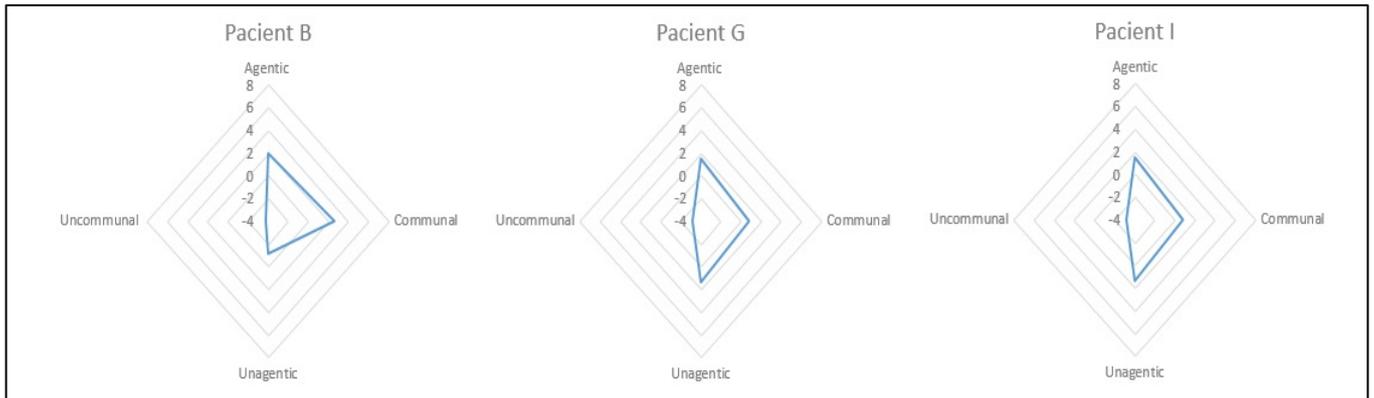
Perfil do comportamento interpessoal: Pacientes A, C, D, E, F e H



Dos 9 pacientes, apenas 3 não apresentaram este perfil inicial, sendo que o paciente B demonstrou um perfil caracterizado por uma elevada dominância e os pacientes G e I apresentaram um perfil caracterizado por valores relativamente semelhantes ao nível da dominância e da submissão (Figura 3).

Figura 3.

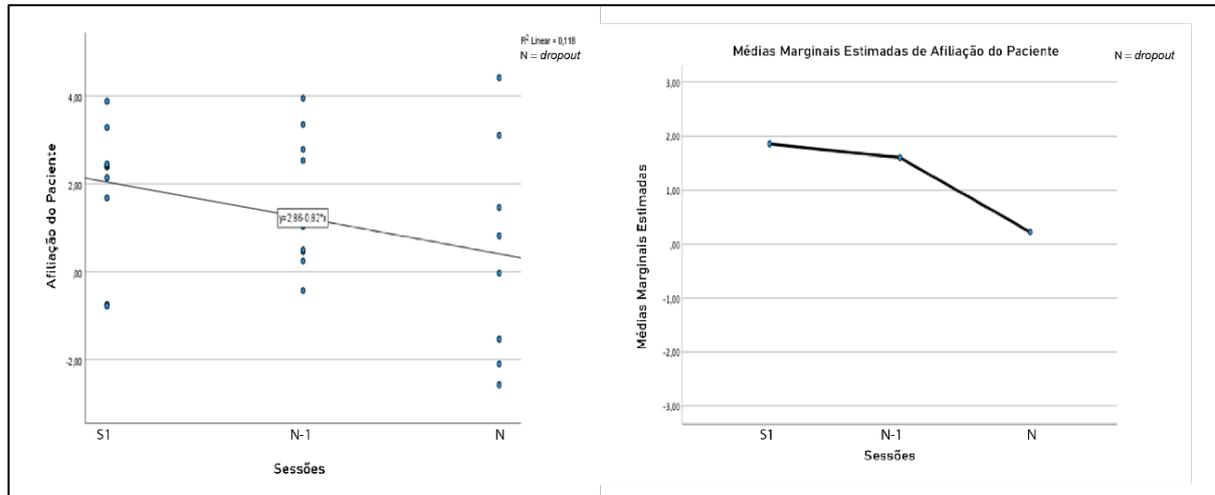
Perfil do comportamento interpessoal: Pacientes B, G e I



De modo a obter uma representação gráfica da evolução dos comportamentos interpessoais ao longo da terapia, foram calculadas retas de regressão da afiliação do paciente nos três momentos de estudo (primeira sessão, sessão N-1 e sessão N) (Figura 4), utilizando os valores dos comportamentos de afiliação nas três sessões. Assim sendo, através da análise gráfica, verifica-se uma tendência para a diminuição da afiliação do paciente ao longo do tratamento, sendo de realçar o aumento do comportamento hostil na sessão do *dropout* (N).

Figura 4.

Afiliação média dos pacientes ao longo da terapia

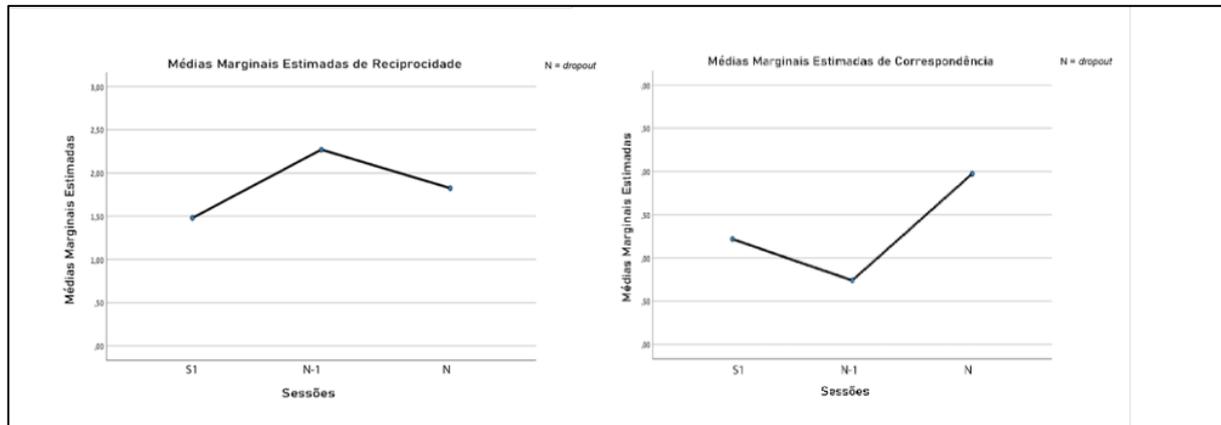


Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta

A partir do comportamento interpessoal individual do paciente e do terapeuta, foi analisada a complementaridade interpessoal das díades nas 3 sessões, utilizando os constructos de reciprocidade (comportamentos opostos no eixo da agência) e correspondência (comportamentos semelhantes no eixo da afiliação). Ao nível da reciprocidade da díade e partindo da análise da Figura 5, verifica-se uma tendência para a sua diminuição na sessão imediatamente antes do *dropout* (N-1). É de realçar o aumento da reciprocidade na sessão do *dropout* (N). Em relação à correspondência, os resultados sugerem um aumento na sessão anterior ao *dropout* (N-1), embora no sentido da hostilidade, parecendo estar relacionado com o aumento dos comportamentos frios e hostis de ambos os indivíduos. Por outro lado, verifica-se uma diminuição acentuada da correspondência na sessão do *dropout* (N).

Figura 5.

Complementaridade interpessoal – reciprocidade e correspondência média dos pacientes



Correlações entre os Comportamentos Interpessoais do Paciente e Terapeuta, Sofrimento Psicológico, Aliança Terapêutica e Ambivalência em relação à mudança

Depois de analisadas as tendências ao nível do comportamento e complementaridade interpessoal, procedeu-se à análise das correlações entre a afiliação e agência do paciente e terapeuta (Tabela 1). Os resultados sugerem que, de facto, os comportamentos de afiliação do paciente e do terapeuta estão positivamente correlacionados ($r=.63$; $p\leq.01$), o que significa que o aumento da afiliação de um dos indivíduos convida ao aumento da mesma do outro. No entanto, os comportamentos interpessoais no eixo da afiliação tenderam a diminuir ao longo da terapia, tanto nos terapeutas como nos pacientes, sugerindo que esta relação na afiliação acontece no sentido do aumento da hostilidade.

Tabela 1.

Correlações entre a afiliação e agência do paciente e terapeuta

	Afiliação Terapeuta	Agência Terapeuta
Afiliação Paciente	.628*	-.153
Agência Paciente	-.193	-.286

* $p < .01$

A análise das correlações entre as medidas de resultado e as variáveis interpessoais (Tabela 2) demonstram que os comportamentos interpessoais do paciente e do terapeuta não estão correlacionados com o sofrimento psicológico, a ambivalência e a aliança terapêutica.

Tabela 2.

Correlações entre as medidas de resultado e as variáveis interpessoais

	Afiliação Paciente	Agência Paciente	Afiliação Terapeuta	Agência Terapeuta	Correspondência	Reciprocidade
OQ-10	.115	-.078	.240	.185	.186	.117
APQ	.331	-.007	.279	.087	-.241	-.136
WAI	.299	-.053	.152	.351	-.349	.008

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo explorar a complementaridade interpessoal paciente-terapeuta em casos de *dropout*, através da análise dos perfis interpessoais dos pacientes com *dropout* e seus terapeutas, com base no circumplexo interpessoal, tanto na primeira sessão de terapia, como nas duas sessões anteriores ao *dropout*. Foi hipotetizado que os pacientes com *dropout* apresentam um perfil pouco dominante e maioritariamente submisso na primeira sessão, assim como um comportamento hostil na sessão do *dropout*. Além disso, era expectável uma diminuição da reciprocidade na sessão imediatamente antes do *dropout* e uma diminuição da correspondência na sessão do *dropout*. Foi, também, hipotetizado que os comportamentos de afiliação do paciente e terapeuta estão positivamente correlacionados, enquanto que os comportamentos interpessoais da díade terapêutica não estão correlacionados com o sofrimento psicológico, a ambivalência e a aliança terapêutica. Os resultados sugeriram que os pacientes com *dropout* apresentam um perfil tendencialmente submisso na primeira sessão e hostil na sessão do *dropout*. Relativamente à complementaridade, na sessão do *dropout*, verificou-se um aumento da reciprocidade e uma diminuição acentuada da correspondência. Estas tendências inverteram-se na sessão anterior ao *dropout*. Os comportamentos de afiliação do paciente e do terapeuta estão positivamente correlacionados, sendo que os comportamentos interpessoais da díade não estão correlacionados com o sofrimento psicológico, a ambivalência e a aliança terapêutica.

Comportamento Interpessoal do Paciente

Primeiramente, foi analisado o comportamento interpessoal do paciente. Neste sentido, o estudo sugere que, ao nível da agência, os pacientes que abandonaram precocemente a terapia apresentam um perfil pouco dominante e tendencialmente submisso

na primeira sessão, assim como hipotetizado. Tais resultados poderão estar relacionados com o próprio diagnóstico dos pacientes. De acordo com Rappaport et al. (2014), sintomas ansiosos e depressivos estão associados a um comportamento submisso. Assim, sendo que a amostra do presente estudo é constituída por pacientes com perturbações de ansiedade e depressão, é expectável o perfil interpessoal apresentado. Por outro lado, a literatura aponta para uma associação entre uma elevada aliança terapêutica e uma melhoria dos resultados terapêuticos para pacientes com baixos níveis de agência e elevada submissão (Gomez-Penedo et al., 2020). Sendo uma boa aliança fundamental para o processo terapêutico (Flückiger et al., 2018), e estando a sua debilidade ou rutura associada ao *dropout* (Barrett et al., 2008; Eubanks et al., 2015, 2018; Ghaemian et al., 2020; Roos & Werbart, 2013; Sharf et al., 2010), poderá assumir-se que os pacientes que não se sintam tão ligados ao terapeuta, não se envolvem tanto na terapia e apresentem um perfil interpessoal caracterizado por uma maior submissão, motivando piores resultados terapêuticos, como o *dropout*.

O menor vínculo do paciente em relação ao terapeuta poderá estar também associado aos resultados encontrados ao nível da afiliação. Verificou-se uma tendência para a diminuição da afiliação do paciente ao longo do tratamento, sendo de realçar o seu comportamento hostil na sessão do *dropout*, tal como esperado. Este resultado é parcialmente congruente com a correlação positiva encontrada entre os comportamentos hostis em contexto de terapia de grupo e as taxas de *dropout*, em que pacientes com perfis interpessoais mais hostis tendem a apresentar taxas de *dropout* superiores e piores resultados terapêuticos (Lothstein, 1978). Neste sentido, pode assumir-se que a menor ligação do paciente ao terapeuta, aliada à falta de melhoria sintomatológica poderá explicar a hostilidade do paciente e o conseqüente término precoce da terapia.

Complementaridade Interpessoal Paciente-Terapeuta

Relativamente à complementaridade interpessoal paciente-terapeuta, ao nível da reciprocidade da díade, verifica-se uma tendência para a diminuição da reciprocidade na sessão imediatamente antes do *dropout*. Tal vai de encontro com o hipotetizado e é parcialmente congruente com o estudo de T. J. G. Tracey et al. (1999) e T. J. Tracey e Sherry (1993). Estes autores sugerem que, nos casos de sucesso, a complementaridade interpessoal tende a seguir um padrão de evolução em forma de “U”, caracterizado por uma maior complementaridade no início da terapia, seguida de uma diminuição, e por fim, um aumento menos acentuado na fase final do tratamento. Pode assumir-se que, nos casos de *dropout*, a

meio da terapia, no presente estudo, na sessão anterior ao *dropout*, também ocorre a diminuição da complementaridade e reciprocidade, caracterizada pelo aumento da agência do terapeuta e do paciente dado o conflito entre ambos (T. J. G. Tracey et al., 1999). Este conflito necessita de ser resolvido, de forma a promover o sucesso terapêutico. Segundo Huber et al. (2021), uma maior agência é preditora de uma menor aliança terapêutica. Neste sentido, a diferença entre os casos de sucesso e *dropout* poderá ser que este conflito promova a rutura de uma eventual aliança já débil e, não existindo resolução da mesma, culmine com o *dropout*. De acordo com Gülüm et al. (2016), as sessões imediatamente anteriores ao *dropout* foram consideradas sessões de rutura da aliança irreparáveis. Esta rutura da aliança terapêutica poderá estar relacionada com a correspondência, cujos resultados sugerem um aumento da mesma na sessão anterior ao *dropout*. Contudo, este aumento dá-se no sentido da hostilidade, parecendo estar relacionado com o aumento dos comportamentos frios e hostis de ambos os indivíduos. Assim, o comportamento frio e hostil do paciente pode ser explicado pela associação encontrada entre este tipo de comportamentos e o *dropout* (Lothstein, 1978), uma vez que quanto mais extremos os comportamentos interpessoais dos pacientes, pior a aliança terapêutica (Kiesler & Watkins, 1989), estando esta relacionada com o *dropout* (Barrett et al., 2008; Eubanks et al., 2015, 2018; Ghaemian et al., 2020; Roos & Werbart, 2013; Sharf et al., 2010). O comportamento frio e hostil do terapeuta poderá ser resposta à frieza e hostilidade do paciente e, porventura, derivado da falta de flexibilidade do terapeuta em dar uma resposta adequada às necessidades do paciente (Owen & Hilsenroth, 2014), i.e., tornar possível a resolução de uma eventual rutura da aliança, o que, não acontecendo, poderá potenciar o *dropout*. Tal justificação também parece ser válida para a correlação positiva encontrada entre os comportamentos de afiliação do paciente e do terapeuta.

Contudo, na sessão do *dropout*, verificou-se uma tendência para o aumento da reciprocidade e para a diminuição acentuada da correspondência, tal como esperado. O aumento da reciprocidade pode ser explicado pelo aumento da agência do terapeuta e, por sua vez, pela diminuição da agência do paciente. Segundo Huber et al. (2021), um aumento da agência prediz uma melhoria sintomatológica em psicoterapia. Assim, sendo que o paciente se torna menos agêntico e mais submisso na sessão de *dropout*, pode inferir-se que, até lá, não ocorreram melhorias significativas ao nível dos sintomas, levando o paciente a desistir da terapia. Por outro lado, a diminuição acentuada da correspondência está associada

ao extremar da hostilidade de um dos elementos da díade, explicado maioritariamente pela postura hostil do paciente. Contudo, pode também estar associado ao comportamento do terapeuta. Estes resultados são congruentes com o estudo de Lilliengren et al. (2019), cujos casos de insucesso eram caracterizados por uma posição mais “controladora” e distante do terapeuta. Assim, os comportamentos de maior hostilidade e distanciamento do terapeuta poderão ser resposta à ausência de mudança por parte do paciente, gerando no terapeuta sentimentos de frustração, expressa através destes comportamentos hostis. Por outro lado, a hostilidade do terapeuta poderá ser um dos fatores que impediram a melhoria do paciente, motivando a sua postura igualmente hostil e a posterior decisão em abandonar precocemente o processo terapêutico.

Comportamentos Interpessoais do Paciente e Terapeuta, Sofrimento Psicológico, Aliança Terapêutica e Ambivalência em relação à mudança

Quanto às correlações entre os comportamentos interpessoais do paciente e terapeuta, os resultados sugerem que os comportamentos de afiliação do paciente e do terapeuta estão positivamente correlacionados ($r=.63$; $p\leq.01$), tal como previsto. A relação positiva encontrada entre os comportamentos de afiliação do paciente e terapeuta sugere uma variação dos comportamentos calorosos no mesmo sentido, i.e., quanto maior a afiliação de um dos indivíduos, maior será a afiliação do outro. Neste sentido, à medida que as sessões de um caso de *dropout* avançam, o comportamento de menor afiliação de um dos indivíduos convida um comportamento similar do outro, daí também existir um aumento da correspondência até à sessão N-1 (sessão antes da última sessão).

Por fim, as correlações com as medidas de resultado sugerem que os comportamentos interpessoais do paciente e do terapeuta não estão correlacionados com o sofrimento psicológico, a ambivalência e a aliança terapêutica, assim como hipotetizado. Estes resultados são consistentes com um estudo recente acerca do poder preditivo da ambivalência no abandono precoce da terapia, sendo que, nos casos de *dropout*, não foram encontradas oscilações nas medidas de autorrelato que avaliavam o sofrimento psicológico, a ambivalência e a aliança terapêutica, comparando o início e o momento anterior ao *dropout* (Oliveira et al., 2021).

Limitações e Estudos Futuros

O presente estudo apresenta uma série de limitações que devem ser tidas em consideração na interpretação e generalização dos resultados obtidos. A primeira limitação

prende-se com o *design* do próprio estudo, uma vez que a sua natureza exploratória e qualitativa limita a generalização dos resultados encontrados. Uma outra limitação deste estudo passa pelo tamanho, constituição e diagnóstico da amostra (N=9 pacientes e 3 terapeutas, apenas sexo feminino, com ansiedade e/ou depressão). Relativamente à codificação, o número de sessões codificadas foi mais baixa do que o que seria ideal, a qual se deveu às limitações de acesso às instalações da universidade onde se encontrava o material de arquivo, impostas pelo governo português como resposta à atual pandemia. Além disso, o uso de um único instrumento observacional, o ITS-8 (Sadler et al., 2019), limita a avaliação do perfil interpessoal do paciente em contexto terapêutico.

Estudos futuros poderão continuar a estudar a relação entre o *dropout* e a complementaridade interpessoal da díade terapêutica, utilizando uma amostra mais robusta, incluindo um maior número de pacientes e indivíduos do sexo masculino, com uma diversidade de diagnósticos, um maior número de terapeutas com diferentes abordagens (i.e., terapia interpessoal, terapia narrativa) e contextos de intervenção psicológica. A codificação de todas as sessões de um caso de *early versus late dropout* seria importante, de modo a colmatar as limitações deste estudo. Seria também pertinente incluir uma outra forma de avaliar o perfil interpessoal do paciente, através do recurso a instrumentos de autorrelato, tais como o Inventário de Problemas Interpessoais (*The Inventory of Interpersonal Problems*) (Ruiz et al., 2004). Tais melhorias possibilitariam a eventual clarificação das tendências encontradas neste estudo, tais como a mudança drástica ao nível da complementaridade entre a sessão anterior ao *dropout* e a sessão *dropout*, tornando-o passível de ser generalizado. Um contínuo foco na complementaridade interpessoal em psicoterapia poderá permitir uma maior compreensão da relação interpessoal da díade terapêutica e o seu impacto em fenómenos prevalentes como o *dropout*, possibilitando a sua prevenção.

Em suma, o fenómeno de *dropout* é a manifestação do insucesso terapêutico. O estudo deste fenómeno através da complementaridade interpessoal da díade terapêutica revelou-se eficaz na perceção de dinâmicas interpessoais importantes em terapia. A responsividade do terapeuta a tais dinâmicas, aplicada em contexto terapêutico, poderá ser crucial para a prevenção do *dropout*, melhorando os resultados terapêuticos não só para os pacientes, como também para os terapeutas, os sistemas de saúde mental e a sociedade. Contudo, a investigação nesta área é ainda insuficiente, de modo a ser aplicada com rigor científico à prática clínica.

Referências

- 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), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2011). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY: Oxford University Press.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early Withdrawal From Mental Health Treatment: Implications for Psychotherapy Practice. *Psychotherapy, 45*(2), 247–267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Bentley, K. H. (2017). Applying the Unified Protocol Transdiagnostic Treatment to Nonsuicidal Self-Injury and Co-Occurring Emotional Disorders: A Case Illustration. *Journal of Clinical Psychology, 73*(5), 547–558. <https://doi.org/10.1002/jclp.22452>
- Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review, 17*(2), 109–119. <https://doi.org/10.1002/erv.911>
- Bordin, E. S. (1979). THE GENERALIZABILITY OF THE PSYCHOANALYTIC CONCEPT OF THE WORKING ALLIANCE. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 909–912. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05450-X>
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(2), 133–143. <https://doi.org/10.1348/014466503321903553>
- Carson, R. C. (1969). *Interaction Concepts of Personality*. Chicago: Aldine.
- Chui, H., Chong, E. S. K., Atzil-Slonim, D., Sahin, Z., Solomonov, N., Minges, M. v., Kuprian, N., & Barber, J. P. (2020). Beyond symptom reduction: Development and validation of the Complementary Measure of Psychotherapy Outcome (COMPO). *Journal of Counseling Psychology, 67*(3), 306–319. <https://doi.org/10.1037/cou0000536>
- Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L., & Feeny, N. C. (2018). Rethinking Research on Prediction and Prevention of Psychotherapy Dropout: A Mechanism-Oriented Approach. *Behavior Modification, 44*(1), 1–24. <https://doi.org/10.1177/0145445518792251>
- de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 85*(March), 102002. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>
- Denburg, T. F. v., & Kiesler, D. J. (2002). An Interpersonal Communication Perspective on Resistance in Psychotherapy. *Psychotherapy in Practice, 8*(2), 195–205. <https://doi.org/10.1002/jclp.1140>
- Eubanks, C. F., Lubitz, J., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2019). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation*. *Journal of Counseling Psychology, 66*(3), 306–319. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1552034>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. *January*. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43666643/RUPTURE_RESOLUTION_RATING_SYS_TEM_3RS_M20160312-22304-i7hroy.pdf?1457821617=&response-content-

- disposition=inline%3B+filename%3DRupture_Resolution_Rating_System_3RS_Man.pdf
&Expires=1603030214&Signature=c2Lpf-yj
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: a meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 508–519.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(6), 1108–1122. <https://doi.org/10.1037/ccp0000044>
- Flückiger, C., Del, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Rubel, J., del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errázuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J. C., Strunk, D. R., ... Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(9), 829–843. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>
- Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Boswell, J. F., Carl, J. R., Bullis, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The impact of the unified protocol for emotional disorders on quality of life. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(1), 57–72. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.1.57>
- Ghaemian, A., Ghomi, M., Wrightman, M., & Ellis-Nee, C. (2020). Therapy discontinuation in a primary care psychological service: Why patients drop out. *Cognitive Behaviour Therapist, 13*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000240>
- Gómez Penedo, J. M., Schwartz, B., Deisenhofer, A. K., Rubel, J., Babl, A. M., & Lutz, W. (2021). Interpersonal clarification effects in Cognitive-Behavioral Therapy for depression and how they are moderated by the therapeutic alliance. *Journal of Affective Disorders, 279*(September 2020), 662–670. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.043>
- Goode, J., Park, J., Parkin, S., Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2016). A collaborative approach to psychotherapy termination. *Psychotherapy, 54*(1), 10–14. <https://doi.org/10.1037/pst0000085>
- Gülüm, V., Soygüt, G., & Safran, J. D. (2016). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 28*(5), 685–707. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hatchett, G. T., Han, K., & Cooker, P. G. (2002). Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment, 9*(2), 156–163. <https://doi.org/10.1177/10791102009002006>
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy, 40*(3), 226–231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>
- Hilsenroth, M. J., & Cromer, T. D. (2007). Practice Review: Clinician Interventions Related To Alliance During the Initial Interview and Psychological Assessment. *Psychotherapy, 44*(2), 205–218. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.205>
- Horowitz, L. M., & Strack, S. (2011). *Handbook of Interpersonal Psychology: theory, research, assessment and therapeutic interventions.*

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223–233. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2014.01.154>
- Huber, J., Jennissen, S., Nikendei, C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2021). Agency and alliance as change factors in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(3), 214–226. <https://doi.org/10.1037/ccp0000628>
- Kegel, A. F., & Flückiger, C. (2015). Predicting Psychotherapy Dropouts: A Multilevel Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*(5), 377–386. <https://doi.org/10.1002/cpp.1899>
- Kiesler, D. J. (2004). *Manual for the Checklist of Interpersonal Transactions-Revised (CLOIT-R) and the Checklist of Psychotherapy Transactions-Revised (CLOPT-R): A 2004 Update*.
- Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy, 26*(2), 183–194. <https://doi.org/10.1037/h0085418>
- Kolb, D. L., Beutler, L. E., & Davis, C. S. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy, 22*(4), 702–710. <https://doi.org/10.1037/h0085556>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(4), 249–258. doi: 10.1002/(sici)1099-0879(199612)3:4<249::aid-cpp106>3.0.co;2-s
- Lambert, M. J., Finch, A., Okiishi, J., & Burlingame, G. (2005). Administration and Scoring Manual for the OQ-10.2. Salt Lake City, UT: OQ Measures, LLC.
- Lampropoulos, G. K. (2010). Type of counseling termination and trainee therapist-client agreement about change. *Counselling Psychology Quarterly, 23*(1), 111–120. <https://doi.org/10.1080/09515071003721552>
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York, NY: Ronald Press. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1960.14.2.423>
- Lilliengren, P., Philips, B., Falkenström, F., Bergquist, M., Ulvenes, P., & Wampold, B. (2019). Comparing the treatment process in successful and unsuccessful cases in two forms of psychotherapy for cluster c personality disorders. *Psychotherapy, 56*(2), 285–296. <https://doi.org/10.1037/pst0000217>
- Locke, K. D. (2012). Circumplex Measures of Interpersonal Constructs. *Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions, 3043*(208), 313–324. <https://doi.org/10.1002/9781118001868.ch19>
- Longo, D. A., Lent, R. W., & Brown, S. D. (1992). Social Cognitive Variables in the Prediction of Client Motivation and Attrition. *Journal of Counseling Psychology, 39*(4), 447–452. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.4.447>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. (2018). Clinical outcomes of psychotherapy dropouts: Does dropping out of psychotherapy necessarily mean failure? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 40*(2), 123–127. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2267>
- Lothstein, L. M. (1978). The group psychotherapy dropout phenomenon revisited. *American Journal of Psychiatry, 135*(12), 1492–1495. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.12.1492>
- Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs

- scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427–437. <https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Machado, P. P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica – WAI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol.2, pp. 87-94). Braga: APPORT/SHO.
- Markey, P. M., Funder, D. G., & Ozer, D. J. (2003). Complementarity of interpersonal behaviors in dyadic interactions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1082–1090. <https://doi.org/10.1177/0146167203253474>
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let’s face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21–25. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.21>
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2015). A Guide to Treatments That Work, 4th ed. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1454–1454. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1454>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2020). Ambivalence in Psychotherapy Questionnaire: Development and validation studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(5), 727–735. <https://doi.org/10.1002/cpp.2457>
- Oliveira, J. T., Sousa, I., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2021). Premature termination of transdiagnostic treatment of emotional disorders: The role of ambivalence toward change. Manuscript submitted for publication.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 280–288. <https://doi.org/10.1037/a0035753>
- Penedo, J. M. G., Babl, A., Krieger, T., Heinonen, E., Flückiger, C., & Holtforth, M. (2020). Interpersonal agency as predictor of the within-patient alliance effects on depression severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 338–349. <https://doi.org/10.1037/ccp0000475>
- Rappaport, L. M., Moskowitz, D. S., & D’Antono, B. (2014). Naturalistic interpersonal behavior patterns differentiate depression and anxiety symptoms in the community. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 253–263. <https://doi.org/10.1037/a0035625>
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). *REDUCING PSYCHOTHERAPY DROPOUTS : MAXIMIZING PERSPECTIVE CONVERGENCE IN THE PSYCHOTHERAPY DYAD*.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Castonguay, L. G., & Ragusea, S. A. (2004). Validity of the inventory of interpersonal problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 213–222. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8303_05
- Sadler, P., Ethier, N., Gunn, G. R., Duong, D., & Woody, E. (2009). Are We on the Same Wavelength? Interpersonal Complementarity as Shared Cyclical Patterns During Interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 1005–1020. <https://doi.org/10.1037/a0016232>

- Sadler, P., Howard, A. P., Lizdek, I., & Woody, E. (2019). The Interpersonal Transaction Scales–8 (ITS-8): A Circumplex-Based, Behaviorally Anchored Instrument Based on the CLOIT-R. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191119851565>
- Sadler, P., & Woody, E. (2003). Is Who You Are Who You're Talking To? Interpersonal Style and Complementarity in Mixed-Sex Interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(1), 80–96. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.80>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2017). The Contribution of Therapist Effects to Patient Dropout and Deterioration in the Psychological Therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *24*(3), 575–588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2016). The Relationship Between Therapist Effects and Therapy Delivery Factors: Therapy Modality, Dosage, and Non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *44*(5), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *47*(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J., & Steinfeld, B. J. (2012). Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatric Services*, *63*(7), 705–707. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100309>
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, *21*(2), 193–200. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.541294>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). *A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy*. *24*(3), 193–207.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2015). *Premature Termination in Psychotherapy: Strategies for Engaging Clients and Improving Outcomes*. American Psychological Association.
- Tracey, T. J. G. (2004). Levels of interpersonal complementarity: A simplex representation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*(9), 1211–1225. <https://doi.org/10.1177/0146167204264075>
- Tracey, T. J. G., Albright, J. M., & Sherry, P. (1999). The interpersonal process of cognitive-behavioral therapy: An examination of complementarity over the course of treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *46*(1), 80–91. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.1.80>
- Tracey, T. J., & Sherry, P. (1993). Complementary interaction over time in successful and less successful supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(3), 304–311. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.24.3.304>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(2), 190–195. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.24.2.190>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2016). Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *24*(2), 312–321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>

Anexo 1



Universidade do Minho

SECSH

Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: SECSH 011/2018

Título do projeto: *Eficácia Psicoterapêutica do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais em Contexto Comunitário*

Investigador(a) Responsável: Eugénia Maria Ribeiro Pereira, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigadora CIPsi-UM; Mário Miguel Machado Osório Gonçalves, Professor Catedrático da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigador CIPsi-UM; Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado, Professor Catedrático da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigador CIPsi-UM; Sónia Ferreira Gonçalves, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigadora CIPsi-UM

Outros Investigadores: Ângela Cristina Franco Ferreira e Carina Andreia Silva Magalhães - MSc – Bolseiras de Investigação CIPsi-UM; Dulce Patrícia Vale Vasconcelos Pinto, Maria Manuela Gonçalves Sousa Peixoto e Pablo Fernandez Navarro - PhD – Bolseiros de Investigação CIPsi-UM; João Tiago Terra da Cruz Oliveira - MSc – Bolseiro de Doutoramento FCT e CIPsi-UM; Rafael Araújo, MSc – Assistente de Investigação CIPsi-UM; Cátia Sofia Macedo Braga, PhD – Assistente de Investigação CIPsi-UM

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECSH) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *“Eficácia Psicoterapêutica do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais em Contexto Comunitário”*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a SECSH nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 28 de maio de 2018.

O Presidente

Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado