

Margarida Maria Oliveira Carvalho Cardoso



**Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Universidade Fernando Pessoa

Setembro 2021

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Margarida Maria Oliveira Carvalho Cardoso



**Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Universidade Fernando Pessoa

Setembro de 2021

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Margarida Maria Oliveira Carvalho Cardoso

**Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia**

(Margarida Maria Oliveira Carvalho Cardoso)

Dissertação apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica
e da Saúde, sob orientação do Mestre
Sónia Pimentel Alves.

Setembro de 2021

Resumo

Um dos fatores comuns que pode contribuir para a compreensão do processo de mudança em psicoterapia são as expectativas dos clientes. De facto, as expectativas dos clientes em psicoterapia são preditores da eficácia da psicoterapia e podem justificar a variância encontrada nos resultados (Wampold, 2001). Embora tenham um valor modesto nos resultados da psicoterapia são fundamentais por refletirem uma série de características específicas do cliente, importantes para o planeamento da intervenção (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011). Além disso, também funcionam como variáveis mediadoras e moderadoras de mecanismos em todo o processo psicoterapêutico e podem contribuir ainda na decisão do cliente para permanecer ou abandonar precocemente a psicoterapia (*dropout*) (Swift, & Greenberg, (2012).

O *dropout* tem expressão significativa (1 em 5 clientes abandonam precocemente a psicoterapia), o que tem/pode ter consequências diretas para todos os intervenientes (cliente, psicoterapeuta, sistemas de prestação de cuidados) e continua a ser uma dimensão ainda pouco compreendida em psicoterapia. A literatura indica diversos fatores que influenciam a decisão de abandonar a terapia, no entanto, relativamente à associação entre as expectativas e o *dropout* os estudos ainda são inconsistentes (Santagelo, 2020).

Tendo como ponto de partida a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre o papel que as expectativas dos clientes podem ter na psicoterapia, realizámos um estudo descritivo, de natureza observacional, em que as variáveis estudadas foram as expectativas de resultado pré-tratamento e a situação em termos de acompanhamento (continuidade *vs.* *dropout*) e cujos objetivos foram: (i) descrever as expectativas de resultado pré-tratamento; e (ii) analisar a relação entre estas expectativas e o abandono precoce (*dropout*) da psicoterapia em clientes adultos.

A amostra ficou constituída por 57 participantes, 63.2% do sexo feminino e 36.8% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos ($M=44.7$; $DP=17.4$), atendidos numa clínica pedagógica de psicologia de uma Universidade do Norte de Portugal. As expectativas mais relatadas pelos participantes foram as denominadas como “horizontais” (41.3%), as quais se referem à procura de uma solução imediata para os problemas/dificuldades (e.g., diminuir a ansiedade e o *stress*, desabafar, melhorar os relacionamentos e resolver problemas atuais), seguidas das expectativas

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

“verticais” (38.4%), que se referem a movimentos para baixo (no “aqui e agora”) de mistura do antes e do depois (e.g., controlo emocional, conhecer-se melhor, ter mais confiança) e, por último, as expectativas de nível “transcendental” (20.3%) marcadas pelo movimento “aqui” e “lá”/”presente” e “ideal” (e.g., sentir-se melhor, ser feliz, bem estar familiar).

Quando comparados os grupos considerados, verificamos que os participantes que fizeram *dropout* apresentam, sobretudo, expectativas “verticais” enquanto os clientes que se mantiveram em acompanhamento apresentam expectativas “horizontais”. No entanto, estas diferenças não se mostraram estatisticamente significativas ($\chi^2=2.624$; $p=.269$), o que nos permite concluir que as expectativas de resultado pré-tratamento e a situação em termos de acompanhamento são variáveis independentes.

Palavras-chave: psicoterapia, expectativas de resultado pré-tratamento, *dropout*

Abstract

In psychotherapy, client expectations are one of the common factors that may contribute to the knowledge of the change process. As a matter of fact, client expectations in psychotherapy are predictors of the effectiveness of psychotherapy and may account for the variance found in outcomes (Wampold, 2001). Although they have a modest value in psychotherapy outcomes, they are crucial as they reflect a number of specific client characteristics that are relevant for intervention planning (Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano, & Smith, 2011). In the same way, they also function as mediating and moderating variables of mechanisms throughout the psychotherapeutic process and may also contribute to the client's decision to remain in or abandon psychotherapy early (dropout) (Swift, & Greenberg, 2012).

Dropout is common (1 in 5 clients leave psychotherapy early), which has/ may have direct consequences for all the participants (client, psychotherapist, care delivery systems) and remains a dimension still poorly understood in psychotherapy. The literature states several factors that influence the decision to abandon therapy, nevertheless, the association between expectations and dropout the studies are still inconsistent (Santagelo, 2020).

With the necessity to improve the knowledge about the role that clients' expectations may play in psychotherapy as a starting point, we conducted a descriptive study, observational in nature, in which the variables studied were the pre-treatment outcome expectations and the situation in terms of follow-up (continuity vs. dropout) and whose objectives were: to describe the pre-treatment outcome expectations; and (ii) to analyse the relationship between these expectations and dropout from psychotherapy, in adult clients.

The sample consisted by a total of 57 participants, 63.2% female and 36.8% male, aged between 18 and 79 years ($M=44.7$; $SD=17.4$), who were seen at a pedagogical psychology clinic, in adults' consultation. The most prevalent expectations reported by participants were the so-called "horizontal" (41.3%), which refer to the need to find an immediate solution to problems/difficulties (e.g., to reduce anxiety and stress, to release from stress, to improve relationships and to solve current problems), followed by the

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

"vertical" expectations (38.4%), which refer decline perspective (in "here and now"), of blending before and after (e.g., emotional control, to know themselves better, to have more confidence), and at last the "transcendental" expectations (20.3%) characterised by "here" and "there/"present" and "ideal" expectations (e.g. to feel better, to be happy, family wellbeing).

Comparing the groups, we found that participants who dropped out had mainly "vertical" expectations while clients who remained in follow-up had "horizontal" expectations. These differences, however, were not found to be statistically significant ($X^2=2.624$; $p=.269$), which allows us to conclude expectations may not be relevant for clients to remain or drop out of psychotherapy. However, they may be both moderators and mediators of dropout in psychotherapy.

Keywords: psychotherapy, pre-treatment outcome expectations, dropout

Agradecimentos

Em primeiro de tudo, agradeço a Deus toda a força e coragem que tive de ter para conseguir terminar este projeto. Foi um trabalho muito difícil e solitário. Sempre que um obstáculo surgia, foi preciso muito empenho e perseverança para continuar, porém aprendi a estar comigo, a ouvir-me e a ultrapassar-me. A principal motivação foram os meus filhos e o querer dizer-lhes que nunca é tarde realizarmos os nossos sonhos. A psicologia foi um sonho, sucessivamente, adiado. Contudo serviu de inspiração para os influenciar.

Neste processo, os meus filhos sempre me apoiaram dando-me força e transmitindo-me confiança no silêncio das suas palavras, sinto que se orgulham muito do meu percurso de vida e penso que sou uma referência nas suas vidas.

Outro agradecimento, “*in memory*” aos meus queridos pais. Estejam onde estiverem, estão com toda a certeza muito orgulhosos de mim, pois conheciam este meu sonho, e sendo meu, também, era o deles. Tenho pena que a minha querida mãe não celebre a minha vitória pois ficaria radiante de felicidade.

Ao meu marido, o agradecimento tem um sabor especial, graças a ele eu sou como sou. Em primeiro lugar, quero expressar a minha gratidão pelo amor e companheirismo que sempre nos uniu, neste caminho da vida e ao longo destes longos anos. Não foi fácil para ele ajustar-se a uma nova rotina noturna e fins de semana perdidos devido aos trabalhos e estudos universitário e ao transtorno familiar que provocou. Porém, sempre me apoiou e nunca reclamou. Foi e continua a ser o meu “porto de abrigo” e com toda a certeza, é a melhor pessoa para estar a meu lado.

Não podia deixar de agradecer à minha Tia e ao meu primo Fernando, que mesmo sem se aperceberem, me ajudaram com a sua autonomia.

Estou grata a todos os professores que ao longo deste percurso me ajudaram, acreditaram em mim e nunca me fizeram sentir uma pessoa datada. Passaram por mim, pessoas extraordinárias e maravilhosas que vão permanecer no meu coração. Houve professores marcantes pelas suas características pessoais, empatia e profissionalismo. Colegas de curso, jovens adultos, que me integraram como se um deles se tratasse, companheiros, atentos e amigos.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

À minha orientadora quero agradecer pela paciência e compreensão tanto no estágio como ao longo do processo da dissertação e à Universidade Fernando Pessoa pela organização e apoio que prestam os seus alunos.

Lista de abreviaturas

APA – Associação Americana de Psicologia

AST – Avaliação Sessão de Triagem

AT – Aliança Terapêutica

ERPT – Expectativas de Resultado Pré-Tratamento

FC – Fatores Comuns

MC – Modelo Contextual

RT – Resultado de Tratamento

TCC – Técnica Cognitivo-Comportamental

Índice

1. INTRODUÇÃO	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1. EXPECTATIVAS EM PSICOTERAPIA	18
2.2. ABANDONO PRECOCE (<i>DROPOUT</i>) EM PSICOTERAPIA	32
2.3- EXPECTATIVAS EM PSICOTERAPIA E <i>DROPOUT</i>	37
3. PARTE PRÁTICA	40
3.1. MÉTODO	40
3.1.1- Participantes	41
3.1.2- Material	43
3.1.3- Procedimento	43
3.2- RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4. CONCLUSÕES	52
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Índice de Figuras

Figura 1 Agrupamento dos códigos iniciais em temas “latentes” 45

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Índice de Tabelas

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos participantes	41
Tabela 2	Caracterização clínica dos participantes	42
Tabela 3	Análise de Temas Latentes	46
Tabela 4	Análise descritiva das expectativas de resultado pré-tratamento	48
Tabela 5	Análise descritiva das crenças nas expectativas	49
Tabela 6	Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Situação em termos de Acompanhamento	49

1. Introdução

As expectativas dos clientes em psicoterapia são consideradas um dos Fatores Comuns (FC) com contributo significativo nos resultados (Wampold, & Imel, 2015). Lambert e Barley (2001) estimaram um valor de 15% no seu contributo sobre o resultado, um valor igual às técnicas usadas em todos os tratamentos. A importância das expectativas dos clientes em psicoterapia tem vindo a ser salientada por diversos autores como, por exemplo, Constantino (2012), Greenberg, Constantino e Bruce (2006), Norcross (2002) e Wampol (2001; 2018; 2019).

As expectativas dos clientes formam-se, geralmente, quando o cliente toma a decisão de fazer psicoterapia. A maioria delas decorrem de pensamentos e perceções sobre a possibilidade de procurarem ajuda profissional devido à necessidade de uma solução para um problema ou situação pelo qual se confrontam e para o qual não conseguem, sozinhos, resolver. Durante esse processo de dor e angústia, equacionam a possibilidade de fazerem psicoterapia (Constantino, 2012; Lambert, & Ogles, 2004; Wampold, 2001). À medida que a decisão se torna mais clara, as dúvidas e incertezas aumentam e dão lugar a pensamentos que originam as expectativas, podendo estas resultar em elementos e aspetos completamente distantes do que se passa na realidade.

Em psicoterapia as expectativas dos clientes são habitualmente classificadas em expectativas de tratamento e em expectativas de resultado. As expectativas de tratamento são mecanismos internos que ativam as crenças dos clientes iniciando o sistema de pensamentos, ideias ou opiniões que podem ser ou não, coerentes com o que acontecerá no processo terapêutico. Além disso, os clientes também se questionam se a psicoterapia os ajudarão. Esses pensamentos ocorrem nos clientes antes mesmo do tratamento iniciar ou logo no início da psicoterapia, pelo que se designam por expectativas iniciais de tratamento ou expectativas de pré-tratamento. Relativamente às expectativas de resultado, estas refletem as crenças que os clientes criam em relação aos resultados que esperam dos tratamentos. Este tipo de expectativas, podem se formar antes de iniciar o tratamento designando-se de expectativas de resultado pré-tratamento, no início aplicando-se de expectativas iniciais de resultado ou ainda numa fase mais avançado do tratamento adotando a designação de expectativas de resultado. Resultante da fase no qual o

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

tratamento se encontra, as expectativas podem alterar-se, manter-se ou reformular-se (Swift, & Greenberg, 2012).

Geralmente, quando os clientes tomam a decisão de procurar ajuda psicoterapeuta esperam que o sofrimento pelo qual estão a atravessar alivie, i.e., as suas expectativas de resultado pré-tratamento são a melhoria dos sintomas ou mudanças terapêuticas. Outros há que só querem ser escutados e validados nas suas opiniões, receios e dúvidas, i.e., as suas expectativas de resultado pré-tratamento é poderem falar abertamente sobre tudo o que os preocupam e/ou que os escutem nas suas histórias de vida num ambiente seguro sem julgamentos e sem censura. Existem outros clientes que pretendem conhecer-se melhor, pelo que procuram uma psicoterapia que lhes proporcione um crescimento pessoal. Todos os clientes têm as suas expectativas de resultado pré-tratamento em relação à psicoterapia e embora as suas expectativas possam ser diferentes, há semelhanças consideráveis quanto aos resultados, pois todos os clientes desejam sentir-se melhor depois de participarem de um plano de tratamento psicoterapêutico (Cerioni, & Herzberg, 2016).

Dessa forma, independentemente da razão pelo qual os clientes procuraram ajuda psicoterapêutica, todos esperam obter benefícios dos tratamentos, assim uma maneira de antecipar bons resultados pode ser através das expectativas dos clientes. Para isso, será conveniente que numa fase precoce do tratamento as expectativas dos clientes sejam analisadas e verificadas para que no caso de serem irrealistas se possa, atempadamente, alterarem e/ou reformularem. O mesmo procedimento deve ser realizado sempre que haja necessidade de enquadrar as expectativas do cliente à realidade do tratamento independentemente da fase em que se encontre o processo (Constantino, 2012).

A necessidade de se atenderem às expectativas dos clientes numa fase inicial da psicoterapia prende-se com o conhecimento deles sobre o que é a psicoterapia. A realidade clínica pode ser completamente diferente daquilo que, muitos clientes, espera da psicoterapia. Por vezes o cliente tem uma perspetiva romanceada e perspectiva um tratamento que lhe solucionará as suas dificuldades como por magia e eles praticamente nada tenham que fazer. Assim, quando confrontados com uma serie de procedimentos e estratégias que deverão adotar em cooperação com psicoterapeuta, não querem ou ainda não estão preparados para isso. Outros clientes esperam dos tratamentos o que ouvem e veem nos “mídia”, de amigos próximos e conhecidos. No entanto, também existem

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

clientes que sabem com alguma certeza o que pretendem da psicoterapia e procuram este tipo de tratamento muitas vezes aconselhados pelo seu médico ou familiares que já a utilizaram e obtiveram resultados benéficos para as suas vidas. Por tudo isso é fundamental que o profissional, numa fase inicial, se aperceba que tipo de expectativas, metas e objetivos o cliente perspectiva para o tratamento e que esclareça com base num racional teórico que a psicoterapia é um método eficaz e efetivo na solução de diferentes problemas do foro psicológico e que o resultado do tratamento pode ser muito mais útil do que inicialmente o cliente considerou. Resultados esses que podem ser semelhantes independente da abordagem terapêutica que cada profissional utilize (Pieta, & Gomes, 2017).

No entanto, há fatores que podem contribuir para que o tratamento psicoterapêutico não tenha a mesma utilidade e benefício do que é suposto, por exemplo, quando o cliente abandona precocemente o tratamento. A literatura indica que um em cada cinco cliente decide desistir precocemente da psicoterapia (*dropout*) (Santangelo, 2020; Swift, & Greenberg, 2012; Swift, Spencer, & Goode, 2018).

O abandono precoce é, de facto, considerado um importante evento em psicoterapia na medida em que impacta negativamente nas diferentes áreas da sociedade com repercussão na economia, nas instituições de saúde mental, nos recursos humanos, nos clientes e nos psicoterapeutas (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; Santangelo, 2020).

No sentido de contribuir para se analisar até que ponto as expectativas dos clientes contribuem para o desenvolvimento da psicoterapia, esta dissertação tem como objetivos analisar e descrever as expectativas de resultado pré-tratamento descritas pelos clientes e estudar a relação que existe entre estas expectativas e situação em termos de acompanhamento (continuidade *vs.* *dropout*).

Para o efeito, a presente dissertação divide-se em duas partes em que a primeira corresponde ao enquadramento teórico, abordando-se, primeiramente, as expectativas em psicoterapia, seguida do abandono precoce (*dropout*) em psicoterapia e, por último, da investigação acerca das expectativas em psicoterapia e do *dropout*.

A segunda parte desta dissertação corresponde ao estudo empírico realizado, onde são descritos: o método, os participantes, o material, o procedimento e, por fim, são apresentados os resultados e a respetiva discussão.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Expectativas em Psicoterapia

De acordo com a Associação Americana de Psicologia (APA), a definição mais consistente de psicoterapia é a de que se refere a uma aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais fundamentadas em princípios psicológicos estabelecidos em que o principal objetivo é auxiliar as pessoas a modificarem os seus comportamentos, cognições e outras características pessoais em direção aos seus desejos (Norcross, 2002, cited in Zeig & Munion, 1990). Através da psicoterapia as pessoas podem eliminar e controlar sintomas inquietantes e melhorar o seu funcionamento, aumentar o seu bem-estar, resolver as suas dificuldades e os seus problemas (APA, 2016). Neste sentido, Lambert (2015) descreve a psicoterapia como um meio colaborativo, entre o cliente e um profissional treinado, desenvolvido para fornecer alívio dos sintomas problemáticos, ajudar a prevenir recaídas futuras, apoiar a mudança psicológica, melhorar o funcionamento adaptativo nos relacionamentos, no trabalho/escola, aumentar a capacidade para fazer escolhas de vida saudáveis e promover a qualidade de vida em geral. É um trabalho que promove e ajuda o cliente a ser funcional em todas as dimensões da sua vida.

A literatura indica que todo esse trabalho, para ser considerado terapêutico deve ser realizado segundo normas específicas da psicologia, e que todas as intervenções terapêuticas quando realizadas sem que haja interação interpessoal, quando o foco é a prevenção, quando o pedido de ajuda não surge do cliente e quando os tratamentos não se fundamentam num racional teórico, não podem ser considerados tratamentos psicoterapêuticos (Wampold, & Imel, 2015).

Historicamente, a preocupação inicial foi a de demonstrar a eficácia da psicoterapia (Asay & Lambert, 1999; Elliott, 1995). Atualmente, e respondidas que estão

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

as questões relacionadas com a eficácia da psicoterapia (Lambert, 2013; Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Lambert & Ogles, 2004; Wampol, 2001), com a ausência de evidência acerca da eficácia diferencial entre diferentes modelos de intervenção (Lambert & Ogles, 2004; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Wolff & Auckenthaler, 2014) e com a evidência de que a psicoterapia é eficaz para vários tipos de perturbação psicológica em todas as faixas etárias (Clarking & Levy, 2004; Rosenthal, 2008), cada vez mais os investigadores têm vindo a estudar os mecanismos e os processos da mudança terapêutica (Castonguay & Beutler, 2006; Isolan, Pheula & Cordioli, 2008; Lambert & Ogles, 2004; Mitte, 2005; Wampold, 2001; 2010).

De facto, as questões relacionadas com a eficácia da psicoterapia estão hoje suficientemente respondidas, assistindo-se a um largo consenso quanto à efetividade da psicoterapia (Lambert, 2013). Importava, assim, identificar aqueles que seriam os processos e os mecanismos pelos quais a psicoterapia atuava. Lambert, em 1992 (cited in Lambert, 2013), identifica um conjunto de Fatores Comuns (FC) e procura estimar o peso relativo de cada um desses fatores na eficácia da psicoterapia, 40% dos resultados terapêuticos positivos são imputáveis a variáveis relacionadas com o cliente e a fatores extra terapêuticos, não ao psicoterapeuta ou ao seu quadro teórico; estão aqui incluídos os aspetos que o cliente leva para a psicoterapia (a motivação para mudar, capacidades cognitivas e interpessoais, vontade de estabelecer uma relação com o psicoterapeuta, etc) e as condições extra tratamento (acontecimentos de vida, suporte familiar e social). Outro fator é a aliança terapêutica (AT), esta parece ser responsável por 30% da variância encontrada nos resultados em psicoterapia; são aspetos fundamentalmente presentes na relação da díade terapêutica, independente da orientação teórica do psicoterapeuta, tais como a empatia, a confiança, aceitação e compreensão. 15% da eficácia parece estar relacionada com o efeito placebo, de esperança e de expectativa de que o processo terapêutico será útil e o seu efeito benéfico e positivo; trata-se de um efeito idêntico ao de outros processos de tratamento, i.e., quando o cliente acredita que será de facto ajudado a ultrapassar as suas dificuldades, a probabilidade de isso acontecer é eminente. Parece, genuinamente importante que o cliente e o psicoterapeuta tenham expectativas semelhantes sobre o poder restaurativo do tratamento psiterapêutico. Por último, 15% são atribuídos às técnicas específicas.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

De um modo geral, considera-se que os FC estão sempre presentes nas diversas psicoterapias, porém os resultados até ao momento nem sempre conseguem explicar a forma como tais fatores se associam à mudança (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011).

Na procura de evidência para aquilo que faz com que a psicoterapia funcione Wampold e Imel (2015) apresentam o “Modelo Contextual” (MC) que se procura constituir como um “meta-modelo” com base na evidência para o qual procuram identificar mecanismos e caminhos transversais a qualquer modelo interventivo da psicoterapia. A intenção dos autores nunca foi desenvolverem um novo modelo, mas antes uma teoria esclarecedora que orientasse e direcionasse as diferentes abordagens interventivas a serem mais eficientes e eficazes. Para isso, organizaram todo o conhecimento mais atual do que faz para a psicoterapia funcionar de forma organizada e regulamentada e sugeriram três caminhos essenciais para que mudança terapêutica aconteça: 1) a relação real entre psicoterapeuta e cliente; 2) a criação de expectativas positivas; 3) a promoção de ações terapêuticas dentro e fora de sessão. Embora vários modelos teóricos destaquem a importância do seu modelo em relação aos restantes, os autores argumentam que o caminho sugerido no MC atende às diversas orientações da psicoterapia bem com a todos os psicoterapeutas mais exigentes e eficazes.

A procura de uma via transversal a todas as formas de fazer psicoterapia foi devido à necessidade de um aproximar mais capaz aos clientes. Quando estes chegam à psicoterapia, geralmente, precisam de muito apoio e segurança, procuram quem os auxilie a lidar com os seus problemas e dificuldades intra e interpessoais, veem igualmente com muitas expectativas e crenças em relação à psicoterapia e ao psicoterapeuta, que naturalmente podem evoluir durante o processo psicoterapêutico. Todo este ambiente de confiança, estabilidade e apoio e a ligação inicial são a base dos três caminhos de mudança psicoterapêutica propostos no MC.

1) Relação real – apesar do seu valor se diferenciar em função das teorias e abordagens terapêuticas, é evidenciada como um dos principais veículos que geram mudança em psicoterapia e a sua definição de referência é a ligação estabelecida entre os participantes do processo terapêutico (cliente e psicoterapeuta). A presença de um psicoterapeuta empático, genuíno, preocupado e atento, promove, por si só, efeitos psicológicos relevantes nas várias fases do processo psicoterapêutico e no resultado. O impacto desta relação interpessoal repercutirá nas variáveis mais técnicas do tratamento,

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

visto que a relação, por si só, tem muitos efeitos no cliente, nomeadamente na motivação, esperança e nas expectativas. A ruptura dessa relação tem mostrado ser um sólido marcador da deterioração do percurso psicoterapêutico, podendo levar numerosos clientes a abandonarem, precocemente, os tratamentos. Logo, torna-se importante que o psicoterapeuta monitorize essas situações para, com celeridade, intervir e prevenir possíveis conflitos na relação.

2) Criação de expectativas – as explicações e os significados do cliente acerca dos seus problemas, aquando da procura pela psicoterapia, são muitas vezes não-adaptativos, incitando sentimentos confusos, e sem esperança. Um dos aspetos essenciais da psicoterapia é a co-construção, entre cliente e psicoterapeuta, de um racional confiável, credível e esclarecedor da natureza dos problemas dos clientes, como os enfrentar e solucionar. Quando o caminho de mudança é realizado com habilidade e atenção todo o esclarecimento promove, nos clientes, expectativas positivas em relação ao tratamento psicoterapêutico. Dessa forma, as expectativas positivas contribuirão para um progressivo sentimento de esperança de que é possível sentir e viver de maneira diferente, e que através de intervenções terapêuticas isso possa ser exequível. Então, para que tal aconteça, é necessário que o psicoterapeuta ajude o cliente a substituir as suas explicações não-adaptativas por configurações lógicas e mais funcionais, mas também que o cliente esteja capaz de aceitar todas essas explicações e acredite na possibilidade de poder perspectivar os problemas de forma diferente, dentro e fora das sessões, apoiado por todas as orientações terapêuticas sugeridas pelo psicoterapeuta que o levará a uma redução sintomática e à melhoria da qualidade de vida. Aderindo ao MC os psicoterapeutas tendem a ser mais eficazes e mais persuasivos na construção de uma explicação credível e personalizada a cada cliente, tanto na formação de novos significados das suas dificuldades quanto na explicação do modo como a psicoterapia pode ajudar. No entanto, todas as intervenções usadas dentro e fora da psicoterapia devem ser congruentes com a teoria construída, visto que embora as expectativas sejam importantes necessitam de serem completadas com técnicas, procedimentos e ferramentas terapêuticas para que a melhoria alcançada seja consistente e duradoura.

3) Promoção de ações terapêuticas - dentro e fora de sessão é realizada em função da relação real e da criação de expectativas positivas na medida em que estas permitem a promoção de novos comportamentos adaptativos no cliente. Os clientes são persuadidos

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

a realizarem, de forma implícita ou explícita, pequenas alterações que promova mais saúde e bem-estar nas suas vidas. Estas ações terapêuticas são comuns a todas as intervenções eficazes por contribuírem para resultados positivos e bem-sucedidos.

Focando um pouco mais a atenção naquele que é um dos construtos centrais do presente trabalho – as expectativas dos clientes em psicoterapia – iremos começar por fazer uma breve introdução ao conceito de expectativas em psicoterapia e à sua importância para a mudança em psicoterapia

As expectativas são aspetos integrante do ser humano e fazem parte dos seus processos mentais (Massini-Calagiari, 2018). São consideradas condições ou qualidades de extrapolar algo ou atributo de esperar por alguma coisa viável ou provável de acontecer (Katerelos, Bélanger, Payette, El-Baalbaki, Marchand & Perreault, 2015) e resultam de dois principais motivos: a partir da experiência/aprendizagem de cada pessoa ou da narrativa e das histórias escutadas de outras pessoas acerca dos eventos ocorridos com elas (Schulte, 2008). Contudo, a forma mais generalizada de as definir é pela compreensão e perceção que as pessoas criam acerca de um evento futuro. Portanto, essa forma de entendimento elaborada pelas pessoas pode derivar de crenças, hipóteses, teorias, suposições ou construções acessíveis (Katerelos et al., 2015).

No contexto da psicoterapia, as expectativas são crenças antecipatórias dos clientes ligadas ao tratamento, incluindo o profissional, o *setting*, o processo, a duração e os resultados, pelo que se considera que o ato de esperar pode ser essencial para todo o processo psicoterapêutico (Constantino, 2012; Constantino, Ametrano & Greenberg, 2012; Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011; Lambert, 2013). Por exemplo, por fazerem parte dos processos cognitivos e por serem um constructo psicológico, são estudadas há muito em contextos de motivação, teoria de aprendizagem social e teorias de ação (Schulte, 2008), por influenciarem outros construtos (positivismo, esperança, preferências, credibilidade, perceção, etc.), como uma variável mediadora do trabalho terapêutico (Constantino et al., 2011; Constantino, Visla, Ogradniczuk, Coyne & Sochting, 2016; McClintock, Anderson & Petraca, 2015; Westra, Constantino, Arkowitz & Dozois, 2011).

Em psicoterapia, as expectativas têm vindo a ser caracterizadas em expectativas de tratamento e expectativas de resultado (Constantino, Ametrano & Greenberg, 2012;

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano & Swith, 2011; Greenberg, Constantino & Bruce, 2006).

As expectativas de tratamento são manifestações das crenças antecipadas pelo cliente, sobretudo o que pode acontecer no contexto da psicoterapia, incluindo como eles e seus psicoterapeutas se comportarão, quais as características do psicoterapeuta (habilidade, atratividade e confiabilidade) e atitudes que devem adotar durante a psicoterapia (expectativa de papel), sua experiência subjetiva face à psicoterapia e antecipações referentes ao processo e procedimentos terapêuticos (expectativa de processo), como interagirão com o psicoterapeuta (expectativas interpessoais), se serão capazes de realizar todos os procedimentos sugeridos pelo psicoterapeuta e se conseguirão alterar comportamentos para fazer face à solução dos problemas (expectativas de eficácia) e quanto tempo durará o tratamento psicoterapêutico (expectativa de duração) (Constantino, 2012; Constantino, Ametrano & Greenberg, 2012; Constantino et al., 2011). Dentro destes subtipos de expectativas de tratamento, estão questões como será o *setting*, quem será e como será o psicoterapeuta, que papéis, comportamentos, posturas e atitudes se devem adotar, qual o formato e conteúdo dos tratamentos e que duração terá a psicoterapia (Constantino et al., 2011). Schulte (2008) identifica as expectativas dos clientes como crenças, opiniões e ideias e identifica-as como expectativas de função (o que ocorrerá durante o processo de tratamentos, os procedimentos, as técnicas e as ferramentas que podem ser utilizadas), expectativas de papel (como se devem comportar, que atitudes serão as mais adequadas do cliente e do psicoterapeuta); Expectativas de duração (quanto tempo é espectável durar o tratamento e quanto tempo estimam permanecer na psicoterapia); expectativas interpessoais (como será o tipo de relacionamentos e como agir com o psicoterapeuta); expectativas de eficácia (se conseguirão realizar todos os procedimentos e tarefas sugeridas pelo psicoterapeuta) e insere-as nas expectativas de tratamento. Bleyen, Vertommen, Vander Steene e Van-Audenhove (2001) mencionam que as expectativas de função/processo/tratamento se referem a tudo aquilo que é esperado pelos clientes para o tratamento, podem ser consideradas "nutrir" (orientação e apoio), "crítico" (*feedback* construtivo), "modelo" (prover instruções no sentido dos clientes se poderem ajudar) e expectativas "cooperativas" (igualdade entre cliente e psicoterapeuta). Já, Constantino e colaboradores (2012) sugerem que essas expectativas estão muito ligadas às crenças do cliente sobre o

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

conteúdo das sessões psicoterapêuticas e à experiência subjetiva geral da psicoterapia podendo se formarem ou alterarem nas várias fases do tratamento.

Relativamente às expectativas de resultado estas refletem as crenças preditivas dos clientes sobre as consequências (positivas/negativas) de se envolverem num tratamento psicoterapêutico. As expectativas de resultado são normalmente avaliadas num *continuum* de prováveis benefícios do tratamento e dificilmente são esperados efeitos negativos. Estas expectativas surgem de diferentes formas, por exemplo, sobre a utilidade e benefícios dos tratamentos, os clientes ativam as suas crenças antes mesmo de entrarem em contacto com o profissional que os vai ajudar ou com o tratamento em si, do mesmo modo e muito influenciados pela sua própria história de vida vão adaptando as suas expectativas ao que vai acontecendo durante o processo de tratamento, vão criando novas expectativas pelas suas interações com o psicoterapeuta e pela avaliação contínua que vão fazendo à medida que decorre a psicoterapia e ainda podem reformular as mesmas através da perceção sobre a eficácia dos tratamentos (Schulte, 2008).

As expectativas de resultado distinguem-se de outros constructos da psicoterapia, por exemplo, da motivação - para o tratamento e das preferências - escolhas dos tratamentos. A motivação, junta o desejo e prontidão do cliente para a mudança, mas por ser distinto das suas expectativas positivas prévias não serve de indicador, por exemplo, clientes com um grau elevado de sofrimento poderão estar muito motivados para iniciar o tratamento mas possuírem expectativas muito baixas da ajuda que a psicoterapia poderá realizar. Já as preferências são distintas das expectativas por refletirem algo valorizado ou desejado, que pode ser diferente do que é expectado (Swift, Callahan & Vollmer, 2011).

As expectativas de resultado podem, em parte, formar-se em função do grau de credibilidade de um tratamento e podem existir antes de qualquer informação relevante de algum tratamento (Constantino, 2012). Vários estudos referem que credibilidade e expectativa são constructos diferentes, ou seja, a credibilidade é uma perceção baseada no conhecimento adquirido através da experiência direta ou observação que o cliente tem em relação ao tratamento (Schulte, 2008), isto é, quão verosímil, coerente, lógico e adequado lhe parece um tratamento.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Conceptualmente, as expectativas de resultado em psicoterapia são cognições a respeito de um futuro provável e esperado resultante da psicoterapia. Essas expectativas podem ser positivas (e.g., quando o cliente tem esperança e fé que possa realizar o que lhe for pedido pelo psicoterapeuta, podendo com isso vir a sentir-se melhor no decorrer dos tratamentos), mas também podem ser negativas (e.g., quando o cliente após os tratamentos não consegue imaginar sentir-se melhor) e ainda podem ser ambivalentes (e.g., quando o cliente está disposto a tentar realizar a psicoterapia, mas não tem a certeza que os tratamentos funcionem porque se encontra deprimido, há muito tempo). Assim por vezes a esperança e as expectativas entram em conflito, por um lado o cliente que pede ajuda deseja muito alívio emocional, ou seja, anseia voltar a sentir-se bem e ser como era antes da dificuldade (esperança), contudo quando se confronta com a realidade atual, ou seja, vê e sente a dificuldade pela qual está a passar, não acredita ser possível (expectativa) voltar a ser completamente como era (Constantino, et al., 2011).

A esperança é o desejo por algo e a expectativa é a crença em o obter. Neste processo, o desejo pensa e encontra uma forma de o conseguir e a expectativa credita e motiva-o a seguir em frente até concretizar o objetivo. Porém, se a expectativa não acreditar no objetivo, a esperança pode não ter motivação suficiente para alcançar o objetivo a que se propôs para atingir o algo e podem entrar em conflito (Dew & Bickman, 2005).

As expectativas de resultado correspondem à avaliação da probabilidade de a intervenção terapêutica ser bem-sucedida e o seu resultado ser positivo. Quando estas expectativas surgem antes do primeiro contacto com o psicoterapeuta ou tratamento podem definir-se como crenças e ideias preditivas ou sentimentos sobre a eficácia e utilidade da psicoterapia e designam-se como Expectativas de Resultado Pré-Tratamento (ERPT); quando se formam após o primeiro contacto com o psicoterapeuta, designam-se por Expectativas Iniciais de Resultado e quando se criam após o tratamento iniciar, são designadas por Expectativas de Resultado (Constantino et al., 2011; Greenberg, Constantino & Bruce, 2006). A literatura tem supradito que baixas expectativas de resultado refletem desalento e desânimo e altas expectativas salientam ânimo ou uma crença de que a mudança é possível e que a psicoterapia pode contribuir para a mudança a acontecer (DeFife & Hilsen-Roth, 2011).

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

As ERPT são crenças, ideias ou conceitos que frequentemente são afetados pelo contexto, nomeadamente pelas experiências e aprendizagem que cada cliente vai criando ao longo da vida. Decorrente dessas experiências e aprendizagens as pessoas criam expectativas otimistas e/ou pessimistas. Isso também acontece na psicoterapia, por exemplo: se um cliente no passado teve uma experiência psicoterapêutica positiva, é natural que, necessitando de uma ajuda na atualidade, procure o mesmo psicoterapeuta. Na eventualidade de não o encontrar é natural que procure e consulte um novo psicoterapeuta, mas com semelhanças do anterior quer em características pessoais como profissionais por perceberem que os resultados podem ser idênticos aos anteriores. Isto reflete que quando um cliente tem uma experiência positiva é normal que tende a querer repeti-la (DeFife & Hilsen-Roth, 2011; Shulte, 2008).

Por outro lado, um cliente com ERPT muito elevadas e que espera que o psicoterapeuta trate uma dificuldade que percecionou que teve origem no passado, mas descobre, na sessão, que a abordagem do psicoterapeuta é orientada para o “aqui e agora”, esse facto é natural que o desanime e o desiluda e afete as suas expectativas em relação ao resultado. Quando isso acontece será viável um pouco de flexibilidade do profissional de maneira a enquadrar a sua abordagem às expectativas do cliente o que provavelmente também aumentaria as expectativas de resultado do cliente (DeFife & Hilsen-Roth, 2011).

As ERPT de uma forma geral formam-se a partir do momento em que o cliente decide pedir ajuda profissional para resolução dos seus problemas, estas podem alterar-se constantemente enquanto aguarda pela primeira sessão (Constantino, Coyne, Boswell, Iles & Vislã, 2018). Kirch (1985) define as ERPT como expectativas prognósticas, que incluem expectativas de melhoria dos sintomas, aquisição de capacidades ou aptidões específicas ou outros benefícios do tratamento originados pelo processo da psicoterapia, chegando mesmo a referir que pensamentos, sentimentos e comportamentos inquietantes em contextos clínicos podem ser provocados pela ocorrência destas expectativas. Essas expectativas (ERPT) variam em função dos mecanismos pelos quais afetam o resultado bem como pelo grau de intensidade do qual são responsáveis pela mudança (Kirch, 1985). Do ponto de vista de Tinsley, Bowman e Ray (1988), as ERPT podem ser, em parte, um determinante de eficácia do tratamento e para DeFife e Hilsen-Roth (2011) e Constantino e colaboradores, (2011), ERPT negativas ou muito baixas indicam uma desmoralização do cliente (falta de esperança de que a psicoterapia possa solucionar as

suas dificuldades) e positivas ou mais elevadas evidenciam remoralização (grande esperança de resolver o problema).

As expectativas desempenham um papel importante no tratamento de problemas psicológicos em psicoterapia. Há quase sete décadas que os investigadores se dedicam a estudar o impacto das expectativas do cliente sobre o resultado do tratamento. As expectativas de resultado, em especial as ERPT têm sido vistas como artefactos prováveis que requerem controlo em estudos de tratamento. Desse modo, como fatores preditivos e ingredientes da esperada mudança, as expectativas tenderam a ser subestimadas, com poucos estudos fornecendo uma avaliação primária das expectativas (Weinberger & Eig, 1999). Porém, muitas críticas têm sido feitas devido a fragilidades metodológicas nas pesquisas acerca do impacto das expectativas em psicoterapia.

Em 2011, Constantino e colaboradores realizaram uma meta-análise com mais de oito mil participantes adultos em 46 amostras diferentes e concluíram que existe um pequeno, mas significativo, efeito positivo entre as expectativas de resultado (pré-tratamento e iniciais) e os resultados da psicoterapia. Nesse trabalho, também evidenciaram não ter encontrado efeitos moderadores estatisticamente significativos da associação expectativa-resultado na orientação da psicoterapia utilizada, na modalidade de tratamento, no tipo de desenho ou data de publicação. No entanto, encontraram um efeito parcial dessas expectativas no resultado do tratamento, efeito este mediado pela aliança terapêutica e a qualidade da mesma. Concluíram com isso que a AT parece ser um robusto mediador entre essas expectativas e o resultado da psicoterapia. Desse modo os clientes com as expectativas mais positivas, provavelmente, envolvera-se-ão mais numa relação colaborativa e cooperativa com o seu psicoterapeuta, promovendo com isso melhorias clínicas precoces e resultados mais positivos.

Neste sentido, o constructo (expectativas) tem continuado a suscitar interesse por parte dos investigadores da área, na medida em que parece exercer algum efeito (ainda que mediado ou indireto) sobre os resultados em psicoterapia. Nessa perspectiva, já na década de cinquenta, Rosenthal e Frank (1958, cited in Garfield, 1994) terão sugerido que as expectativas dos clientes em psicoterapia beneficiam o sucesso do tratamento, tanto as pré-tratamento como as iniciais de resultado, naturalmente intrínsecas aos clientes, bem como as induzidas quando se pretende aumentar o seu grau de intensidade, como ajustá-las à realidade terapêutica. Greenberg e Land (1971), sugerem mesmo que estas

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

expectativas influenciam o processo de tratamento e, por sua vez, contribuem e beneficiam o resultado, principalmente através da percepção antecipatória dos clientes em relação ao psicoterapeuta.

Ribeiro (1984), a propósito do processo de mudança em psicoterapia, apresenta-nos uma proposta de reflexão sobre uma teoria da psicoterapia segundo a qual as ERPT trazidas pelos clientes para a psicoterapia podem organizar-se em três níveis: o nível transcendental, que corresponde à procura persistente da felicidade, da completude e da realização, expectando com isso um movimento do tipo “aqui e lá”; o nível horizontal, que diz respeito à procura da resolução imediata para a dificuldade/problema, que corresponde a um movimento no “aqui e agora”; e o nível vertical, em que a expectativa é a de aumentar o autoconhecimento, correspondendo a um movimento do tipo para baixo no “aqui e agora”.

Para além disso, Castonguay e Beutler (2006) sugerem que as ERPT podem alterar a percepção dos clientes, influenciar a aliança terapêutica, antecipar a compreensão do problema, moldar experiências e contribuir para a mudança em psicoterapia (Constantino, Ametrano & Greenberg, 2012; Constantino et al., 2011). Como participantes dos processos psicológicos e neurológicos dos clientes, as expectativas podem ser responsáveis pela melhoria observada do desenvolvimento dos tratamentos e, por sua vez, contribuir para resultados positivos, pelo que é relevante que sejam consideradas, atendidas, geridas e reformuladas (Rutherford, Wager & Roose, 2010), na medida em que os clientes que iniciam um tratamento terapêutico têm sempre expectativas sobre o que vai acontecer e como será o resultado (Constantino, et al., 2012).

Neste contexto, Brown, Wiley, Wolitzky-Taylor, Roy-Byrne, Sherbourne, Stein, Sullivan, Rose, Bystritsky e Craske (2014) concluem que os clientes com ERPT mais elevadas obtêm melhores respostas em termos de redução dos sintomas por via da relação terapêutica durante todo o processo e também por influenciarem o envolvimento do cliente em psicoterapia, promovendo a autoeficácia do cliente.

Assim, uma das teorias mais prováveis é que as expectativas dos clientes em psicoterapia influenciem o resultado por via de algumas variáveis mediadoras. Uma das variáveis mais estudadas é a Aliança Terapêutica (AT). Os estudos têm referido que os clientes com expectativas mais positivas tendem a envolver-se mais na aliança de trabalho

colaborativa com o psicoterapeuta e isso, só por si, resultaria em consequências benéficas a nível clínico (Constantino et al., 2011), na medida que a qualidade da AT se relaciona positivamente com as expectativas (Constantino, Arnow, Blasey & Agras, 2005; Tsai, Ogrodniczuk, Sochting & Mirmiran, 2014) e tem uma forte associação com os resultados (Fluckiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012). Alguns autores, como por exemplo Connolly Gibbons, Crist-Cristoph, de la Cruz, Barber, Siqueland e Gladis (2003) e Barber, Zilch-Mamo, Gallop, Barrett, McCarty e Dinger (2014), após vários estudos, confirmam que a qualidade da AT se associa positivamente com os resultados, indicando que as expectativas funcionam como um preditor de resultado e a AT como um suposto mediador.

Porém nem todos os pesquisadores são da mesma opinião, por exemplo, num estudo conduzido por Patterson, Anderson & Wei (2014) com participaram 140 participantes com patologias graves (psicoses, depressão, e transtorno bipolar) foram analisadas a frequência e consistência a que os indivíduos são motivados pelos sintomas a cometerem crimes e os que efetivamente os cometem (criminosos), ou seja, os autores procuraram medir as expectativas dos participantes tendo em conta três atributos: 1) dedicação pessoal à psicoterapia; 2) condições facilitadoras da psicoterapia e 3) habilidade e perícia do psicoterapeuta. O resultado do estudo mostrou não haver associação entre as expectativas dos participantes e os resultados da psicoterapia com exceção das expectativas sobre a habilidade e perícia do psicoterapeuta, reforçando a ausência da AT como mediador entre as expectativas dos participantes e o resultado da psicoterapia.

Sauer-Zavala, Boswell, Bentley, Thompson-Hollands, Farchione e Barlow (2017) num estudo onde se propunham examinar a qualidade da AT, obtiveram resultados diferentes dos de Patterson e colaboradores (2014), avaliando a relação entre as expectativas de resultado pré e pós tratamento em clientes com sintomas de ansiedade usando dados de um estudo randomizado e comparando tratamentos diferentes (transdiagnóstico com protocolo unificado e em condições de tratamento cognitivo-comportamental), obteram resultados onde sugeriam que a associação entre as expectativas e o resultado nas diferentes modalidades de tratamento foi parcialmente mediada pela qualidade da AT.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Para além da AT, Aubuchon-Endsley, Bublitz e Stroud (2015) sugeriram poder existir outros fatores capazes de influenciar as expectativas de resultado em psicoterapia e, para isso, exemplificam algumas variáveis de estudos elaborados até à data. Por exemplo: o humor e Constantino (2012) tinha já sugerido que é o efeito do humor do cliente em cada sessão que influencia o resultado. Numa meta análise, Mitte (2005) concluiu que a AT, tendo a capacidade de melhorar o humor dos clientes, pode ser, por si só, uma variável relevante devido ao facto de poder criar nos clientes sentimentos mais otimistas e positivos. Melhorar o humor do cliente é um bom preditor de resultados eficazes por funcionar de forma oposta aos sintomas psicopatológicos, nomeadamente nos sintomas depressivos.

Para além do humor, outra variável que tem vindo a ser estudada é a positividade nas sessões (Constantino et al., 2011; Lambert, 2013; Norcross, 2002), que mostra ter significância não só em fortalecer a AT como também contribuiu para o humor, influenciando de forma positiva o resultado e a permanência no tratamento. McClintock, Anderson e Petraca (2015) desenvolveram um modelo que sugeria três caminhos: 1) como as expectativas operam na qualidade da AT; 2) como influenciam o positivismo da sessão e 3) como favorecem resultados terapêuticos mais assertivos e positivos. Os autores concluíram que as expectativas envolvidas na psicoterapia persuadem os clientes a serem mais colaborativos/cooperativos com o psicoterapeuta; em clientes com expectativas mais otimistas e elevadas facilitam as condições em ambiente terapêutico originando um comportamento mais auspicioso no psicoterapeuta que repercutirá numa maior disposição relacional mais próxima e atenta às necessidades do cliente. Consequentemente os clientes nessa situação sentem uma AT mais forte e robusta, sentem mais confiança, sentem-se mais satisfeitos, mais felizes e afáveis no final de cada sessão e, portanto, os progressos são superiores durante a psicoterapia. Constantino e colaboradores (2011) sugerem, ainda, que a positividade nas sessões medeia os efeitos da AT sobre os resultados e indicia que a associação entre as expectativas e os resultados, embora muito exígua, é significativa.

Outro mediador que se associa às expectativas é a esperança. Num estudo de Aubuchon-Endsley, Callahan, González, Ruggero e Abramson (2015), os autores analisaram a esperança sobre os resultados em cada sessão de tratamento e encontraram uma relação, ainda que parcial, entre ambos, i.e., descobriram que o efeito da esperança

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

afeta positivamente três fatores distintos das expectativas: 1) a relação terapêutica; 2) os resultados do processo e 3) as expectativas.

As expectativas, para além de serem mediadoras dos efeitos em psicoterapia, também funcionam como moderadores no sentido que podem influenciar (aumentando ou diminuindo) a credibilidade no tratamento. Tal como referem Swift, Whipple e Sandberg (2012), todas as características do cliente são um fator moderador em psicoterapia, i.e., as expectativas do cliente por si só são um moderador de tratamento, pois pode interferir e influenciar não só o objetivo do tratamento como a abordagem que melhor se enquadre ao que se pretende mudar. As características do profissional tanto pessoais como profissionais também têm o mesmo efeito moderador em psicoterapia, por exemplo, ser uma pessoa simpática pode moderar a AT; e as técnicas utilizadas e a abordagem terapêutica do profissional podem influenciar todo o trabalho a ser realizado em psicoterapia (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009).

Adicionalmente, Aubuchon-Endsley e Callahan (2009) referiram que as expectativas para além de terem um papel mediador e moderador nos resultados dos tratamentos, também estão associadas à probabilidade de abandono, por exemplo, as expectativas de função (comportamentos associados aos tratamentos) e o *dropout* foram moderadas pelas expectativas de eficácia (eficácia dos tratamentos/autoeficácia do cliente) do pré-tratamento, ou seja, à medida que aumentam as expectativas de função diminui a probabilidade de *dropout*, mas quanto mais autoeficácia é percebida pelo cliente menos este acredita que os tratamentos o podem beneficiar, i. e., um cliente pode precisar de ajuda porque não acredita que sozinho pode resolver o conflito atual e percebe que o tratamento se adequa ao que necessita e que pode contribuir para a solução do problema (eficácia do tratamento) mas durante o tratamento o cliente vai aumentando a sua autoestima e autoeficácia e percebe já ser capaz de resolver algumas adversidades que vão surgindo no seu dia-a-dia (autoeficácia). Por esse motivo pode considerar não continuar a psicoterapia por considerar que já beneficiou do tratamento o suficiente para seguir em frente com a sua vida. Assim as expectativas de eficácia moderam significativamente a relação entre as expectativas de função e o *dropout* (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009; Greenberg, et al., 2006).

Apesar da evidência salientar a importância das expectativas dos clientes para o processo e para o resultado em psicoterapia, têm sido apontadas diversas limitações a

esses estudos: o recurso a medidas de resultado que não foram validadas, ou seja, vários estudos evidenciaram por base os autorrelatos que descreviam as percepções do cliente sobre como se sentem, em vez de medidas validadas de redução de sintomas administradas por avaliadores independentes; o uso de medidas de expectativa como medida de resultado, em vez de se administrarem questionários que diferenciam os dois; o uso de técnicas correlacionais para determinar o efeito das expectativas na redução dos sintomas; o recurso a populações estudantis sem perturbação emocional (Constantino et al., 2011); e a administração comum de medidas globais de avaliação das expectativas, em vez de medidas de avaliação de expectativas antecipatórias que se referem a sintomas e comportamentos específicos (Martin, Sterne, Moore & Lindsey, 1977).

2.2. Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Um dos grandes desafios que a psicoterapia enfrenta, amplamente conhecido e aceite pela comunidade científica, é o abandono precoce ou *dropout* (Pureza, Oliveira & Andretta, 2013; Santangelo, 2020; Swift et al., 2012). Uma das principais razões pelas quais o estudo do *dropout* é importante é a sua elevada prevalência, a qual se situa entre os 30% e os 60% (Garfield, 1994; Wiezbicki & Pekarik, 1993).

Na literatura encontram-se vários sinónimos para o *dropout*, por exemplo: abandono precoce, abandono prematuro, desistência terapêutica, desistência prematura, retirada antecipada, rescisão terapêutica, atrito, desgaste e evasão. Por não haver concordância na definição do constructo *dropout*, torna-se difícil analisar com precisão os resultados comparativos dos vários estudos (Santangelo, 2020; Swift & Callahan, 2009; Swift, Callahan & Levine, 2009; Swift & Greenberg, 2015). Os investigadores confrontam-se com um problema conceptual e de operacionalização o que torna difícil as comparações entre estudos e de meta-análises (Santangelo, 2020).

Conceptualmente, mas não isenta de críticas, uma das definições mais consensuais de *dropout* parece ser uma interrupção precoce da psicoterapia sem que se verifiquem melhorias significativas dos problemas/dificuldades que levaram os clientes a procurar ajuda especializada (Garfield, 1994; Hatchett & Park, 2003; Swift, Callahan & Levine, 2009; Swift & Greenberg, 2012). Neste caso, subtende-se que o cliente parou o tratamento sem alcançar os objetivos terapêuticos e/ou sem conseguir todos os benefícios que estariam ao seu dispor no caso de ter dado continuidade à psicoterapia. Pode pressupor-

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

se que o cliente descontinuou o tratamento antes de concluir o processo da intervenção e que a descontinuidade ocorreu unilateralmente pelo cliente.

No mesmo sentido, Nock e Kazdin (2001) e Swift e colaboradores (2009) definem o *dropout* tendo em conta a junção de rescisão do contrato terapêutico sem mútuo acordo (psicoterapeuta e cliente) e não terminar o programa completo de tratamento. Neste caso a ocorrência de abandono precoce envolve a descontinuidade do tratamento por decisão unilateral do cliente sem atingir os objetivos do tratamento, mas também não completar as propostas originalmente sugeridas pelo profissional.

Outros autores definem o constructo *dropout* pelo tempo de permanência num programa de tratamento (dias ou número de sessões), por exemplo, Morrissey-Kane (2000), considerou que a definição mais objetiva para o seu estudo era avaliar a quantidade de dias de permanência no programa até ao abandono, assim a definição de *dropout* para o autor foi a quantificação do número de dias permanecidos no programa terapêutico e Shumam e Shapiro (2002) operacionalizaram o *dropout* pelo número de sessões assistidas e pelo número de sessões cancelados em todo o processo terapêutico.

Pessota, Feijó, Costa e Benetty, (2018) definiram *dropout* quando os clientes só permaneceram numa única sessão de psicoterapia, a primeira e sem que marcassem a próxima sessão, diferente do que Sei e Colavin (2016) incluíram neste conceito, onde todos os clientes que após a primeira sessão marcaram a sessão seguinte, mas não compareceram.

Independentemente da definição que cada autor utiliza nos seus estudos é do consenso geral que o cliente não termina o tratamento. As diversas definições do abandono precoce não se ficam por aqui, por exemplo, Garfield (1994) distingue duas formas diferentes de *dropout*, uma consensual com as anteriores, ou seja, abandonar precocemente a psicoterapia, e outra é a rejeição da psicoterapia. O autor explica que para ser considerado abandono pressupõem-se que houve pelo menos um início de tratamento e só depois a desistência seja por que motivo for, enquanto na rejeição nunca houve qualquer contacto interpessoal com o psicoterapeuta, ou seja, o cliente marcou a sessão, mas nunca apareceu.

Outra forma que dificulta a comparação de estudos sobre o *dropout* é a forma de o operacionalizar. Na literatura pode verificar-se que a par com a definição, o método de

operacionalização é muito arbitrário, i.e., cada autor operacionaliza o *dropout* de acordo com os seus critérios (Cooper & Conklin, 2015; Garfield, 1994; Hatchett & Park, 2003; Swift et al., 2009; Swift et al., 2012), por exemplo, Swift e Greenberg (2012) tiveram em conta quatro critérios que considerassem consensualmente os objetivos do cliente e do psicoterapeuta: 1) se na altura do abandono os objetivos do tratamento foram alcançados ou não; 2) obter a opinião do psicoterapeuta sobre o facto do programa não ter sido finalizado (opinião do profissional); 3) se houve interrupção abrupta e imprevista e 4) haver uma medida de resultado que avaliasse as melhorias da sintomatologia aquando da desistência.

Mais recente, e tendo em conta um quadro conceptual transdiagnóstico de preditores de abandono, Cooper, Kline, Baier e Fenny (2018) optaram por operacionalizar o *dropout* segundo algumas variáveis: 1) as características diagnósticas e demográficas do cliente; 2) a motivação pela psicoterapia; 3) as expectativas dos clientes em relação ao tratamento e 4) as variáveis associadas à promoção e prevenção do abandono através da sensibilidade e recompensa em alcançar os objetivos da psicoterapia.

Para além dos dois exemplos anteriores, um método muito utilizado na operacionalização do *dropout* em psicoterapia é considerar todos os clientes que frequentam um número inferior de sessões previstas como “terminadores/concluintes” prematuros. Esta operacionalização é baseada na ideia de que um número mínimo de sessões é necessário para que os clientes mostrem algumas melhorias do tratamento e o suporte para essa ideia é ilustrado na literatura dose-efeito (Holmes, Johnson, Suvak, Sijercic, Monson & Stirman, 2019; Lambert, 2007).

Ainda um outro método utilizado de operacionalização do *dropout* é apoiado na falha em completar um protocolo de tratamento (Swift & Greenberg, 2015). De acordo com essa metodologia, qualquer cliente que não completar um protocolo de tratamento completo é considerado como sendo desistente.

O método mais usual de ser operacionalizado é através da avaliação feita pelo psicoterapeuta, sendo este quem define se o cliente terminou ou não prematuramente tendo por bases mudanças clínicas significativas (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999; Garb, 2005). Este critério foi também utilizado por Hatchett e Park (2003) e, segundo estes autores, nesta operacionalização os clientes são considerados desistentes precoces

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

se descontinuarem os tratamentos antes de evidenciarem uma melhoria confiável e/ou antes de obterem uma pontuação de normalidade, numa medida de resultado. Este processo enquadra-se na definição de *dropout* de Garfield, (1994), ou seja, abandonarem o tratamento antes de recuperarem dos problemas e/ou dificuldades que levaram o cliente a procurar ajuda profissional.

Embora haja falta de consenso sobre a melhor forma de operacionalização do constructo (*dropout*), Hatchett e Park (2003) referem que em todas as definições está implícito que os clientes não concluíram os tratamentos e que decidiram, unilateralmente, e antecipar a fim programada das sessões terapêuticas. Tomando essa decisão, os clientes que abandonam os tratamentos sem dar conhecimento, sem participarem nem discutirem a decisão com o psicoterapeuta podem permanecer com dificuldade que não foram consistentemente resolvidas. O que acontece com alguma regularidade são melhorias da sintomatologia numa fase inicial percebidas pelos clientes e decorrente disso os clientes considerarem que são suficientes para eles. No entanto, o processo da psicoterapia não é linear, é um vai-vem de melhoramentos e agravamentos sintomatológicos que leva à mudança terapêutica. Em casos de abandono precoce a redução da sintomatologia pode ou não ser um preditor de melhoria permanente e quando não é, o quadro sintomatológico pode agravar-se e originar problemas graves de saúde mental num futuro próximo (Swift e Greenberg, 2012).

Das diferentes definições de abandono precoce apresentadas na literatura e mencionadas neste estudo, consideramos que o significado que melhor se enquadra às condicionantes do presente trabalho é a seguinte: todos os clientes que vêm à primeira consulta (triagem) e não marcam a próxima sessão e os que marcam a próxima sessão não comparecem na data agendada nem voltam a contactar o serviço da psicoterapia (Sei & Colavin, 2016). Este tipo de abandono precoce pode acontecer quando o cliente sentiu melhorias significativas numa só sessão, tenha feito alguma resignificação pelo facto de pedir ajuda profissional, tenha deixado de poder continuar por questões externas de logística, familiares ou profissionais (Greenberg, et al., 2006; Swift & Greenberg, 2012; Swift & Greenberg, 2015) ou por outros motivos. Dew e Bickman, (2005) sugerem que o simples ato do cliente se deslocar a um ambiente clínico e sentir a atenção do *staff* pode por si só ser terapêutico.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

O interesse pelo estudo do *dropout* associa-se, essencialmente, com os efeitos potencialmente adversos para todos os intervenientes (cliente, psicoterapeuta, serviço clínico e sociedade). Nos clientes as consequências podem resultar em tratamentos menos eficazes nos psicoterapeutas desânimo profissional e algum desespero por experimentam perdas de receitas, subutilização do seu tempo e recursos (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; Reis & Brown, 2006; Santagelo, 2020). Segundo Roos e Werbart (2013), o que tende a acontecer em psicoterapeutas menos experientes ou em início de carreira é não perceberem a extensão da melhoria e/ou a insatisfação do clientes quando abandonam precocemente os tratamentos. Com psicoterapeutas mais experientes é natural que isso não aconteça com tanta frequência e que as taxas de abandono precoce sejam inferiores, muito devido a uma maior flexibilidade do profissional, a formação adicional que vão adquirindo durante o seu percurso profissional, por trabalharem geralmente em equipa, por conhecerem melhor os problemas específicos dos clientes e por adquirirem ao longo do tempo mais habilidades terapêuticas e capacidade para avaliar o risco de abandono.

Assim, a experiência do profissional em psicoterapia pode ser um fator que influencia o *dropout* em psicoterapia, contudo a baixa satisfação do tratamento, o pouco uso de resignificação positiva, o alto uso de estratégias de enfrentamento e negação são alguns fatores de influência significativa (Bourion-Bédés, Simirea, Di Patricio, Muller, Alera-Urmés, Sy, Schwan, Viennet & Baumann (2020).

Concluindo, o que diz respeito ao impacto do *dropout* este foi descrito por muitos autores como um problema significativo que limita a eficácia das intervenções, principalmente em clientes com problemas de saúde mental e comportamental (Barrett, Chua, CritsChristoph, Gibbons & Thompson, 2008; Garfield, 1994; Hatchett & Park, 2003; Reis & Brown, 1999; Swift, Callahan & Levine, 2009).

Dada a prevalência e o impacto do *dropout*, importa explorarem-se aqueles que são/podem ser as variáveis moderadoras para a sua compreensão. De entre os fatores que a literatura tem vindo a referir, iremos focar a atenção, neste trabalho, nas expectativas.

2.3- Expectativas em Psicoterapia e *Dropout*

Apesar da relevância do tema, os estudos realizados no âmbito das expectativas e do *dropout* têm vindo a ser inconclusivos. Apesar da literatura referir que as expectativas dos clientes têm um papel moderador no sucesso da psicoterapia e na manutenção dos clientes no acompanhamento, as expectativas não são uma variável exclusiva do cliente na medida em que os psicoterapeutas também criam expectativas e as mesmas podem ser congruentes ou não com as dos seus clientes sobre uma série de aspetos do tratamento. No entanto, os estudos mostram concordância quando mencionam que clientes que abandonam prematuramente os tratamentos são aqueles que têm expectativas irrealistas, infundadas e incorretas (Castonguay & Beutler, 2006; Dew & Bickman, 2005).

As expectativas dos clientes em psicoterapia desempenham um papel importante na permanência ou desistência da psicoterapia (Arnkoff et al., 2002; Swift & Callahan, 2011). Como refere Tambling (2012), enquanto o cliente considerar que a psicoterapia está a ser útil para si tende a permanecer, mas quando não tem a certeza ou percebe que a psicoterapia pode não ser a melhor opção para a sua dificuldade parece ter mais probabilidade de abandonar o tratamento.

Todavia, as evidências da associação entre as expectativas e o *dropout* ainda são diminutas e as conclusões são divergentes (Santangelo, 2020). Dentro dos estudos que apontam para a existência de associações, parece existir algum consenso de que os clientes que mais abandonam a psicoterapia são os que apresentam expectativas de resultado mais altas (Dew & Bickman, 2005), mas outras pesquisas referem que expectativas muito altas ou muito baixas podem ser um fator determinante para o *dropout* (Nock & Kazdin, 2001). Contrariando esta ideia, Shuman e Shapiro (2002) referem que as altas expectativas estão associadas a maiores contributos de compromissos de tarefas em abordagens cognitivas e comportamentais.

Apesar da falta de consenso que existe na definição do constructo *dropout* e na falta de estudos que avaliem o papel das ERPT no abandono precoce, parece-nos seguro afirmar que as expectativas e o *dropout* em psicoterapia são aspetos transversais a todas as abordagens e modalidades psicoterapêuticas, por exemplo, as expectativas para além de serem um FC a quase todas as psicoterapias, funcionam também como moderadores e

mediadores dos resultados e associam-se à probabilidade de abandono (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009; Greenberg, et al., 2006).

Como papel mediador, e tal como já foi referido anteriormente, as expectativas podem refletir-se na AT, na motivação, na positividade, no humor e no otimismo, contudo no papel moderador a AT é particularmente importante quando há possibilidade de rutura. Westra, Constantino, Arkowitz e Dozois (2011) sugerem que o *dropout* é mediado pelas expectativas por via da AT, i.e., quanto mais satisfeito o cliente estiver com o psicoterapeuta, mais acredita no tratamento e menos probabilidade tem de abandonar precocemente a psicoterapia, já como moderador, por exemplo, a eficácia do profissional, a capacidade e aptidão de explicar o fundamento do tratamento e assegurar-se que foi bem entendido pelo cliente, pode explicar, em muitos casos, a alteração das expectativas de pré-tratamento negativas e aumentar a permanência nos tratamentos.

Relativamente à associação entre as expectativas e o *dropout*, a literatura não é consistente. Há estudos que as associam ao *dropout* (Lambert, & Ogles, 2004; Swift et al., 2011; Wampold, 2001), outros não (Tsai et al., 2014) e outros ainda encontram resultados mistos (Tsai et al., 2014; Visla et al., 2016).

Tsai e colaboradores (2014) levaram a cabo um estudo aonde se propuseram estudar as ERPT na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e concluíram que as classificações das ERPT recolhidas no início da psicoterapia e na 3ª sessão não estavam relacionadas com o *dropout*. Os autores mostraram que, após um programa de redefinição de expectativas, os aumentos nas classificações de expectativa foram significativamente relacionados com a melhoria da ansiedade, da qualidade de vida dos e problemas interpessoais, o que acentua a importância de se reformularem as ERPT no início do tratamento por forma a potenciar a melhoria, mas não a prevenir o abandono precoce. Parece coerente presumir que ERPT mais baixas seriam mais pronunciadas entre aqueles que terminaram prematuramente, todavia o estudo não suporta essa suposição.

Numa meta-análise conduzida por Swift, Callahan, Cooper e Parkin (2018) foram estudadas as preferências dos clientes e o *dropout* e concluíram que combinar as preferências do cliente com atividades e estilos terapêuticos impactou positivamente na continuidade do tratamento, reduzindo a tendência para o abandono precoce da psicoterapia.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

D'Aniello e Tambling, (2017), em psicoterapia familiar, estudaram as expectativas dos participantes e as intenções de persistir ou abandonar e descobriram que todos os participantes que tinham intenções de persistir na psicoterapia foram aqueles que confirmaram as suas expectativas positivas sobre o tratamento e sobre o psicoterapeuta. Os participantes que mostraram desagrado e insatisfação, e não tinham a certeza se continuariam na psicoterapia foram os que perceberam que a psicoterapia e o psicoterapeuta não correspondiam às suas expectativas. No entanto, houve participantes que ficaram agradavelmente surpreendidos com a desconfirmação das suas expectativas sobre a psicoterapia e sobre o psicoterapeuta, referindo-se a isso como uma desconfirmação positiva. Contudo, o fator “neutralidade” do psicoterapeuta foi o que impactou negativamente em alguns participantes e por conseguinte consideravam desistir e abandonar precocemente a psicoterapia.

Os participantes do estudo anterior relataram as suas ERPT como: resolver o seu problema atual; a sua última esperança; reduzir a sintomatologia e a intensidade da angústia e munir-se de ferramentas que os ajudassem a resolver os seus problemas de forma independente e, enquanto sentissem mudanças que perpetivassem essas expectativas, permaneceriam nos tratamentos. Outros clientes mencionaram que enquanto lhes fosse ensinado ferramentas uteis para resolverem os seus problemas permaneceriam em tratamento e quando não houvesse mais nada para aprender abandonariam a psicoterapia. Os participantes referiram que antes de participarem no estudo esperavam que a psicoterapia fosse longa e, enquanto considerassem que continuava a ser útil tencionavam permanecer, independentemente da duração de permanência já realizada. Assim, como principais conclusões os autores verificaram que as desconfirmações positivas estavam relacionadas com a intenção de persistir em psicoterapia e evidenciaram que o estudo associou, as expectativas dos clientes e as pequenas mudanças durante o processo com a persistência em psicoterapia.

Tambling (2012) refere que é essencial que o psicoterapeuta compreenda e releve as expectativas do cliente, pois quanto mais positivas e otimistas forem maior será a adesão ao tratamento e mais longa a sua permanência. Outro aspeto identificado pelo mesmo autor é que existindo uma grande discrepância entre as expectativas do cliente e a realidade terapêutica, maior será o risco dos clientes abandonarem o tratamento antes de concretizarem os objetivos. Neste mesmo sentido Gunzburge, Henggler e Watson

(1985) referem que quando algumas das expectativas dos clientes são discrepantes com o que está a acontecer no processo terapêutico é mais provável que façam *dropout* e sem qualquer indício para o ato.

Embora, Verhagem (2015) tivesse colocado a hipótese que as ERPT influenciassessem o risco de *dropout* e que as expectativas mais altas levassem a menos abandono precoce, bem como não esperava que o tipo de tratamento influenciasse as expectativas de resultado, os resultados não validaram a hipótese inicial, tendo concluído que independentemente das expectativas que os clientes tragam para a psicoterapia, a intenção de desistir ou permanecer em psicoterapia são iguais, i.e., clientes com baixas ERPT apresentam os mesmos riscos de abandonarem os tratamentos quanto os clientes com ERPT mais altas e otimistas. Portanto, independentemente da recomendação do tratamento dada pelo psicoterapeuta a um cliente que tenha expectativas baixas, tanto o efeito do tratamento quanto o risco de *dropout* é o mesmo.

Portanto, podemos dizer que todo o tipo de expectativas dos clientes, incluindo as ERPT, podem ou não ser um fator que contribui para o *dropout*, tudo depende da especificidade (amostras, critérios, objetivos, hipóteses de estudo/trabalho, métodos, etc.) usada/utilizada em cada estudo. Talvez, por essa razão, não haja concordância na literatura em que estas duas variáveis (Expectativas e *dropout*) tenham uma associação significativa.

Procurando, assim, poder contribuir para o aumento do conhecimento nesta área, levamos a cabo o estudo que a seguir se descreve.

3. Parte Prática

3.1. Método

Tendo como ponto de partida a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre o papel que as expectativas dos clientes podem ter na psicoterapia, formulou-se a seguinte questão de investigação: Será que as expectativas de resultado pré-tratamento de clientes adultos que se encontram a ter acompanhamento psicológico se relacionam com a forma como evolui o processo psicoterapêutico?

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Neste sentido, levamos a cabo um estudo descritivo, de natureza observacional baseado na pesquisa documental que tem como principais objetivos: (i) descrever as expectativas de resultado pré-tratamento de clientes adultos em acompanhamento psicológico; e (ii) analisar a relação entre estas expectativas e o abandono precoce (*dropout*) da psicoterapia.

Para se atingirem estes objetivos foi utilizada uma metodologia mista com recurso à análise temática das expectativas enunciadas pelos clientes aquando do início do acompanhamento psicológico e ao estudo descritivo e inferencial destas expectativas em função da situação em termos de acompanhamento, tendo para isso sido utilizado o *Software IBM®SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences, versão 26)*.

3.1.1- Participantes

Foi estudada uma amostra tendo por base o método não-probabilístico de amostragem por conveniência, constituída por clientes adultos que estiveram em acompanhamento psicológico numa Clínica Pedagógica de Psicologia de uma Universidade do Norte de Portugal.

A amostra ficou constituído por 57 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos de idade ($M=44.7$; $DP=17.4$), dos quais 63.2% ($n=36$) são do sexo feminino e 36.8% ($n=21$) do sexo masculino, sendo a maioria solteiros (45.6%; $n=26$). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes tem o ensino superior (36.8%; $n=21$) e encontra-se a trabalhar (56.1%; $n=32$) (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica dos participantes

		<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	36	63.2
	Masculino	21	36.8
Estado Civil	Solteiro	26	45.6
	Casado/União de facto	17	29.8
	Divorciado/Separado	11	19.3
	Viúvo	3	5.3
Escolaridade	Analfabeto	1	1.8
	1ºCiclo	4	7.0

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

	2ºCiclo	7	12.3
	3ºCiclo	9	15.8
	Secundário	15	26.3
	Ensino Superior	21	36.8
Atividade Profissional	Empregado	32	56.1
	Estudante	2	3.5
	Reformado	13	22.8
	Desempregado	10	17.5

Quanto à caracterização clínica (Tabela 2), 66.7% ($n=38$) dos participantes tiveram no passado acompanhamento psicológico, mas não acompanhamento psiquiátrico (70.2%; $n=40$). Apesar da maioria dos participantes (84.2%; $n=48$) não estar a ter no presente acompanhamento psiquiátrico, uma elevada percentagem (49.1%; $n=28$) encontra-se a tomar psicofármacos. Quanto ao motivo pelo qual os participantes vieram à consulta, 31.6% ($n=18$) referem queixas depressivas, 26.3% ($n=15$) dificuldades interpessoais e 21.1% ($n=12$) queixas ansiosas, tendo a maioria (78.9%; $n=45$) procurado a psicoterapia por iniciativa própria. Quanto à situação em que os participantes se encontram em termos de acompanhamento, 49.1% ($n=28$) deram continuidade à intervenção e 50.9% ($n=29$) fizeram *dropout*.

Tabela 2
Caracterização clínica dos participantes

		<i>n</i>	%
Acompanhamento Psicológico Prévio	Sim	38	66.7
	Não	19	33.3
Acompanhamento Psiquiátrico Prévio	Sim	17	29.8
	Não	40	70.2
Acompanhamento Psiquiátrico Atual	Sim	9	15.8
	Não	48	84.2
Toma de Psicofármacos	Sim	28	49.1
	Não	29	50.9
Motivo	Queixas ansiosas	12	21.1
	Queixas depressivas	18	31.6
	Dificuldades interpessoais	15	26.3
	Outros	12	21.1

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Iniciativa do Pedido	Por iniciativa própria	45	78.9
	Sugestão de outros familiares	7	12.3
	Outros profissionais	5	8.8
Situação de Acompanhamento	Continuidade	28	49.1
	<i>Dropout</i>	29	50.9

3.1.2- Material

Para a recolha dos dados foram analisados os processos clínicos, nomeadamente a ficha de triagem, as expectativas enunciadas pelos clientes antes da sessão de triagem (AST, J. Leal, A. Ribeiro & S. Alves, 2018) e a ficha de finalização.

Na ficha de triagem foram recolhidas as informações relativas às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão) e às variáveis clínicas (acompanhamento psicológico e psiquiátrico prévio, acompanhamento psiquiátrico atual, toma de psicofármacos, motivo e iniciativa do pedido) e na ficha de finalização foi recolhida a informação relativa à situação em termos de acompanhamento (encaminhamento; alta; em acompanhamento; *dropout*).

O AST é um instrumento de trabalho da Clínica Pedagógica de Psicologia, aplicado antes da sessão de triagem, que convida o cliente a pensar no(s) objetivo(s) que o levaram a marcar consulta e a enunciar as expectativas que tem em relação ao acompanhamento psicológico, bem como a assinalar o grau de convicção no alcance desse(s) objetivo(s) numa escala de 9 pontos de “1 - não acredito” a “9 - acredito muitíssimo”.

3.1.3- Procedimento

Dado que este estudo integra uma das linhas de investigação em curso na Clínica Pedagógica de Psicologia, linha esta aprovada pela Comissão de Ética da respetiva Universidade (Anexo 1), efetuou-se o pedido de autorização junto desta clínica para a consulta dos processos clínicos (para aceder ao AST) e da base de dados disponível (para aceder à informação já codificada da ficha de triagem e da ficha de finalização) (Anexo 2).

Obtida esta autorização, procedeu-se, durante o período compreendido entre julho e setembro de 2020, à consulta dos processos e à análise qualitativa das expectativas de resultado pré-tratamento [análise temática seguindo o método proposto por Braun e Clarke (2006)]. Os dados foram depois codificados numa nova base de dados em *Statistical Package for Social Sciences (Software IBM®SPSS®, versão 26)*, com o intuito de se proceder à análise quantitativa (estatística descritiva e inferencial) dos mesmos, sendo, portanto, este um estudo de métodos mistos.

Foram analisados os processos clínicos do período compreendido entre setembro de 2018 e junho de 2020 e a seleção de participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: (a) ser maior de idade, ou seja, clientes adultos com idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter vindo a pelo menos uma consulta (triagem); (c) ter preenchido o AST; (d) não ter sido encaminhado para outro serviço ou instituição.

3.2- Resultados e Discussão

Os resultados serão apresentados respeitando a ordem pela qual os objetivos gerais foram enunciados.

Análise das expectativas de resultado pré-tratamento

Antes de se proceder à apresentação dos resultados decorrentes da análise descritiva das expectativas de resultado pré-tratamento [$f(x)$, %, M_o], importa começar por apresentar o relatório produzido a partir da análise temática da totalidade das expectativas ($N=138$) registadas pelos participantes ($N=57$) no AST (Anexo 3).

Enquadrada numa perspetiva construcionista, a análise temática das expectativas teve início na identificação, de forma indutiva, de códigos iniciais (*Avaliação, Bem-Estar/Felicidade, Desenvolvimento Pessoal, Mudança Interna, Redução Sintomática, Relação com os Outros e Ventilação*), os quais foram depois agrupados em temas “latentes” inspirados nas reflexões sobre a teoria da psicoterapia apresentada por Ribeiro (1984) (*Nível Transcendental, Nível Horizontal e Nível Vertical*), de acordo com o apresentado na Figura 1.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

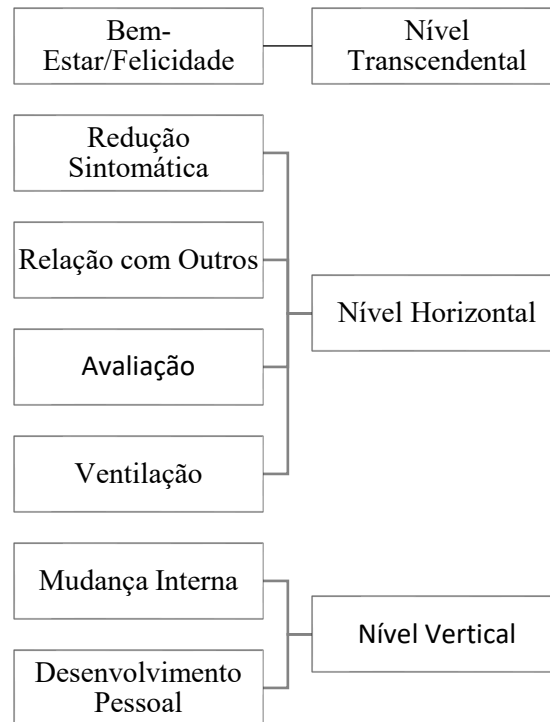


Figura 1
Agrupamento dos códigos iniciais em temas “latentes”

O *Nível Transcendental* agrupa as expectativas marcadas por movimentos “aqui” e “lá”/“presente” e “ideal” (e.g., ser feliz, sentir-me melhor, bem-estar familiar), o *Nível Horizontal* integra as expectativas marcadas pela procura da resposta imediata, na vivência do “aqui e agora” (e.g., diminuir a ansiedade e o stresse, desabafar, melhorar relacionamentos) e o *Nível Vertical* reúne as expectativas marcadas por movimentos para baixo (no “aqui e agora”), de mistura do antes e do depois (e.g., controlo emocional, conhecer-se melhor, ter mais confiança).

Por forma a tornar mais clara o processo de categorização utilizada passamos a apresentar as expectativas identificadas pelos participantes assim como a forma como foram agrupadas em temas latentes.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Tabela 3
Análise de Temas Latentes

Participantes	Expectativas de Resultado pré-tratamento	Análise temática	Participantes	Expectativas de Resultado pré-tratamento	Análise temática
1	Ser feliz;	T	17	Aconselhar-se;	H
	Parar de ser negativa;	V		Sentir-se melhor.	T
	Diminuir a ansiedade e o stress.	H		Melhorar relacionamentos;	H
2	Equilíbrio;	T	18	Ter mais confiança;	V
	Melhor raciocínio;	H		Melhorar.	H
	Menos stress.	H		Menos ansiedade;	H
3	Perder ansiedade;	H	20	Melhorar.	H
	Dormir sem medicamentos;	H		Autoestima;	V
	Ter confiança.	V		Melhorar.	H
4	Ter alegria;	V	21	Sentir-se melhor;	T
	Cabeça no sítio;	H		Voltar a sentir alegria.	V
	Resolução de problemas.	H		Ultrapassar traumas do passado;	V
5	Procura de soluções para a vida futura.	V	22	Acreditar mais em mim.	V
				Mais positividade;	T
6	Sentir-se otimista;	T	23	Sono tranquilo;	H
	Controlo;	V		Conhecer-se melhor.	V
	Sentir-se melhor.	T		Sentir-se melhor;	T
7	Sentir-se melhor;	T	24	Melhorar a angústia;	H
	Menos ansiedade;	H		Superar traumas do passado.	V
	Sentir-se otimista.	T		Insegurança;	V
8	Desabafar;	H	25	Ansiedade.	H
	Mudança.	V		Melhorar autoconfiança;	V
9	Problema com álcool.	V	26	Impulsividade;	V
10	Confirmar diagnóstico.	H		Melhorar relacionamentos.	H
11	Relacionar-se melhor;	H		27	Trabalhar a culpa;
	Controlo emocional.	V	Insegurança;		V
12	Sentir-se melhor.	T	28		Autoestima.
13	Bem-estar familiar.	T		Lidar com pensamentos intrusivos.	H
14	Sentir-se bem;	T	29	Controlo e gestão de emoções;	V
	Ajuda;	V		Bem-estar;	T
	Melhorar relacionamentos.	H		Autoestima.	V
15	Controlo emocional;	V	30	Compreender o fim do relacionamento.	V
	Melhorar ansiedade;	H			
	Autoconhecimento.	V			
16	Resolver problemas do passado;	V			

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

31	Mais confiança;	V		Angústia;	H		
	Sentir-se mais valorizada;	V		Maus pensamentos.	H		
	Melhorar relação.	H		47	Maior capacidade reflexão;	V	
32	Paz;	T		Melhor autoconhecimento;	V		
	Alegria;	T		Melhor interação com os outros.	H		
	Felicidade;	T		48	Melhorar a ansiedade;	H	
33	Melhorar relacionamento;	H		Mais alegria.	H		
	Desabafar;	H		49	Tranquilidade;	T	
	Confiar mais nos outros.	V		Melhorar qualidade de vida.	T		
35	Cura do filho;	H		50	Foco nos objetivos;	H	
	Cura da mulher;	H		Estabilidade.	T		
	Harmonia familiar.	H		36	Voltar a ter confiança;	V	
35	Sentir-se melhor.	T		Gerir pensamentos;	H		
36				Melhorar a tristeza.	H		
				37			Desabafar;
			Sentir alívio.				H
38				51		Mais confiança;	V
						Reduzir ansiedade;	H
						Melhorar relação com o filho.	H
39				52		Ultrapassar o trauma;	V
						Desabafar;	H
						Sentir-se bem.	T
40				53		Autoconhecimento;	V
						Autoconfiança;	V
						Saber ter decisões.	V
41				54		Mudança para melhor da situação profissional;	H
						Elevar a autoestima;	V
						Propósito de vida;	T
						Deixar de procrastinar.	H
42				55		Descobrir a personalidade adequada;	V
						Trabalhar a culpa;	V
						Insegurança;	V
43				56		Melhoria na fala e conversa com outros.	H
						Autoestima;	V
						Seguir com os objetivos de vida.	T
44				57		Diminuir stresse;	H
						Saber a vocação;	H
45				58		Diminuir/controlar ataques de pânico	H
						Sentir-se feliz.	T
46				59		Equilíbrio emocional;	T
						Insónias;	H
						Pensamentos intrusivos.	H
47				60		Deixar de fumar.	H
						Desprender-se do passado;	V
						Controlar ansiedade;	H
48				61		Ser mais feliz na minha pele;	V
						Mais confiança.	V
						Melhor relação marido.	H
49	Avaliação	H					
50	Paz;	T					

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Por forma a garantir a qualidade dos temas identificados, foi solicitada a colaboração de dois investigadores independentes (também eles psicólogos clínicos) para a categorização das respostas dos participantes em temas (Anexo 4), tendo estes tido acesso às instruções relativas ao que cada um dos temas correspondia. Posteriormente, e reunidas que estavam as condições necessárias, procedeu-se ao cálculo do grau de acordo entre os investigadores através do teste de concordância *kappa* de Fleiss. A obtenção de um coeficiente *kappa* de 0.849 ($p=.000$) permite-nos afirmar existir, segundo a classificação proposta por Landis e Koch (1977), um grau de concordância quase perfeito.

Passando agora para a análise descritiva das expectativas de resultado pré-tratamento ($N=138$), verifica-se que a maioria das expectativas enunciadas pelos participantes são expectativas de nível horizontal (41.3%; $n=57$), seguidas das expectativas de nível vertical (38.4%; $n=53$) e das expectativas de nível transcendental (20.3%; $n=28$) (Tabela 3). Quer isto dizer, a maioria dos participantes espera que a psicoterapia traga uma resposta imediata (e.g., diminuir a ansiedade e o stresse, desabafar, melhorar relacionamentos), capaz de responder àqueles que são os seus objetivos aquando da procura do acompanhamento psicológico.

Tabela 4
Análise descritiva das expectativas de resultado pré-tratamento

	<i>n</i>	%
Expectativas	Nível Transcendental	28
	Nível Horizontal	57
	Nível Vertical	53
Total	138	100

Quanto à crença em relação à possibilidade de se atingirem essas expectativas, os participantes apresentam um grau moderado de convicção ($M=5.89$; $DP=1.54$) (Tabela 4).

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Tabela 5
Análise descritiva das crenças nas expectativas

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Crenças nas Expectativas	57	1	9	5.89	1.538

Globalmente, podemos então dizer que os participantes esperam maioritariamente que a psicoterapia lhes traga uma resposta imediata (e.g., diminuir a ansiedade e o stresse, desabafar, melhorar relacionamentos), capaz de responder àqueles que são os seus objetivos aquando da procura do acompanhamento psicológico e que acreditam de forma moderada na possibilidade de os alcançarem. Estes resultados parecem ir de encontro aos encontrados por Constantino e colaboradores (2016), segundo os quais, os níveis de ansiedade e os problemas interpessoais são sintomas específicos consistentemente correlacionados com as expectativas.

Relação entre as expectativas e o *dropout*

Passando agora para o segundo objetivo do estudo, que era o de analisar a relação entre as expectativas de resultado pré-tratamento e o abandono precoce da psicoterapia (*dropout*), procedeu-se à análise cruzada entre as expectativas e a situação em termos de acompanhamento (continuidade *vs.* *dropout*), seguida da análise inferencial através do teste de independência do Qui-Quadrado (Tabela 5).

Tabela 6
Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Situação em termos de Acompanhamento

		Situação em termos de acompanhamento				<i>X</i> ²	<i>gl</i>	<i>p</i>
		Continuidade		<i>Dropout</i>				
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Expectativas de Resultado Pré-Tratamento	Nível Transcendental	13	46.4	15	53.6	2.624	2	.269
	Nível Horizontal	34	59.6	23	40.4			
	Nível Vertical	24	45.3	29	54.7			

Tal como se pode observar pela análise da Tabela 5, o número total de expectativas elicitadas pelos participantes que deram continuidade ao acompanhamento é muito semelhante ao número daquelas que foram listadas por aqueles que fizeram *dropout* [($n=71$; 51.5%) e ($n=67$; 48.5%)], respetivamente. A maioria das expectativas de nível horizontal (59.6%; $n=34$) são elicitadas pelos participantes que deram continuidade ao acompanhamento e a maioria das expectativas de nível vertical (54.7%; $n=29$) são elicitadas pelos participantes que abandonaram precocemente a psicoterapia..

Dito de outra forma, os participantes que fizeram *dropout* apresentam maioritariamente expectativas de nível vertical ($n=29$; 54.7%), ou seja, esperam que a psicoterapia lhes possibilite a resignificação de experiências passadas na vivência do presente (e.g., controlo emocional, conhecer-se melhor, ter mais confiança), o que eventualmente poderá envolver processos mais longos. Já os participantes que deram continuidade ao acompanhamento apresentam maioritariamente expectativas de nível horizontal ($n=34$; 59.6%), ou seja, procuram que a psicoterapia lhes possibilite o repertório comportamental necessário para a vivência do presente (e.g., diminuir a ansiedade e o stresse, desabafar, melhorar relacionamentos), podendo eventualmente estes resultados começarem a ser visíveis num mais curto espaço de tempo.

Procurando integrar estes resultados com alguma da literatura consultada (Constantino et al., 2012; Joice & Piper, 1998; Swift & Callahan, 2011), e porque a nossa amostra foi recolhida numa Clínica Pedagógica de Psicologia, parece-nos possível levantar a hipótese de que os participantes que fizeram *dropout* têm expectativas menos realistas o que poderá, desde logo, impactar negativamente nos seus níveis de motivação e de envolvimento.

Já os clientes que deram continuidade parecem ter apresentado expectativas “mais realistas” quando se tem em consideração o contexto no qual o acompanhamento psicológico estava a ser prestado (numa clínica pedagógica de psicologia inserida numa universidade), na medida em que procuravam a redução sintomática, o que mais facilmente pode se conseguido em menos sessões e por recurso a procedimentos protocolados e ao percecionarem redução sintomática e melhorias, perspetivassem que a psicoterapia lhe seria útil. Os clientes com expectativas mais realistas em psicoterapia

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

parecem ser pessoas com mais credibilidade nos tratamentos e com maior vontade para se envolverem no processo psicoterapêutico de uma forma mais colaborativa. Dessa forma, não só pequenas mudanças possam aparecer mais rapidamente como a esperança nos tratamentos é superior, o que vai de acordo com o que Constantino (2012) que o grau de credibilidade do tratamento resulta num maior envolvimento e os resultados tendem a surgir mais, mais rapidamente.

Contudo, e através da realização do teste de independência do Qui-Quadrado para um nível de confiança de 95% e garantidas que estavam as condições para a sua utilização, verifica-se que as variáveis em estudo (expectativas e situação em termos de acompanhamento) são independentes ($X^2=2.624$; $p=.269$) (Tabela 5). Ou seja, apesar da tendência acima enunciada, as expectativas de resultado pré-tratamento não estão associadas com a situação em termos de acompanhamento (continuidade ou *dropout*). No entanto, podemos indicar que os resultados deste estudo da relação expectativas com o *dropout* são semelhantes aos resultados obtidos por Tsai e colaboradores (2014) visto que não encontraram nenhuma diferença significativa entre os clientes que fizeram *dropout* e os que concluíram o tratamento nas suas classificações de ERPT o início do estudo. Os mesmos resultados foram encontrados por Verhagen (2015), ou seja, a análise dos dados não foi capaz de encontrar uma relação significativa entre as expectativas de resultados e e dados não foi capaz de mostrar uma relação significativa entre as expectativas de resultados e a melhora dos sintomas (continuidade) e as expectativas de resultados e abandono.

Será que a ausência de associação entre as variáveis, em estudo não se poderá dever, em parte, ao papel mediador de outras variáveis (e.g., AT, diagnóstico, gravidade dos sintomas, acompanhamento psicológico prévio, etc) que não foram estudadas por nós no presente trabalho? Isto porque há literatura que apoia a existência deste efeito, como por exemplo, Arnow e colaboradores, (2017); Barber e colaboradores, (2014); Castonguay e Beutler, (2006); Constantino e colaboradores, (2005). A investigação tem apresentado como um dos fatores importantes na psicoterapia a AT, a qual tem vindo a ser identificada como um preditor moderado e poderoso dos resultados em psicoterapia (Horvath, 2013) e, para que tal ocorra, o psicoterapeuta tem de estar atento a variáveis como a expectativa do cliente e o diagnóstico se existente (Coutinho, 2010). O cliente ao criar expectativas elevadas sobre o psicoterapeuta e a psicoterapia em si, entra em

desacordo com os objetivos terapêuticos pré-estabelecidos, conseqüentemente a aliança terapêutica tende a diminuir, podendo suceder o abandono do processo terapêutico, como referem (Safran & Muran, 2006).

Embora o resultado do nosso estudo indique ausência de associação entre as expectativas dos clientes e a situação em que se encontram em termos de acompanhamento, pressupõe-se que as expectativas podem ser influenciadas por moderadores que promovem resultados positivos da psicoterapia. Um desses moderadores é a aliança terapêutica uma vez que as ERPT podem alterar-se e aumentar o grau de intensidade positiva para trabalhar e expor as suas dificuldades com abertura e confiança ao seu psicoterapeuta e por conseqüência obter apoio, segurança, autenticidade e empatia.

4. Conclusões

Começando por responder à questão de investigação:

“Será que as expectativas de resultado pré-tratamento de clientes adultos que se encontram a ter acompanhamento psicológico se relacionam com a forma como evolui o processo psicoterapêutico?”

O nosso estudo teve como principal objetivo conhecer e descrever as expectativas de clientes adultos que recorreram à consulta de psicologia e analisar se essas expectativas se associam com a situação em termos de acompanhamento.

Relativamente ao primeiro objetivo que era o de descrever as expectativas de resultado pré-tratamento de clientes adultos em acompanhamento psicológico – verificamos que 41.3% das expectativas enunciadas são de nível horizontal, o que nos permite concluir que a maioria dos participantes espera que a psicoterapia lhes traga uma resposta imediata (e.g., diminuir a ansiedade e o *stress*, desabafar, melhorar relacionamentos), capaz de responder àqueles que são os seus objetivos aquando da procura do acompanhamento psicológico. Logo a seguir, surgem as expectativas de nível vertical (38.4%), segundo as quais os participantes esperam que a psicoterapia lhes traga mudança interna e desenvolvimento pessoal (e.g., controlo emocional, conhecer-se

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

melhor, ter mais confiança). Por último, e com uma frequência de 20.3%, são elicitadas expectativas de nível transcendental, que assinalam que o cliente pretende algo mais subjetivo, quer ser feliz e bem-estar, são expectativas que podem ser consideradas realistas, mas dependem muito da perspectiva do próprio cliente, por exemplo, o conceito de felicidade não é igual para todas as pessoas, i.e., para uns a felicidade pode representar algo mais material, por exemplo, ter muito dinheiro, viajar, fazer férias em locais, enquanto que para outras pessoas pode ser ter saúde, sentir-se em paz, ter muitos amigos, darem-se bem com a família e terem qualidade de vida. Dentro desta perspectiva também se insere o conceito de bem-estar.

As expectativas de nível horizontal, as mais elicitadas pelos participantes e conforme foi referido na discussão de resultados, podem ser as mais realistas e estas podem resultar de cliente habituais da clínica, clientes esses que conhecem as normas e procedimentos deste tipo de psicoterapia. Desse modo, estes clientes talvez tenham ajustado as suas expectativas à sua experiência de consultas prévias realizadas em outras alturas. Como foi mencionado na revisão da literatura os clientes criam expectativas mais realista/positivas e com uma intensidade superior quando a experiência percebida em outros momentos foi positiva. É natural que, quando isso acontece os clientes procurem ajuda em outras ocasiões esperando que o psicoterapeuta seja semelhante ao anterior, por exemplo, Shulte, (2008) sugere que a experiência e a aprendizagem são fatores que potenciam as expectativas mais realistas.

Outro aspecto que pode ter contribuído para que estas ERPT sejam mais realistas pode ser pelo facto de as expectativas influenciarem outras construções, por exemplo, a motivação, a esperança, o otimismo, preferência. Dessa forma, os clientes ao considerarem realizar psicoterapia podem ter ERPT negativas em relação à dificuldade atual, mas porque acreditam e têm esperança que podem encontrar alguma solução na psicoterapia, decidem ir. Neste caso podemos referir, por exemplo, o que Dew e Bickman (2005) mencionou, isto é, a esperança de resolver alguns problemas é apoiada pela crença (expectativas) de que através da psicoterapia algum desses problemas terão uma solução. Outro aspeto mencionado por outro autor é a credibilidade nos tratamentos. As ERPT no momento atual podem ser pessimistas, mas o facto de acreditar os tratamentos os podem ajudar podem alterar essas crenças mais negativas, por exemplo, Krisch (1985) indicou que o grau de credibilidade dos tratamentos, são responsáveis pela mudança em

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

psicoterapia e no nosso estudo o grau de credibilidade da psicoterapia foi moderado, o que quer dizer que os clientes acreditavam que pudesse ser possível melhorarem com os tratamentos.

Quanto ao segundo objetivo que era o de analisar a relação entre as expectativas de resultado pré-tratamento e a situação em termos de acompanhamento (continuidade vs. *dropout*), verificamos que os participantes que fizeram *dropout* apresentam maioritariamente expectativas de nível vertical ($n=29$; 54.7%), ou seja, esperam que a psicoterapia lhes possibilite a resignificação de experiências passadas na vivência do presente (e.g., controlo emocional, conhecer-se melhor, ter mais confiança), o que eventualmente poderá envolver processos mais longos.

Verifica-se que os participantes que fizeram *dropout* apresentavam expectativas que apontavam para uma mudança interna, o que envolve, habitualmente, trabalhar aspectos mais estruturais da personalidade do cliente, o que leva a procedimentos mais trabalhosos e morosos. Assim, é natural que as melhorias não surjam com a celeridade que eventualmente o cliente supôs, porque a mudança terapêutica é mais difícil de realizar e envolve um trabalho muito mais exigente do cliente. Trabalhar aspetos estruturais pode ser doloroso para o cliente e muitas vezes embora tenham motivação para o fazer não conseguem envolver-se o suficiente ou ainda não estejam preparados para a mudança. Para que a mudança aconteça é necessário que o cliente, junto com o seu psicoterapeuta trabalhem experiências, situações, vivências que podem provocar sofrimento e por consequência pode impactar negativamente em clientes que não têm o conhecimento real do que é a psicoterapia, por isso mesmo é que vários autores, por exemplo, (Wampold, & Imel, 2015) mencionam que a AT, e a qualidade da mesma é extremamente fundamental para que o cliente sinta confiança, segurança e tenacidade para conseguir realizar mudanças significativas em psicoterapia. No entanto, por serem tratamentos mais longos é natural que hajam flutuações na sintomatologia do cliente o que pode desmotivar o cliente e ativar expectativas mais pessimistas que não conseguirá os resultados pretendidos e que o psicoterapeuta lhe propôs no início do processo. Clientes com expectativas mais pessimistas podem contribuir para que a esperança da utilidade dos tratamentos diminua e os clientes perspetivem abandonar a psicoterapia, o que vai de acordo com Hatchett e Park (2003), quando indicam que os clientes que não percebem benefícios nas sessões iniciais, i.e., redução da sintomatologia ou pequenas alterações no

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

alívio de angústia tendem a abandonar precocemente o tratamento. Outro aspeto que pode contribuir para o abandono em clientes com expectativas que podem levar mais tempo a concretizar é a eficácia ou melhor a autoeficácia do cliente. O cliente ao sentir que o tratamento pode ser difícil e exigente pode considerar não ter capacidades de executar todas as tarefas que o psicoterapeuta lhe propõe que faça. Nesse caso é necessário que o psicoterapeuta esteja mais atento e além de dever transmitir motivação, vá atribuindo tarefas que considera que o cliente consegue realizar. A autoeficácia do cliente em psicoterapia pode dar origem a resultados diferentes. Há literatura, por exemplo, Aubuchon-Endsley e Callahan, (2009) e Brown e colaboradores (2014) que explicam os dois resultados da autoeficácia do cliente. Clientes com sentimentos de autoeficácia baixos podem permanecer em tratamento durante muito tempo porque consideram que a psicoterapia os pode ajudar, mas clientes com sentimentos de autoeficácia mais elevados são os que mais abandonam precocemente o tratamento por considerarem que a psicoterapia não lhes dá o resultado que esperavam, muitas vezes estes clientes criam falsas expectativas dos tratamentos e percebem que sozinhos conseguem resolver os seus problemas. Para diminuir esses abandonos precoces é aconselhável que os psicoterapeutas prestem atenção às diferentes expectativas dos clientes e caso seja necessário reformulem as que considerarem desajustadas, nomeadamente as de eficácia (autoeficácia do clientes e eficácia dos tratamentos), o vai de encontro ao que Greenberg e colaboradores (2006) sugeriram, i.e., os psicoterapeutas devem prestar atenção às expectativas dos clientes para adequarem os tratamentos e tarefas de casa em função das expectativas de eficácia dos clientes fornecerem o fundamento do tratamento de maneira perceptível e ajustável ao conhecimento do cliente.

Um dos aspectos que pode ter contribuído para que clientes com este tipo de expectativas tivessem abandonado precocemente pode dever-se ao facto de ($n=18;57$) participantes apresentarem queixas depressivas e clientes com essas características clínicas, geralmente, criam ERPT negativas e mais pessimistas, decorrente disso pode existir uma maior probabilidade dos cliente abandonarem precocemente a psicoterapia, o que tem suporte na literatura, por exemplo, DeFife e Hilsen-Roth, (2011) sugeriram que baixas expectativas refletem desânimo e desalento e esses sintomas estão presente nas queixas depressivas o que pode ter contribuído para que os clientes não perspectivassem melhorar.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Os participantes que deram continuidade ao acompanhamento apresentam maioritariamente expectativas de nível horizontal ($n=34$; 59.6%), ou seja, procuram que a psicoterapia lhes possibilite o repertório comportamental necessário para a vivência do presente (e.g., diminuir a ansiedade e o stresse, desabafar, melhorar relacionamentos), podendo eventualmente estes resultados começarem a ser visíveis num mais curto espaço de tempo. Grande parte dos clientes que dão continuidade à psicoterapia, são os que percebem pequenas mudanças logo nas sessões iniciais, ou seja, o que acontece regularmente são reduções na sintomatologia e alívio da angústia. Contudo, são aspetos que credibilizam o tratamento e dão motivação para continuar, estes dados são suportados por diversos autores, por exemplo, Aubuchon-Endsley e colaboradores (2015); Constantino (2012); Hatchett e Park, (2003) e McClintock e colaboradores (2015).

Contudo, através do teste de independência do Qui-Quadrado, verificou-se que as variáveis em estudo são independentes, ou seja, apesar da tendência acima enunciada, as expectativas de resultado de pré-tratamento não estão associadas com a situação em termos de acompanhamento (continuidade ou *dropout*). Estes resultados confirmam muita da literatura existente entre estas duas variáveis, também contrariam outra tanta literatura que refere o contrário. Por exemplo, Constantino e colaboradores (2011) numa grande meta-análise sobre as expectativas dos clientes, bem como Arnkoff e colaboradores (2002) foram capazes de encontrar uma relação significativa entre estas duas variáveis e Tsai e colaboradores (2014) e Verhagen (2015) tal como nós não encontramos associação entre ambas as variáveis.

O resultado do nosso estudo sugere que as ERPT não influenciam a eficácia do tratamento na melhoria da sintomatologia ou na decisão do cliente persistir ou abandonar o tratamento antes que a mudança terapêutica se concretize, o que nos leva a pensar que as expectativas podem ser um FC da psicoterapia que não seja tão importante como alguns autores afirmam, por exemplo, Wampold, (2015) e Constantino, (2012).

Porém estes resultados devem ser analisados com algum cuidado devido às limitações do próprio estudo, porque há autores de renome com muitos estudos publicados e com uma perspectiva diferente sobre as ERPT e outras, tanto na melhoria dos sintomas, na mudança terapêutica bem como no *dropout*, por exemplo, Constantino e colaboradores (2011); Constantino e colaboradores (2012); Dew & Bikman (2005);

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em Psicoterapia

Shulte, (2008); Swift e colaboradores (2012); Swift e Greenberg, (2012); Vislã e colaboradores (2016).

Algumas das limitações deste estudo, foram:

- i) O tamanho reduzido da amostra, ou seja, 57 participantes; a forma como foram avaliadas as expectativas; a não operacionalização das variáveis mediadoras como, por exemplo, a AT; a amostra ter ficado constituída por clientes em acompanhamento numa Clínica Pedagógica (intervenções breves, profissionais em formação, contextos multiproblemáticos, entre outros) e, ainda, a definição de *dropout* adotado, visto que não abrangemos todos os clientes que abandonaram precocemente a psicoterapia. É muito provável que, tratando-se de um ambiente clínico muito específico, clientes que permaneceram em tratamento abandonassem precocemente noutras fases da psicoterapia devido a diversos fatores internos e externos ao tratamento.
- ii) Tendo em conta que a amostra do presente estudo foi cedida de uma clínica pedagógica e os técnicos que conduzem as sessões psicoterapêuticas são estagiários, teria sido importante operacionalizar outras variáveis, por exemplo, a AT, uma vez que a literatura refere mediar as expectativas.

Embora o verificado neste estudo tenha determinado independência entre as variáveis expectativas e *dropout*, e a literatura não seja consistente acerca da importância que as expectativas têm no resultado da psicoterapia, salienta-se a importância da continuidade da investigação nesta área pois as expectativas são importantes na psicoterapia e podem ser úteis durante o processo de tratamento por poderem influenciar outros constructos.

5. Referências Bibliográficas

- American Psychological Association. (2016). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-001>
- Aubuchon-Endsley, N. L., Bublitz, M. H., Stroud, L. R. (2015). Pre-pregnancy obesity and maternal circadian cortisol regulation: Moderation by gestational weight gain. *Biological Psychology*, 102, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.07.006>.
- Aubuchon-Endsley, N., Callahan, J. González, D. A., Ruggero, C. J. & Abramson, C. I. (2015). The Impact of Hope in Mediating Psychotherapy Expectations and Outcomes: A Study of Brazilian Client's. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 6(1), 63–80.
- Aubuchon-Endsley, N. L., & Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 120–126. <https://doi.org/10.1037/a0014455>
- Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop, R., Barrett, M., McCarthy, K. S., & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy Research*, 24(3), 257–268. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.871080>

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

-
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Caciانو, D. & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*, 45(2), 247-267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Bleyen, K., Vertommen, H., Vander Steene, G., & Van-Audenhove, C. (2001). Psychometric properties of the Psychotherapy Expectancy Inventory-Revised (PEI-R). *Psychotherapy Research*, 11(1), 69–83. <https://doi.org/10.1093/ptr/11.1.69>
- Bourion-Bédès, S., Simirea, A., Di Patrizio, P., Müller, O., Clerc-Urmès, I., Sy, A., Schwan, R., Viennet, S., & Baumann, C. (2020). Is early outpatient satisfaction with substance use disorder care a predictor of early dropout? Results of the SUBUSQOL cohort. *Journal of substance abuse treatment*, 119, 108151. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108151>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105–113. <https://doi.org/10.1037/h0087773>
- Brown, L. A., Wiley, J. F., Wolitzky-Taylor, K., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., Rose, R.D., & Bystritsky, A., Craske, M. G. (2014). Changes in self-efficacy and outcome expectancy as predictors of anxiety outcomes from the calm study: Research Article: Self-efficacy and outcome expectancy. *Depression and Anxiety*, 31(8), 678–689. <https://doi.org/10.1002/da.22256>

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

Castonguay, L. (2013). Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 52-67. <https://doi.org/10.1037/a0030898>.

Castonguay, L. & Beutler, L. (2006). Principles of therapeutic change: a Task Force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 631-638. <https://doi.org/10.1002/jclp.20256>,

Connolly-Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 13(1), 59–76. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg007>

Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011) Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192. <http://doi.org/10.1002/jclp.20754>

Constantino, M. J. (2012). Believing is seeing: An evolving research program on patients' psychotherapy expectations. *Psychotherapy Research*, 22(2), 127–138. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.663512>

Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557–569. <https://doi.org/10.1037/a0029440>

Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The Association Between Patient Characteristics and the Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapy for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting*

and Clinical Psychology, 73(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.203>

Constantino, M. J., Višlă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–485. <https://doi.org/10.1037/pst0000169>

Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R. & Visla, A. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early perception of treatment credibility and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55 (4), 486-495. <https://doi.org/10.1037/pst0000168>

Constantino, M. J., Višlă, A., Ogrodniczuk, J. S., Coyne, A. E., & Söchting, I. (2016). Forward thinking: correlates of posttreatment outcome expectation among depressed outpatients / Pensamiento prospectivo: correlatos de las expectativas de resultados post-tratamiento de pacientes ambulatorios que sufren depresión. *Estudios de Psicología*, 37(2–3), 282–310. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1189205>

Cooper, A. A. & Conklin, L. R. (2015) Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40,57-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>

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*, 14544518792251. <https://doi.org/10.1177/0145445518792251>

D'Aniello, C., & Tambling, R. B. (2017). The Effect of expectations on intention to persist in therapy. *American Journal of Family Therapy*, 45, 37–50. <https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1223568>.

- D'Aniello, C., Piercy, F. P., Dolbin-MacNab, M., & Perkins, S. (2018). How clients of marriage and family therapists make decisions about therapy discontinuation and persistence. *Contemporary Family Therapy*, 41(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9469-7>.
- D'Aniello, C., & Tambling, R. (2019). The role of therapy productiveness on MFT clients' intentions to persist in therapy. *American Journal of Family Therapy*, 47(1), 37–51. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1586010>.
- D'Aniello, C., Anderson, S. R., & Tambling, R. R. (2021). Psychotherapeutic Processes associated with couple Therapy discontinuance: an observational Analysis using the rapid marital Interaction coding system', *Journal of Marital and Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/jmft.12482>
- DeFife, J. A., & Hilsenroth, M. J. (2011). Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(2), 172–191. <https://doi.org/10.1037/a0023889>
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 21– 33. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1963-5>
- Elliott, R. (1995). *Therapy Process Research and Clinical Practice: Practical Strategies*. In Aveline, M. & Shapiro D.A. (eds). Research Foundations for Psychotherapy Practice. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo dois casos de insucesso terapêutico-Um caso finalizado e de um caso de desistência. *Análise Psicológica*, 33(2), 165-177.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-

-
- analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: *Johns Hopkins Press*.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1992.46.4.663>
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67– 89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.143810>
- Garfield, S. L. (1994). *Research on client variables in psychotherapy*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190 –228). New York, NY: Wiley.
- Greenberg, R. P. & Land, J. M. (1971). Influence of some hypnotist and subject variables on hypnotic susceptibility. *J Consult Clin Psychol*, 37(1),111-115.
<https://doi.org/10.1037/h0031248>
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657–678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Gunzburger, D. W., Henggeler, S. W., & Watson, S. M. (1985). Factors related to premature termination of counseling relationships. *Journal of College Student Personnel*, 26(5), 456–460.
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226–231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>
- Holmes, S. C., Johnson, C. M., Suvak, M. K., Sijercic, I., Monson, C. M., & Stirman, S. W. (2019). Examining patterns of dose response for clients who do and do not

complete cognitive processing therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, Article 102120. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102120>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

Isolan, A., Pheula, G., & Cordioli, A. V. (2008). *Fatores comuns e mudanças em psicoterapia*. In A. V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 58-73). Porto Alegre: Artmed.

Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E., & Ogradniczuk, J. S. (2000). Role behavior expectancies and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9(4), 213–225. PMID: PMC3330616

Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(3), 236–248. PMID: 9631345

Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33,159-174.

Leal, J., Ribeiro, A. & Alves, S. (2018). Ficha Antes da Sessão de Triagem (AST). Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa

Katerelos, T. E., Bélanger, C., Payette, M. C., El-Baalbaki, G., Marchand, A. & Perreault, M. (2015) The role of expectation treatment outcomes and symptom development in anxiety disorder, *A fresh look at anxiety disorder*. 243-267. <https://doi.org/10.5772/60668>

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

-
- Kazdin, A. E. (1990). Conduct disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (pp. 669–706). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-0523-1_32
- Kirch, I. (1985) Self-efficacy and Expectancy. Old wine with new label. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.824>
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). *Introduction and Historical Overview*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcomes in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed). Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M., Ogles, B. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcomes research: the need for a common procedure and validity date. *Psychotherapy Research*, 19(4/5), 493-501. <https://doi.org/10.1080/10503300902849483>

Lambert, M.J., (1992) *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. In: J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. Basic Books; New York: 94–129.

Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33,159-174.

Luedke, A. J., Peluso, P. R., Diaz, P., Freund, R., & Baker, A. (2017). Predicting dropout in counseling using affect coding of the therapeutic relationship: *An empirical analysis*. *Journal of Counseling & Development*, 95(2), 125–134. <https://doi.org/10.1002/jcad.12125>.

Martin, P. J., Sterne, A. L., Moore, J. E., & Lindsey, C. J. (1977). Patients' expectancies and hospital outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 254–258. PMID: 13087

Massini-Gagliari, G. (2018). *Inovação na Graduação: uma questão de atitude*. São Paulo: Unesp, 2018. Disponível em: <http://www.universityworldnews.com/article.php?story=20180626151321816> Acesso em: 10 dez. 2019.

McAdams, C. R., Foster, V. A., Tuazon, V. E., Kooyman, B. A., Gonzalez, E., Grunhaus, C. M., Sheffield, R. L., & Wagner, N. J. (2017). In-session therapist actions for improving client retention in family therapy: Translating empirical research into clinical practice. *Journal of Family Psychotherapy*, 29(2), 142–160. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1368814>.

McClintock, A. S., Anderson, T., & Petrarca, A. (2015). Treatment Expectations, Alliance, Session Positivity, and Outcome: An Investigation of a Three-Path

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

- Mediation Model: Three-Path Mediation. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 41–49. <https://doi.org/10.1002/jclp.22119>
- Mitte, K. (2005). Meta-Analysis of Cognitive–Behavioral Treatments for Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785–795. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.5.785>
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 183–198. <https://doi.org/10.1023/A:1021807106455>
- Nicoli Cerioni, R. A. N., & Herzberg, E. (2016). Triagem psicológica: da escuta das expectativas à formulação do desejo. *Psicologia: teoria e prática*, 18(3), 19-29. <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v18n3p19-29>
- Noble, L. M., Brian, C., Douglas, B. C., Stanton, P., & Newman, S. P. (2001) What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, 52(7), 985-998, ISSN 0277-9536, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00210-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00210-0).
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155–180. <https://doi.org/10.1023/A:1016699424731>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391–399. <https://doi.org/10.1037/pst0000228>
- Patterson, C. L., Anderson, T., & Wei, C. (2014). Clients' Pretreatment Role Expectations, the Therapeutic Alliance, and Clinical Outcomes in Outpatient Therapy: Clients' Pretreatment Role Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 673–680. <https://doi.org/10.1002/jclp.22054>

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

-
- Pessota, C. M., Feijó, L. P., Costa, C. P., & Benetti, S. P. C. (2018). Características sociodemográficas e clínicas do abandono inicial em psicoterapia psicanalítica. *Rev. Bras. Psicoter.* 20(3), 135-150. ISSN 2318-0404
- Pieta, M. A. M. & Gomes, W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises? *Contextos Clínicos*, 10(1), 130-143. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.10>
- Pureza, J. & Oliveira, M. & Andretta, I. (2013). Abandono terapêutico na terapia cognitiva-comportamental. *Psicologia Argumento*, 31, 74, ISSN 1980-5942. <https://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.AO10>.
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123–136. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Reis, B., & Brown, L. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(3), 311-316. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.3.311>.
- Ribeiro, J. P. (1984). Psicoterapia como processo de mudança, 36 (2): 99-107. *Arq. Bras. Psicot.* Rio de Janeiro
- Rosenthal, R., & Rosnow, R.L. 2008. *Essentials of Behavioral Research: Methods and Data Analysis*. Third Edition. New York: McGraw-Hill. <http://dx.doi.org/10.34944/dspace/66>
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

-
- Rutherford, B. R., Wager, T. D. & Roose, S. P. (2010). Expectancy and the treatment of depression: A review of experimental methodology and effects on patient outcome. *Curr Psychiatry Rev.*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.2174/157340010790596571>.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training (Chicago, Ill.)*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Santangelo, P. R. (2020). Terminación prematura en psicoterapia: Una revisión narrativa. *Revista De Psicoterapia*, 31(115), 181-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.316>
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2017). Expectancies, Working Alliance, and Outcome in Transdiagnostic and Single Diagnosis Treatment for Anxiety Disorders: An Investigation of Mediation. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9855-8>
- Schoenherr, D., Paulick, J., Strauss, B. M., Deisenhofer, A.-K., Schwartz, B., Rubel, J. A., Lutz, W., Stangier, U., & Altmann, U. (2019). Nonverbal synchrony predicts premature termination of psychotherapy for social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 56(4), 503–513. <https://doi.org/10.1037/pst0000216>.
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18, 481– 494. <https://doi.org/10.1080/10503300801932505>
- Sei, M. B., Colavin, J. R.P. (2016). Desistência e abandono da psicoterapia em um serviço-escola de psicologia. *Rev. Bras. Psicot.(online)*, 18(2), 37-49

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

-
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501-510. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2011000400010>
- Shuman, A. L., & Shapiro, J. P. (2002). The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 3–16. <https://doi.org/10.1023/A:1013908629870>
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent?. *American Psychologist*, 41(2), 165–180. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.165>
- 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. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14469-000>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 301–315). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0015>
- Swift, J. K., Callahan, J., & Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 328–335. <https://doi.org/10.1037/a0017003>

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

-
- 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., Spencer, J., & Goode, J. (2018) Improving psychotherapy effectiveness by addressing the problem of premature termination: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 28(5), 669-671, <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1439192>
- Swift, J. K., Whipple, J. L., & Sandberg, P. (2012). A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. *Psychotherapy*, 49(4), 549–556. <https://doi.org/10.1037/a0029441>
- Swift, J.K., & Callahan, J.L., (2009) The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 368-381. <https://doi.org/10.1002/jclp.20553>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924–1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Tambling, R. B. (2012). A literature review of therapeutic expectancy effects. *Contemporary Family Therapy*, 34, 402–415. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9201-y>.
- Tinsley, H. E. A., Bowman, S. L., & Ray, S. B. (1988). Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results. *Journal of Counseling Psychology*, 35 (1), 99-108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.35.1.99>
- Tsai, M., Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., & Mirmiran, J. (2014). Forecasting Success: Patients' Expectations for Improvement and Their Relations to Baseline, Process

and Outcome Variables in Group Cognitive-Behavioural Therapy for Depression: Forecasting Success. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(2), 97–107. <https://doi.org/10.1002/cpp.1831>

Verhagen, C. E. (2015). Patient's Outcome Expectancies and Treatment Outcome: Influence of Patient's Outcome Expectancies on Symptom Improvement and Drop-out in Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Therapy for adult depression, *Biomedical and Health Sciences Research*. 6. <https://doi.org/10.26481/marble.2015.v6.362>

Vîslă, A., Constantino, M. J., Ogrodiczuk, K. N., & Söchting, I. (2016). The relation between outcome expectation, therapeutic alliance, and outcome among depressed patients in group cognitive-behavior therapy. *Pesquisa em psicoterapia*, 28,446-456. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1218089>

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 49–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-002>

Wampold, B. E. (2015) How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*,14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

Wampold, B. E. (2018) The therapeutic value of the relationship for placebo effects and other healing practices, *Sciencedirect*, 191-210, <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2018.07.019>.

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

-
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Ward, D., & Wampler, K. (2010). Moving up the continuum of hope: Developing a theory of hope and understanding its influence in couple's therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 212–228. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00173.x>.
- Webb, C. A., Kertz, S. J., Bigda-Peyton, J. S. & Björgvinsson, T. (2013) The role of pretreatment outcome expectancies and cognitive-behavior skills in symptom improvement in acute psychiatric setting. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 375-382. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.016>.
- Weinberger, J., & Eig, A. (1999). *Expectancies: The ignored common factor in psychotherapy*. In I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience*. (pp. 357-382). Washington: American Psychological Association.
- Westra, H. A., Constantino, M. J., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2011). Therapist differences in cognitive– behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy*, 48(3), 283–292. <https://doi.org/10.1037/a0022011>
- 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>
- Wolff, S., & Auckenthaler, A. (2014). Processes of theoretical orientation development in CBT trainees: What internal processes do psychotherapists in training undergo

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

as they “integrate”? *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 223–
237. <https://doi.org/10.1037/a0037514>

ANEXOS

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

ANEXO 1

Aprovação pela Comissão de Ética da UFP para a realização do estudo



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Dar conhecimento
às docentes. 7

Gomes

10/11/2016

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

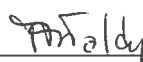
Porto, 07 de Novembro de 2016

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação em Psicologia, apresentado pela Professora Carla Barros e tendo como investigadora responsável a Professora Sónia Alves, intitulado "Investigação no âmbito da prática clínica na Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa (CPP-UFP)", considera nada haver a opor ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Martinho Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | | Faculdade de Ciência e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T +351 22 507 1300 - F +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt

| Faculdade de Ciências da Saúde | - | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T +351 22 507 4630 - F +351 22 507 4637 - R. Dellm Maia 334 - 4200-253 Porto - Portugal

T +351 22 509 6371 - geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertandos - 4990-078 Ponte de Lima - Portugal - T +351 258 741 026 - F +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

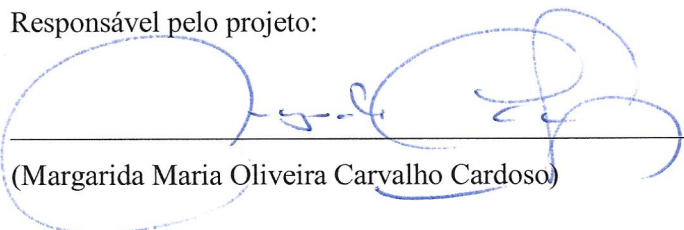
ANEXO 2

Autorização das responsáveis pela clínica pedagógica de psicologia da UFP para a
consulta dos processos clínicos (AST) e da base de dados disponível

Assunto: Pedido de autorização para utilização da base de dados

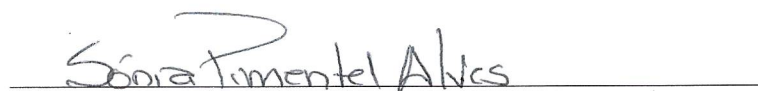
No âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na instituição Universidade Fernando Pessoa, orientadora pela Dr.^a Sónia Alves, subordinada ao tema “*Expectativas dos clientes e dropout em psicoterapia*”, venho por este meio solicitar a utilização da base de dados da Unidade de Adultos (UA) da Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa.

Responsável pelo projeto:




(Margarida Maria Oliveira Carvalho Cardoso)

Coordenadoras do Eixo Clínico e Comunitário da Clínica Pedagógica de Psicologia da UFP:



(Professora Sónia Alves)



(Professora Susana Marinho)

Ponto, 15/02/2020
Universidade Fernando Pessoa
Clínica Pedagógica de Psicologia

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

ANEXO 3

Relatório produzido a partir da análise temática da totalidade das expectativas registadas
pelos participantes no AST

ANEXO 3

ANÁLISE TEMÁTICA

ETAPA 1: Listar expectativas

Participante (Resposta)	Avaliação Sessão Triagem (AST, J. Leal & A. Ribeiro, 2018) Objetivos
1 (1,2,3)	Ser feliz;
	Parar de ser negativa;
	Diminuir a ansiedade e o stresse.
2 (4,5,6)	Equilíbrio;
	Melhor raciocínio;
	Menos stress.
3 (7,8,9)	Perder ansiedade;
	Dormir sem medicamentos;
	Ter confiança.
4 (10,11,12)	Ter alegria;
	Cabeça no sítio;
	Resolução de problemas.
5 (13)	Procura de soluções para a vida futura.
6 (14,15,16)	Sentir-se otimista;
	Controlo;
	Sentir-se melhor.
7 (17,18,19)	Sentir-se melhor;
	Menos ansiedade;
	Sentir-se otimista.
8 (20,21)	Desabafar;
	Mudança.
9 (22)	Problema com álcool.
10 (23)	Confirmar diagnóstico.
11 (24,25)	Relacionar-se melhor;
	Controlo emocional.
12 (26)	Sentir-se melhor.
13 (27)	Bem-estar familiar.
14 (28,29,30)	Sentir-se bem;
	Ajuda;
	Melhorar relacionamentos.
15 (31,32,33)	Controlo emocional;
	Melhorar ansiedade;
	Autoconhecimento.
16 (34,35,36)	Resolver problemas do passado;
	Aconselhar-se;
	Sentir-se melhor.
17 (37,38,39)	Melhorar relacionamentos;
	Ter mais confiança;
	Melhorar.
18 (40,41)	Menos ansiedade;
	Melhorar.

19 (42)	Melhorar.
20 (43,44)	Autoestima; Melhorar.
21 (45,46)	Sentir-se melhor; Voltar a sentir alegria.
22 (47,48)	Ultrapassar traumas do passado; Acreditar mais em mim.
23 (49,50,51)	Mais positividade; Sono tranquilo; Conhecer-se melhor.
24 (52,53,54)	Sentir-se melhor; Melhorar a angústia; Superar traumas do passado.
25 (55,56)	Insegurança; Ansiedade.
26 (57,58,59)	Melhorar autoconfiança; Impulsividade; Melhorar relacionamentos.
27 (60,61,62)	Trabalhar a culpa; Insegurança; Autoestima.
28 (63)	Lidar com pensamentos intrusivos.
29 (64,65,66)	Controlo e gestão de emoções; Bem-estar; Autoestima.
30 (67)	Compreender o fim do relacionamento.
31 (68,69,70)	Mais confiança; Sentir-se mais valorizada; Melhorar relação.
32 (71,72,73)	Paz; Alegria; Felicidade;
33 (74,75,76)	Melhorar relacionamento; Desabafar; Confiar mais nos outros.
35 (77,78,79)	Cura do filho; Cura da mulher; Harmonia familiar.
35 (80)	Sentir-se melhor.
36 (81,82,83)	Voltar a ter confiança; Gerir pensamentos; Melhorar a tristeza.
37 (84,85)	Desabafar; Sentir alívio.
38 (86,87,88)	Mais confiança; Reduzir ansiedade; Melhorar relação com o filho.
39 (89,90,91)	Ultrapassar o trauma; Desabafar; Sentir-se bem.

40 (92,93,94)	Elevar a autoestima;
	Propósito de vida:
	Deixar de procrastinar.
41 (95,96,97,98)	Trabalhar a culpa;
	Insegurança;
	Autoestima;
	Seguir com os objetivos de vida.
42 (99,100)	Saber a vocação;
	Sentir-se feliz.
43 (101,102)	Insónias;
	Pensamentos intrusivos.
44 (103,104,105)	Desprender-se do passado;
	Controlar ansiedade;
	Mais confiança.
45 (106)	Avaliação
46 (107,108,109)	Paz;
	Angústia;
	Maus pensamentos.
47 (110,111,112)	Maior capacidade reflexão;
	Melhor autoconhecimento;
	Melhor interação com os outros.
48 (113,114)	Melhorar a ansiedade;
	Mais alegria.
49 (115,116,117)	Tranquilidade;
	Autoconhecimento;
	Melhorar qualidade de vida.
50 (118,119)	Foco nos objetivos;
	Estabilidade.
51 (120,121,122)	Ficar menos incomodada por implicações de outros;
	Sentir-me menos culpada por situações que não são da minha responsabilidade;
	Respeitar-me e aos meus valores mais.
52 (123,124,125)	Autoconhecimento;
	Autoconfiança;
	Saber ter decisões.
53 (126,127,128)	Mudança para melhor da situação profissional;
	Descobrir a personalidade adequada;
	Melhoria na fala e conversa com outros.
54 (129,130)	Diminuir stresse;
	Diminuir/controlar ataques de pânico
55 (131,132)	Equilíbrio emocional;
	Deixar de fumar.
56 (133,134,135)	Ser mais feliz na minha pele;
	Saber lidar com ansiedade;
	Sentir-me mais realizada.
57 (136,137,138)	Ter confiança em mim;
	Sentir-se mais valorizada;
	Melhor relação marido.

ETAPA 2: Agrupar expectativas em códigos iniciais

Participante	Expectativas	Códigos Iniciais
1	Ser feliz;	BE
	Parar de ser negativa;	RS
	Diminuir a ansiedade e o stresse.	RS
2	Equilíbrio;	BE
	Melhor raciocínio;	RS
	Menos stress.	RS
3	Perder ansiedade;	RS
	Dormir sem medicamentos;	RS
	Ter confiança.	MI
4	Ter alegria;	BE
	Cabeça no sítio;	RS
	Resolução de problemas.	RS
5	Procura de soluções para a vida futura.	MI
6	Sentir-se otimista;	BE
	Controlo;	MI
	Sentir-se melhor.	BE
7	Sentir-se melhor;	BE
	Menos ansiedade;	RS
	Sentir-se otimista.	BE
8	Desabafar;	V
	Mudança.	-
9	Problema com álcool.	MI
10	Confirmar diagnóstico.	A
11	Relacionar-se melhor;	RO
	Controlo emocional.	RS
12	Sentir-se melhor.	BE
13	Bem-estar familiar.	BE
14	Sentir-se bem;	BE
	Ajuda;	-
	Melhorar relacionamentos.	RO
15	Controlo emocional;	MI
	Melhorar ansiedade;	RS
	Autoconhecimento.	DP
16	Resolver problemas do passado;	MI
	Aconselhar-se;	-
	Sentir-se melhor.	BE
17	Melhorar relacionamentos;	RO
	Ter mais confiança;	MI
	Melhorar.	RS
18	Menos ansiedade;	RS
	Melhorar.	RS

19	Melhorar.	RS
20	Autoestima;	MI
	Melhorar.	RS
21	Sentir-se melhor;	BE
	Voltar a sentir alegria.	RS
22	Ultrapassar traumas do passado;	MI
	Acreditar mais em mim.	MI
23	Mais positividade;	RS
	Sono tranquilo;	RS
	Conhecer-se melhor.	DP
24	Sentir-se melhor;	BE
	Melhorar a angústia;	RS
	Superar traumas do passado.	MI
25	Insegurança;	MI
	Ansiedade.	RS
26	Melhorar autoconfiança;	MI
	Impulsividade;	MI
	Melhorar relacionamentos.	RO
27	Trabalhar a culpa;	MI
	Insegurança;	MI
	Autoestima.	MI
28	Lidar com pensamentos intrusivos.	RS
29	Controlo e gestão de emoções;	MI
	Bem-estar;	BE
	Autoestima.	MI
30	Compreender o fim do relacionamento.	DP
31	Mais confiança;	MI
	Sentir-se mais valorizada;	DP
	Melhorar relação.	RO
32	Paz;	BE
	Alegria;	BE
	Felicidade;	BE
33	Melhorar relacionamento;	RO
	Desabafar;	V
	Confiar mais nos outros.	MI
35	Cura do filho;	BE
	Cura da mulher;	BE
	Harmonia familiar.	BE
35	Sentir-se melhor.	BE
36	Voltar a ter confiança;	MI
	Gerir pensamentos;	MI
	Melhorar a tristeza.	RS
37	Desabafar;	V
	Sentir alívio.	RS
38	Mais confiança;	MI
	Reduzir ansiedade;	RS
	Melhorar relação com o filho.	RO
39	Ultrapassar o trauma;	MI
	Desabafar;	V
	Sentir-se bem.	BE

40	Elevar a autoestima;	MI
	Propósito de vida:	BE
	Deixar de procrastinar.	MI
41	Trabalhar a culpa;	MI
	Insegurança;	MI
	Autoestima;	MI
	Seguir com os objetivos de vida.	MI
42	Saber a vocação;	A
	Sentir-se feliz.	BE
43	Insónias;	RS
	Pensamentos intrusivos.	RS
44	Desprender-se do passado;	MI
	Controlar ansiedade;	RS
	Mais confiança.	MI
45	Avaliação	A
46	Paz;	BE
	Angústia;	RS
	Maus pensamentos.	RS
47	Maior capacidade reflexão;	MI
	Melhor autoconhecimento;	DP
	Melhor interação com os outros.	RO
48	Melhorar a ansiedade;	RS
	Mais alegria.	RS
49	Tranquilidade;	BE
	Autoconhecimento;	DP
	Melhorar qualidade de vida.	BE
50	Foco nos objetivos;	MI
	Estabilidade.	BE
51	Ficar menos incomodada por implicações de outros;	MI
	Sentir-me menos culpada por situações que não são da minha responsabilidade;	MI
	Respeitar-me e aos meus valores mais.	DP
52	Autoconhecimento;	MI
	Autoconfiança;	MI
	Saber ter decisões.	MI
53	Mudança para melhor da situação profissional;	-
	Descobrir a personalidade adequada;	A
	Melhoria na fala e conversa com outros.	RO
54	Diminuir stresse;	RS
	Diminuir/controlar ataques de pânico	RS
55	Equilíbrio emocional;	BE
	Deixar de fumar.	RS
56	Ser mais feliz na minha pele;	DP
	Saber lidar com ansiedade;	RS
	Sentir-me mais realizada.	DP
57	Ter confiança em mim;	MI
	Sentir-se mais valorizada;	DP
	Melhor relação marido.	RO

(7 códigos iniciais)

ETAPA 3: Agrupar códigos iniciais em temas

Expectativas	Códigos Iniciais	Temas
Ser feliz;	BE	T
Parar de ser negativa;	RS	V
Diminuir a ansiedade e o stresse.	RS	H
Equilíbrio;	BE	T
Melhor raciocínio;	RS	H
Menos stress.	RS	H
Perder ansiedade;	RS	H
Dormir sem medicamentos;	RS	H
Ter confiança.	MI	V
Ter alegria;	BE	V
Cabeça no sítio;	RS	H
Resolução de problemas.	RS	H
Procura de soluções para a vida futura.	MI	V
Sentir-se otimista;	BE	T
Controlo;	MI	V
Sentir-se melhor.	BE	T
Sentir-se melhor;	BE	T
Menos ansiedade;	RS	H
Sentir-se otimista.	BE	T
Desabafar;	V	H
Mudança.	-	V
Problema com álcool.	MI	V
Confirmar diagnóstico.	A	H
Relacionar-se melhor;	RO	H
Controlo emocional.	RS	V
Sentir-se melhor.	BE	T
Bem-estar familiar.	BE	T
Sentir-se bem;	BE	T
Ajuda;	-	V
Melhorar relacionamentos.	RO	H
Controlo emocional;	MI	V
Melhorar ansiedade;	RS	H
Autoconhecimento.	DP	V
Resolver problemas do passado;	MI	V
Aconselhar-se;	-	H
Sentir-se melhor.	BE	T
Melhorar relacionamentos;	RO	H
Ter mais confiança;	MI	V
Melhorar.	RS	H
Menos ansiedade;	RS	H
Melhorar.	RS	H

Melhorar.	RS	H
Autoestima;	MI	V
Melhorar.	RS	H
Sentir-se melhor;	BE	T
Voltar a sentir alegria.	RS	V
Ultrapassar traumas do passado;	MI	V
Acreditar mais em mim.	MI	V
Mais positividade;	RS	T
Sono tranquilo;	RS	H
Conhecer-se melhor.	DP	V
Sentir-se melhor;	BE	T
Melhorar a angústia;	RS	H
Superar traumas do passado.	MI	V
Insegurança;	MI	V
Ansiedade.	RS	H
Melhorar autoconfiança;	MI	V
Impulsividade;	MI	V
Melhorar relacionamentos.	RO	H
Trabalhar a culpa;	MI	V
Insegurança;	MI	V
Autoestima.	MI	V
Lidar com pensamentos intrusivos.	RS	H
Controlo e gestão de emoções;	MI	V
Bem-estar;	BE	T
Autoestima.	MI	V
Compreender o fim do relacionamento.	DP	V
Mais confiança;	MI	V
Sentir-se mais valorizada;	DP	V
Melhorar relação.	RO	H
Paz;	BE	T
Alegria;	BE	T
Felicidade;	BE	T
Melhorar relacionamento;	RO	H
Desabafar;	V	H
Confiar mais nos outros.	MI	V
Cura do filho;	BE	H
Cura da mulher;	BE	H
Harmonia familiar.	BE	H
Sentir-se melhor.	BE	T
Voltar a ter confiança;	MI	V
Gerir pensamentos;	MI	H
Melhorar a tristeza.	RS	H
Desabafar;	V	H
Sentir alívio.	RS	H
Mais confiança;	MI	V
Reduzir ansiedade;	RS	H
Melhorar relação com o filho.	RO	H
Ultrapassar o trauma;	MI	V
Desabafar;	V	H
Sentir-se bem.	BE	T

Elevar a autoestima;	MI	V
Propósito de vida:	BE	T
Deixar de procrastinar.	MI	H
Trabalhar a culpa;	MI	V
Insegurança;	MI	V
Autoestima;	MI	V
Seguir com os objetivos de vida.	MI	T
Saber a vocação;	A	H
Sentir-se feliz.	BE	T
Insónias;	RS	H
Pensamentos intrusivos.	RS	H
Desprender-se do passado;	MI	V
Controlar ansiedade;	RS	H
Mais confiança.	MI	V
Avaliação	A	H
Paz;	BE	T
Angústia;	RS	H
Maus pensamentos.	RS	H
Maior capacidade reflexão;	MI	V
Melhor autoconhecimento;	DP	V
Melhor interação com os outros.	RO	H
Melhorar a ansiedade;	RS	H
Mais alegria.	RS	H
Tranquilidade;	BE	T
Autoconhecimento;	DP	V
Melhorar qualidade de vida.	BE	T
Foco nos objetivos;	MI	H
Estabilidade.	BE	T
Ficar menos incomodada por implicações de outros;	MI	V
Sentir-me menos culpada por situações que não são da minha responsabilidade;	MI	V
Respeitar-me e aos meus valores mais.	DP	V
Autoconhecimento;	MI	V
Autoconfiança;	MI	V
Saber ter decisões.	MI	V
Mudança para melhor da situação profissional;	-	H
Descobrir a personalidade adequada;	A	V
Melhoria na fala e conversa com outros.	RO	H
Diminuir stresse;	RS	H
Diminuir/controlar ataques de pânico	RS	H
Equilíbrio emocional;	BE	T
Deixar de fumar.	RS	H
Ser mais feliz na minha pele;	DP	V
Saber lidar com ansiedade;	RS	H
Sentir-me mais realizada.	DP	T
Ter confiança em mim;	MI	V
Sentir-se mais valorizada;	DP	V
Melhor relação marido.	RO	H

TEMAS:

Nível Transcendental: expectativas marcadas por movimento “aqui” e “lá” / “presente” e “ideal” (e.g., ser feliz, sentir-me melhor, bem-estar familiar)

Nível Horizontal: expectativas marcadas pela procura da resposta imediata, na vivência do “aqui e agora” (e.g., diminuir a ansiedade e o stresse, desabafar, melhorar relacionamentos)

Nível Vertical: expectativas marcadas por movimento para baixo (no “aqui e agora”), de mistura do antes e do depois (e.g., controlo emocional, conhecer-se melhor, ter mais confiança)

Código Inicial	Tema
Avaliação (A)	Nível Horizontal (H)
Bem-Estar/Felicidade (BE)	Nível Transcendental (T)
Desenvolvimento Pessoal (DP)	Nível Vertical (V)
Mudança Interna (MI)	Nível Vertical (V)
Redução Sintomática (RS)	Nível Horizontal (H)
Relação com os Outros (RO)	Nível Horizontal (H)
Ventilação (V)	Nível Horizontal (H)

Expectativas de Resultado Pré-Tratamento e Abandono Precoce (*Dropout*) em
Psicoterapia

ANEXO 4

Análise temática das expectativas com agrupamento dos códigos iniciais em temas
“latentes”

ANEXO 4: Calcular acordo entre investigadores

TEMA	
Nível Transcendental: expectativas marcadas por movimento “aqui” e “lá” / “presente” e “ideal” (e.g., ser feliz, sentir-me melhor, bem-estar familiar)	T
Nível Horizontal: expectativas marcadas pela procura da resposta imediata, na vivência do “aqui e agora” (e.g., diminuir a ansiedade e o stress, desabafar, melhorar relacionamentos)	H
Nível Vertical: expectativas marcadas por movimento para baixo (no “aqui e agora”), de mistura do antes e do depois (e.g., controlo emocional, conhecer-se melhor, ter mais confiança)	V

Participante	Expectativas	Investigador Principal	Investigador Independente#1	Investigador Independente#2
		TEMA	TEMA	TEMA
1	Ser feliz;	T	T	T
	Parar de ser negativa;	V	V	V
	Diminuir a ansiedade e o stress.	H	H	H
2	Equilíbrio;	T	T	T
	Melhor raciocínio;	H	H	V
	Menos stress.	H	H	H
3	Perder ansiedade;	H	H	V
	Dormir sem medicamentos;	H	H	V
	Ter confiança.	V	V	V
4	Ter alegria;	V	V	V
	Cabeça no sítio;	H	H	V
	Resolução de problemas.	H	H	H
5	Procura de soluções para a vida futura.	V	V	V
6	Sentir-se otimista;	T	T	T
	Controlo;	V	V	V
	Sentir-se melhor.	T	T	T
7	Sentir-se melhor;	T	T	T
	Menos ansiedade;	H	H	H
	Sentir-se otimista.	T	T	T
8	Desabafar;	H	H	H
	Mudança.	V	H	V
9	Problema com álcool.	V	V	V
10	Confirmar diagnóstico.	H	H	H
11	Relacionar-se melhor;	H	H	H
	Controlo emocional.	V	V	V
12	Sentir-se melhor.	T	T	T

13	Bem-estar familiar.	T	T	T
14	Sentir-se bem;	T	T	T
	Ajuda;	V	H	H
	Melhorar relacionamentos.	H	H	H
15	Controlo emocional;	V	V	V
	Melhorar ansiedade;	H	H	H
	Autoconhecimento.	V	V	V
16	Resolver problemas do passado;	V	V	V
	Aconselhar-se;	H	H	H
	Sentir-se melhor.	T	T	T
17	Melhorar relacionamentos;	H	H	H
	Ter mais confiança;	V	V	V
	Melhorar.	H	H	H
18	Menos ansiedade;	H	H	H
	Melhorar.	H	H	H
19	Melhorar.	H	H	H
20	Autoestima;	V	V	V
	Melhorar.	H	H	H
21	Sentir-se melhor;	T	T	T
	Voltar a sentir alegria.	V	V	V
22	Ultrapassar traumas do passado;	V	V	V
	Acreditar mais em mim.	V	V	V
23	Mais positividade;	T	T	T
	Sono tranquilo;	H	H	H
	Conhecer-se melhor.	V	V	V
24	Sentir-se melhor;	T	T	T
	Melhorar a angústia;	H	H	H
	Superar traumas do passado.	V	V	V
25	Insegurança;	V	V	V
	Ansiedade.	H	H	H
26	Melhorar autoconfiança;	V	V	V
	Impulsividade;	V	V	V
	Melhorar relacionamentos.	H	H	H
27	Trabalhar a culpa;	V	V	V
	Insegurança;	V	V	V
	Autoestima.	V	V	V
28	Lidar com pensamentos intrusivos.	H	H	H
29	Controlo e gestão de emoções;	V	V	V
	Bem-estar;	T	T	T
	Autoestima.	V	V	V
30	Compreender o fim do relacionamento.	V	H	V
31	Mais confiança;	V	V	V
	Sentir-se mais valorizada;	V	V	V
	Melhorar relação.	H	H	H

32	Paz;	T	T	T
	Alegria;	T	T	T
	Felicidade;	T	T	T
33	Melhorar relacionamento;	H	H	H
	Desabafar;	H	H	H
	Confiar mais nos outros.	V	V	H
35	Cura do filho;	H	H	H
	Cura da mulher;	H	H	H
	Harmonia familiar.	H	T	H
35	Sentir-se melhor.	T	T	T
36	Voltar a ter confiança;	V	V	V
	Gerir pensamentos;	H	H	H
	Melhorar a tristeza.	H	H	H
37	Desabafar;	H	H	H
	Sentir alívio.	H	H	H
38	Mais confiança;	V	V	V
	Reduzir ansiedade;	H	H	H
	Melhorar relação com o filho.	H	H	H
39	Ultrapassar o trauma;	V	V	V
	Desabafar;	H	H	H
	Sentir-se bem.	T	T	T
40	Elevar a autoestima;	V	V	V
	Propósito de vida:	T	T	T
	Deixar de procrastinar.	H	H	H
41	Trabalhar a culpa;	V	H	V
	Insegurança;	V	V	V
	Autoestima;	V	V	V
	Seguir com os objetivos de vida.	T	T	T
42	Saber a vocação;	H	H	H
	Sentir-se feliz.	T	T	T
43	Insónias;	H	H	H
	Pensamentos intrusivos.	H	H	H
44	Desprender-se do passado;	V	V	V
	Controlar ansiedade;	H	H	H
	Mais confiança.	V	V	V
45	Avaliação	H	H	H
46	Paz;	T	T	T
	Angústia;	H	H	H
	Maus pensamentos.	H	H	H
47	Maior capacidade reflexão;	V	H	V
	Melhor autoconhecimento;	V	V	V
	Melhor interação com os outros.	H	H	H
48	Melhorar a ansiedade;	H	H	H
	Mais alegria.	H	H	V
49	Tranquilidade;	T	T	T
	Autoconhecimento;	V	T	V
	Melhorar qualidade de vida.	T	V	T

50	Foco nos objetivos;	H	H	H
	Estabilidade.	T	T	V
51	Ficar menos incomodada por implicações de outros;	V	H	V
	Sentir-me menos culpada por situações que não são da minha responsabilidade;	V	H	V
	Respeitar-me e aos meus valores mais.	V	V	V
52	Autoconhecimento;	V	V	V
	Autoconfiança;	V	V	V
	Saber ter decisões.	V	V	V
53	Mudança para melhor da situação profissional;	H	H	H
	Descobrir a personalidade adequada;	V	T	V
	Melhoria na fala e conversa com outros.	H	H	H
54	Diminuir stresse;	H	H	H
	Diminuir/controlar ataques de pânico	H	H	H
55	Equilíbrio emocional;	T	T	V
	Deixar de fumar.	H	H	H
56	Ser mais feliz na minha pele;	V	T	V
	Saber lidar com ansiedade;	H	H	H
	Sentir-me mais realizada.	T	T	T
57	Ter confiança em mim;	V	V	V
	Sentir-se mais valorizada;	V	V	V
	Melhor relação marido.	H	H	H