



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA, MARCADORES
DESENVOLVIMENTAIS DA PSICOPATOLOGIA E ESTADO DO
PROCESSO TERAPÊUTICO- CASOS FINALIZADOS E DE
DROPOUT

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Carolina Verdelho Fontoura Nogueira

Porto, junho de 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA, MARCADORES
DESENVOLVIMENTAIS DA PSICOPATOLOGIA E ESTADO DO
PROCESSO TERAPÊUTICO- CASOS FINALIZADOS E DE
DROPOUT

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Carolina Verdelho Fontoura Nogueira

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Vânia Sousa Lima

Porto, junho de 2019

Agradecimentos

Agradeço em primeiro, à minha orientadora, Professora Doutora Vânia Sousa Lima, por todo o seu apoio, incentivo, dedicação, empenho, alegria e ajuda neste longo caminho que foi a realização da dissertação. Obrigada por me ter ensinado tanto, por contribuir para a minha construção a cada aula sua que passava e para as quais eu não queria ver o término. Obrigada por ser um marco fundamental em todo o meu processo de crescimento. Porque para ser “psi desta vida” são precisas referências, a minha é e será sempre a Professora.

Agradeço às maiores dádivas que a vida me deu, os meus Pais. Mãe, tu foste o pilar de tudo isto, desde o primeiro ao último dia. Leste tanto, corrigiste tanto, dedicaste-te tanto para que o meu percurso fosse feliz. Para ti não há palavras, porque um obrigada é tão pouco. Pai, tu foste o apoio escondido, que me confortou naqueles momentos de maior desassossego. Vocês são este caminho, são este projeto, são os amores de todas as minhas vidas e por tudo, Muito Obrigada!

Agradeço à minha Avó São e ao meu Avô Serafim, por todo o carinho e conforto que me transmitiram ao longo de todo este percurso. Por acreditarem em mim como ninguém e pelas inúmeras manifestações de orgulho.

Agradeço a minha amiga de sempre e para sempre, Daniela, obrigada por estares sempre presente ao longo de todo este processo e ao longo da minha vida. Obrigada por seres a minha “consciência” nos momentos de indecisão. Juntas somos mais fortes.

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Dias, pela total disponibilidade no fornecimento de material para a concretização deste projeto, pois sem a sua ajuda não seria possível.

Agradeço ao Dr^o. Acácio Espírito Santo por ao longo de todo o meu percurso académico me ter ajudado a criar mecanismos para que tudo se tornasse mais fácil. Obrigada pela ajuda nas tomadas de decisões difíceis em que o seu apoio e sabedoria foram fundamentais. Se a escolha de uma profissão depende de vários fatores, a minha deveu-se muito a si e por isso obrigada.

Agradeço à Professora Doutora Paula Odete Fernandes, pela sua preciosa ajuda na concretização desta dissertação, pela sua disponibilidade total, pelo apoio e pelo carinho.

Agradeço ao Renato, por todo o apoio incondicional por conseguir fazer-me rir quando mais ninguém o conseguia, por ser o meu maior conforto e um porto seguro na minha vida. Que assim seja sempre.

Agradeço às minhas companheiras desta aventura dos últimos 5 anos, Joana e Sara. Obrigada Ju pelos telefonemas sem fim, pela tua compreensão, disponibilidade e sentido de humor com que encaras as fases mais difíceis, és a minha “máquina” de resolução de problemas! Obrigada Sarinha, pela tua tranquilidade e carinho, a fofura reina em ti. Sem vocês certamente seria muito mais difícil.

Agradeço à Sofia por todo o seu apoio e por ter sido a pessoa mais divertida que conheci e com a qual mais ri ao longo deste ano. Obrigada por nos primórdios deste estudo teres sido a minha ajuda mais preciosa.

Agradeço à minha amiga Bia por todos estes anos cheios de alegria, sintonia e companheirismo. Por todos os momentos bons e menos bons, por todas as aulas, por todos os trabalhos, por todas as dificuldades e por sempre nos mantermos assim, unidas!

Quero também agradecer a todas as pessoas que indiretamente e não sendo aqui mencionadas individualmente, contribuíram para a realização deste projeto e o tornaram assim possível. Obrigada por todo o apoio e carinho.

Resumo

Este estudo, adotando a matriz da psicopatologia do desenvolvimento, pretende explorar a relação entre a sintomatologia psicopatológica, Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia e estado do processo terapêutico distinguidos entre casos finalizados e casos de *dropout*. Assim, a amostra conta com 45 participantes cuja sintomatologia psicopatológica foi avaliada no início do processo terapêutico. Para esta avaliação os participantes preencheram o BSI e o Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia – PAMaDeP.

Os resultados permitiram concluir que, de uma forma geral, não existem diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica e de Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia em casos finalizados e de *dropout*, sendo encontradas diferenças em três dimensões do BSI (*Ansiedade, Ansiedade fóbica e Somatização*). De modo análogo não são significativas as correlações entre a sintomatologia psicopatológica geral e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia, sendo sim, quando consideradas dimensões específicas do BSI.

Palavras-Chave: Psicopatologia do Desenvolvimento, Sintomatologia Psicopatológica, Processo Terapêutico, *Dropout*.

Abstract

This study, adopting a psychopathological matrix of development, objectively explores the relation between symptomatic psychopathology, developmental markers of psychopathology and the state of the therapeutic process found in the finalized cases of *dropout*. The studied sample, accounts for 45 participants in which the symptomatic psychopathology is rated in the beginning of the therapeutic process. For this evaluation, the participants filled in the BSI and the Evaluation of Psychopathologic Development Markers Protocol – PAMaDeP.

The results allowed to conclude that, in a generic form, there aren't any differences in the symptomatic psychopathology and the developmental markers of psychopathology in the finalized cases and cases of *dropout*. Differences were noted in three dimensions of BSI (*Anxiety, Phobic Anxiety and Somatization*). Similarly there aren't any significant correlations between general symptomatic psychopathology and the developmental psychopathologic markers, only showing up when considering specific dimensions of BSI.

Key-Words: Developmental Psychopathology, Psychopathologic Symptomatic Therapeutic Process, *Dropout*

Índice

Resumo	v
Abstract	vi
Lista de Tabelas	8
Lista de Abreviaturas	9
Introdução	10
Enquadramento Teórico	11
Método	19
Objetivos	19
Amostra/Participantes	20
Instrumentos	21
Ficha de Pedido de Consulta.....	21
BSI	21
PAMaDeP	22
Procedimentos.....	23
Procedimentos de Recolha de dados.....	23
Procedimentos de Análise de Dados	23
Resultados	25
Discussão dos Resultados	31
Limitações, Implicações Clínicas e Propostas de Investigação Futura	39
Referências Bibliográficas	41

Lista de Tabelas

Tabela 1- Sintomatologia psicopatológica em casos finalizados e *dropout* no início do processo terapêutico

Tabela 2- Intensidade da sintomatologia nas diferentes dimensões do BSI

Tabela 3- Estado do processo terapêutico e marcadores desenvolvimentais no questionário “Forma mãe” do PAMaDeP.

Tabela 4- Estado do processo terapêutico e marcadores desenvolvimentais no questionário “Forma Pai” do PAMaDeP.

Tabela 5- Estado do processo terapêutico e marcadores desenvolvimentais do questionário “Quando era pequeno” do PAMaDeP.

Tabela 6- Correlação entre o IGS do BSI e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia

Tabela 7- Correlação entre as dimensões do BSI e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia.

Tabela 8- Correlação entre os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia

Tabela 9- Associação entre as variáveis sociodemográficas e o estado do processo terapêutico

Lista de Abreviaturas

BSI - Brief Symptom Inventory

IGS - Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

MID – Modelos Internos Dinâmicos

PAMaDeP - Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na
Psicopatologia

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TSP – Total de Sintomas Positivos

ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

ZDPT - Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica

Introdução

A psicopatologia do desenvolvimento pode ser definida como um desvio desenvolvimental, resultante de uma série sucessiva de inaptações (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999), sendo importante perceber de que modo o desenvolvimento vai sendo afetado pelas mesmas. Vários estudos demonstram que existe uma continuidade de alguns problemas entre a infância, adolescência e idade adulta, e que grande parte dos adultos com perturbações mentais já apresentava sintomas na adolescência (Kim-Cohen et al., 2003). Estes dados tornam pertinente a adoção de uma leitura desenvolvimental da psicopatologia em contexto terapêutico. Assim, o principal objetivo deste estudo é o de perceber a relação entre sintomatologia psicopatológica, Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia e estado do processo terapêutico, distinguidos entre casos finalizados e casos de *dropout*.

Em acréscimo ao exposto, este estudo assenta a sua pertinência na escassez de estudos que relacionem o estado do processo terapêutico com a presença de sintomatologia psicopatológica e na relevância em estudar fenómenos relacionados com o processo terapêutico, visando a melhoria da qualidade do atendimento à saúde mental dos indivíduos (Castro, 1999). Adicionalmente, é também de extrema importância perceber até que ponto existem diferenças entre os casos finalizados e os casos de *dropout*, ao nível dos Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia para que se torne mais claro em que medida o percurso desenvolvimental está associado a estas questões e deste modo realizar intervenções mais eficazes em contexto clínico.

Enquadramento Teórico

No âmbito desta investigação, considerando as variáveis em estudo, o presente enquadramento teórico tem como grelha conceptual a Psicopatologia do Desenvolvimento. Adotando esta grelha, explorar-se-á a relação entre sintomatologia psicopatologia, Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia e estado do processo terapêutico.

A definição de psicopatologia, de acordo com uma análise etimológica, deriva do grego *Psykhé*+ *Pathos*+ *Logos*: sendo que *Psykhé* significa alma, *Pathos* corresponde a doença e *Logos* significa o estudo (Cheniaux, 2005), o que desde logo evidencia que a definição de sintomatologia psicopatológica se afigura como uma tarefa complexa, sendo diversos os posicionamentos sobre a mesma. Deste modo, importa sublinhar a relevância do sintoma, considerado sinónimo de indício e sinal da existência de alguma problemática.

A psicopatologia do desenvolvimento é uma das possíveis lentes através da qual a psicopatologia pode ser conceptualizada. Partindo deste ponto, sabe-se que o desenvolvimento é o resultado de múltiplos fatores, não apenas genéticos e ambientais, mas também da história cumulativa do indivíduo, que influenciará a evolução do seu desenvolvimento (Sroufe, 2007).

A psicopatologia do desenvolvimento tenta perceber as diferentes interações entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e contextuais no desenvolvimento normativo e não-normativo dos indivíduos ao longo do ciclo de vida, através de processos que conduzem a resultados desenvolvimentais adaptativos e não-adaptativos (Cicchetti & Toth, 2009) e, como tal, exige uma abordagem multidisciplinar, multi-contextual e multicultural da realidade desenvolvimental (Masten, 2014) e assenta na assumpção de que as relações afetivas e sociais mais precoces, que continuam ao longo da vida, influenciam as estruturas cognitivas e emocionais, bem como a organização do comportamento, no contexto intrapessoal e interpessoal (Bowlby, 1944; Goldberg, 1997; Sroufe et al., 1999).

Numa fase inicial, o destaque no processo de desenvolvimento era utilizado para compreender os problemas de saúde mental da infância (Rutter, 1984). Ao longo do tempo vários estudos mostraram que existe uma continuidade de alguns problemas entre a infância, adolescência e idade adulta, e que grande parte dos adultos com perturbações mentais já apresentava sintomatologia na adolescência (Kim-Cohen et al., 2003). Face a tal, a psicopatologia do desenvolvimento assume que existe uma continuidade no

processo de desenvolvimento da psicopatologia, ou seja, o efeito de experiências prévias pode tornar-se crucial ao longo do desenvolvimento. Segundo Guidano (1991), na origem da psicopatologia estão esquemas cognitivos disfuncionais, cujo início se encontra nas relações precoces e na história das experiências durante a vida dos indivíduos. Deste modo, o surgimento de uma organização pessoal de significado radica das interações precoces, permitindo que a multiplicidade das experiências conflua para a construção de um sentido de si próprio dito “normal”, mas também que poderá originar padrões disfuncionais (Guidano, 1991), justificando a relevância de descontinuidades no processo de desenvolvimento (Sroufe & Rutter, 1984).

Este posicionamento permite a adoção da teoria da vinculação como matriz conceptual da psicopatologia. Segundo Bowlby (1984), as relações de vinculação estão presentes ao longo de todo o ciclo de vida, constituindo-se a base segura como transversal ao desenvolvimento. Ainsworth (1991) considerou o fenómeno de base segura como o elemento central e fulcral da vinculação ao longo da vida, mencionando que uma relação de vinculação segura é aquela que facilita o funcionamento e competência fora dessa mesma relação. A partir das experiências precoces com as figuras primárias de vinculação, o indivíduo organiza conhecimentos e expectativas, construídos a partir das diversas interações com as figuras representativas (Bowlby, 1969). Os modelos internos dinâmicos (MID) constituem-se como guias para a interpretação das experiências e para a orientação dos comportamentos de vinculação (Soares, 2007). Estes permitem, inicialmente, compreender e prever o comportamento da figura de vinculação e, ao longo da vida, serão utilizados como guias comportamentais, constituindo a base para a interpretação de experiências relacionais (Canavarro, Dias & Lima, 2006). As diferenças individuais na organização da vinculação foram empiricamente identificadas no contexto de interação entre a criança e a figura de vinculação, que possibilitaria a construção destes modelos. Ainda que sejam relativamente estáveis e possam atuar automaticamente e influenciar expectativas e comportamentos nas relações posteriormente estabelecidas (Bretherton, 1985), foram definidos como dinâmicos. Esta designação confere a possibilidade de estes serem reformulados no contexto de experiências de vinculação significativas, possibilitando novas conceções sobre as experiências passadas, permitindo a mudança ao longo do ciclo de vida. Os MID, enquanto organizadores mentais da experiência, permitem a compreensão dos seus efeitos longitudinais no desenvolvimento adaptativo e/ou inadaptativo (Faria, Lima & Soares, 2013), em dimensões diversas como sejam indivíduos com uma história de relações de vinculação segura, em que foram

construídas representações positivas do próprio e dos outros, e indivíduos com história de vinculação insegura, que tendem a construir o *self* e o mundo como imprevisíveis, marcados, por exemplo, pela desconfiança (Bowlby, 1973), podendo tal constituir-se como marcadores desenvolvimentais de psicopatologia. Abraham, Wei, Mallinckrodt e Russel (2004) e Santos (2004), demonstraram que existe uma ligação entre vinculação insegura e diferentes formas de psicopatologia. Por outro lado, a vinculação segura está negativamente relacionada com vários indicadores de mal-estar psicológico (Costa, Figueiredo & Pacheco, 2003), (como descrito adiante), indicando que a qualidade da vinculação tem impacto no comportamento e bem-estar dos indivíduos em diversos momentos e vários domínios da sua trajetória desenvolvimental.

Um padrão de vinculação seguro está associado a uma interação que se caracteriza por proteção e conforto por parte da figura de vinculação em ocasiões hostis para a criança. Quanto aos padrões “inseguros” (evitante e ambivalente) estes emergem em contextos de interação em que o comportamento de vinculação da criança é contínuo, respectivamente, de rejeição ou inconsistência, por parte da figura de vinculação. Para diminuir a ansiedade criada por estas situações, a criança desenvolve respostas de hipo e hiperativação do sistema de vinculação, consideradas adaptativas ao contexto existente, mas potencialmente desadequadas fora do círculo desta relação particular, uma vez que põem em causa o sistema comportamental de exploração. Este sistema diz respeito aos movimentos de autonomia, procura, aprendizagem e exploração do meio circundante, de acordo com a segurança sentida em relação à(s) figura(s) de vinculação (Veiga-Correia, 2012).

Na idade adulta, indivíduos seguros, em comparação com indivíduos inseguros, revelam valores mais baixos de *stress*, usam estratégias defensivas mais adequadas e são menos impulsivos, manifestando reações emocionais menos intensas (Muderrisoglu, 1999). Os adultos com estilo de vinculação seguro tendem a produzir um maior número de comportamentos de exploração (Green & Campbell, 2000). Sujeitos com vinculação segura são também descritos como tendo representações de si e dos outros mais complexas e integradas, assim como uma associação negativa entre vinculação segura e vários indicadores de mal-estar psicológico: depressão (Levy, 2000; Searle, 1998), agressividade (Jordan, 2000), raiva e ansiedade (Searle, 1998). Waldron (1995), por sua vez, encontrou correlações significativas entre um padrão de vinculação seguro e uma melhor percepção do suporte social.

Parece lícito considerar que a representação que o adulto tem sobre a qualidade das relações precoces que estabeleceu com as figuras de vinculação na infância seja um fator bastante significativo, devido à influência que exerce no desenvolvimento psicossocial e no possível desenvolvimento de psicopatologia. Se durante a infância as relações estabelecidas com os cuidadores forem de pouca qualidade, torna-se provável que a criança ao longo da vida tenha problemas relacionais, o que pode levar a uma maior vulnerabilidade para problemas do foro psicológico. Em oposição, a criança que estabeleceu relações positivas com os cuidadores terá uma probabilidade mais elevada de um crescimento adequado e boa saúde mental (Canavarro, 1999).

Vários estudos suportam a ideia de que as relações com essas figuras durante a infância, estão correlacionadas com a saúde mental e ajustamento psicológico dos indivíduos na idade adulta (Worley, Walsh & Lewis, 2004). Assim, perturbações nas relações precoces, não sendo sinónimo de patologia, podem funcionar como uma base de perturbação nos processos desenvolvimentais que logram conduzir à psicopatologia (Egeland & Carlson, 2004).

As narrativas sobre relações precoces de indivíduos classificadas como seguras caracterizam-se por valorização da vinculação, coerência e flexibilidade, em contraste com a vinculação insegura, cujas narrativas se caracterizam por falta de coerência (Faria, Lima & Soares, 2013). Existem diversos estudos que relacionam o tipo de vinculação com alguns marcadores desenvolvimentais de psicopatologia. Segundo Solomon, George e De Jong (1995), a desorganização da vinculação na infância evidencia progredir com frequência para um padrão controlador no final do período pré-escolar, que envolve uma inversão de papéis entre o cuidador e a criança. Main, Kaplan e Cassidy (1985) verificaram que muitas das crianças que tinham apresentado, na primeira infância, comportamentos de vinculação desorganizada revelaram comportamentos de cuidados para com a figura de vinculação ou, então, comportamentos agressivos e hostis sem razão aparente.

A investigação tem também revelado que algumas crianças expostas a cuidados parentais disfuncionais mesmo sendo colocadas junto de novos cuidadores (por exemplo, num processo de adoção), muitas delas permanecem num registo de hipervigilância e desconfiança (Lieberman, 2003; Schofield & Beek, 2005). Existem também estudos que relacionam o tipo de vinculação com sintomatologia depressiva como o trabalho de Kaslow, Rehm e Siegel (1984), com 108 crianças em idade escolar que revelou que as crianças com sintomas depressivos percecionam o ambiente familiar com mais tensão e

mais disfuncional do que as crianças sem depressão. Outros estudos de cariz longitudinal também têm evidenciado que muitas das crianças com uma história de vinculação insegura apresentam um humor mais negativo e mais sintomas de depressão do que as crianças seguras (Grossman, Grossman & Kindler, 2005).

Num estudo onde participaram 246 adolescentes caucasianos a frequentar o último ano do ensino médio e os seus pais, concluiu-se que problemas como fixação materna, ansiedade de separação e Superproteção atrasaram 1 ano a saída de casa. Existiram evidências que relacionam a Superproteção com uma maior probabilidade de o adulto emergente ainda viver em casa um ano depois de acabar o ensino obrigatório (Katrijn, Soenens, Van Petegem, & Kins, 2017).

A investigação sobre vinculação e desenvolvimento da psicopatologia tem evidenciado, no geral, a relação entre a insegurança e a desorganização da vinculação e diversos indicadores de psicopatologia (Soares, Carvalho, Dias, Rios & Silva, 2009).

Existem estudos que apresentam evidência que adolescentes com um padrão de vinculação ambivalente relataram mais dificuldades interpessoais e mais sintomas psicopatológicos (quando comparados com adolescentes com um padrão de vinculação seguro e evitante), enquanto que pré-adolescentes com um padrão de vinculação inseguro relataram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa e mais pensamentos negativos (Soares et al., 2009).

Neste sentido, os estudos de cariz longitudinal, assumem-se de maior importância para o avanço do conhecimento neste domínio, examinando a influência de fatores de ordem pessoal, familiar e social na construção destas diferentes trajetórias de desenvolvimento (in)adaptativas (Soares, Carvalho, Dias, Rios & Silva, 2009).

Resumidamente pode assumir-se, neste contexto, a psicopatologia como um desvio desenvolvimental, resultando de uma série sucessiva de inaptações. Um padrão de vinculação inseguro na infância pode começar um processo de desvio, mas a psicopatologia apenas se torna previsível se as adaptações posteriores continuarem a constituir-se como desviantes de uma trajetória adaptativa (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). Ao longo de ciclo de vida e tendo em conta aqueles que podem ser acontecimentos de vida, o recurso à psicoterapia pode ser importante independentemente daquela que foi a sua trajetória desenvolvimental.

Depois da leitura desenvolvimental, importa que nos debruçemos sobre o processo terapêutico e o fenómeno de *dropout*. Os estudos acerca do processo terapêutico são de elevada importância para a prática clínica, uma vez que possibilitam a compreensão dos elementos envolvidos nas diferentes intervenções, bem como o desenvolvimento e validação de estratégias, visando assim uma adequada prestação de cuidados de saúde mental aos indivíduos (Castro, 1999). Comparando o processo terapêutico e a terapia medicamentosa, a psicoterapia é em muitos casos tão eficaz quanto aquele, apresentando-se como mais duradoura e apresentando um menor grau de resistência (Wampold, 2007). Importa também referir que apesar de a psicoterapia ter tendência a atuar no princípio de que é possível desenvolver uma teoria geral de funcionamento humano, a complexidade do ser humano vai muito para além da simplicidade teórica da relação causal da mudança terapêutica (Goldfried, Arnkoff & Glass, 2011), sendo diversos os elementos que contribuem para a mesma, nomeadamente o *dropout*. Relativamente ao *dropout* importa conhecer como se caracteriza e perceber de que modo este influencia o processo terapêutico. Segundo Nunes e Lullier (2003) o *dropout* é percebido como o abandono ou término antecipado, por parte do cliente, do processo terapêutico sem o conhecimento ou acordo do terapeuta. Os objetivos acordados não foram cumpridos e conseqüentemente houve quebra na colaboração entre cliente e terapeuta.

Alguns autores definem o *dropout* como a não comparência à primeira sessão, tendo em conta que esta foi agendada pelo cliente (Sales, 2003). Cumulativamente, este fenómeno pode ser caracterizado por: o não alcançar um número estimado de sessões terapêuticas previstas (Beckam, 1992; Benetti & Cunha, 2008) e o não comparecimento à última sessão de psicoterapia (Fiestner & Rudestam, 1975). O *dropout* tem sido recentemente alvo de maior atenção e interesse por parte dos investigadores, visto que é um fenómeno ainda pouco estudado numa perspetiva compreensiva do processo que o desencadeia (Roe, Dekel, Harel & Fennig, 2006; Pulford, Adams & Sheridan, 2008). O abandono da psicoterapia é frequentemente considerado como um indicador de falha no tratamento, no entanto, a evidência desta relação ainda não foi estabelecida (Reich & Berman, 2018). O estudo sobre desistência (*dropout*) em psicoterapia enquadra-se nos esforços que a investigação nesta área tem vindo a desenhar, no sentido de melhor compreender a relação entre o processo terapêutico e os resultados terapêuticos (Roth & Fonagy, 2005). O estudo sobre preditores de *dropout* está relacionado com diferentes variáveis, ainda que não haja consenso quanto a um padrão específico de preditores (Lopes, Gonçalves, Sinai, & Machado, 2015).

De acordo com Klenck (2012), a desistência da psicoterapia tem sido vista como um resultado negativo, associada à ausência de melhoria percebida e à insatisfação do cliente com a terapia. Contudo, o mesmo autor concluiu a partir do seu estudo com 147 participantes, organizados em grupo de seis a oito membros, inscritos num programa de doze sessões de TCC, que nem todos os *dropouts* são casos de insucesso, ao verificar que alguns clientes que desistiram da terapia tinham obtido percentagens significativas de melhorias, tal como os clientes que continuaram na terapia.

Neste sentido, o estudo sobre os preditores tem vindo a debruçar-se sobre fatores contextuais/ambientais, fatores relacionados com o terapeuta e relacionados com o cliente (Lopes, Gonçalves, Sinai & Machado, 2015). Além destes contam-se ainda o tipo e severidade da problemática, sendo menos responsivos os clientes que padecem de condições crónicas (Clarkin & Levy, 2004; Swift & Greenberg, 2012). Por outro lado, incluem-se também os diagnósticos de perturbação alimentar e perturbação de personalidade *borderline*, esquizóide, narcísica, esquizotípica, paranóide e antissocial (Clarkin & Levy, 2004; Swift & Greenberg, 2012). A estes, adicionam-se a baixa motivação para o tratamento, a restringida prontidão para a mudança (Prochaska, 1999), a reduzida tolerância à frustração, a baixa capacidade de *insight* (Barrett et al., 2008; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993), entre outros.

Alguns fatores objetivos como a idade, o nível educacional, o diagnóstico, a necessidade de independência em relação à psicoterapia e a experiência do terapeuta, são relatados, em estudos científicos, como preditores positivos ou negativos relacionados com o maior risco de abandono durante o tratamento (Wierzbick & Pekarik 1993).

Outro fator que a investigação tem apresentado como importante na procura dos preditores é a aliança terapêutica, pois a fraca qualidade desta, especialmente na fase inicial da terapia, está associada a uma maior probabilidade de desistência por parte do cliente (Roos & Werbart, 2013; Sharf, Primavera, & Diener, 2010). A aliança terapêutica é hoje em dia identificada como um preditor moderado e poderoso dos resultados em psicoterapia (Horvath, 2013), e para que tal ocorra o terapeuta tem de estar atento a variáveis como a expectativa do cliente e o diagnóstico se existente (Coutinho, 2010).

O fenómeno do *dropout* pode acontecer quando o cliente sobrestima a capacidade do terapeuta para o ajudar, por exemplo, quando o cliente é confrontado com novos desafios ou tarefas por parte do terapeuta. O cliente ao criar expectativas elevadas sobre o terapeuta e a terapia em si, entra em desacordo com os objetivos terapêuticos pré-estabelecidos, consequentemente a aliança terapêutica tende a diminuir, podendo suceder

o abandono do processo terapêutico (Safran & Muran, 2006). Mais recentemente, a investigação em psicoterapia tem vindo a incluir, não só variáveis associadas a cada um dos elementos da díade, mas também variáveis de natureza interativa e relacional, contemplando a perspetiva de ambos sobre a experiência terapêutica (Roos & Werbart, 2013).

Atendendo a modelos sobre o processo terapêutico, nomeadamente a colaboração terapêutica, Ribeiro e colaboradores (2013), entendem a colaboração terapêutica, enquanto macroprocesso interativo, que está intimamente ligado às mudanças que vão ocorrendo ao longo do processo terapêutico. Estes autores, influenciados pelo conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) de Vygotsky (1978), fundamentaram a sua proposta no pressuposto de que os conceitos de colaboração e de mudança são de cariz desenvolvimental e estão articulados de forma dinâmica. Estes autores definem colaboração terapêutica como uma “coordenação de ações do terapeuta e do cliente, enquadrada na conversação terapêutica” (Ribeiro, 2009) e promovida pela referência à ZDP do cliente. Existem desafios que necessitam de ser reflectidos, estudados e compreendidos, como sendo, o *dropout* (Swift & Greenberg, 2012), os efeitos adversos da terapia (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Warren et al., 2010), os enviesamentos do terapeuta (Duncan, 2010, Walfish, McAlister, O’Donnell & Lambert, 2012) assim como algumas estratégias a adoptar.

Sublinhe-se que variáveis que se consideram como fundamentais da relação - como sendo, uma atitude terapêutica descrita em termos de aceitação, validação, aliança terapêutica, competências interpessoais do terapeuta e apoio - são comuns a todas as terapias (Norcross, 2002).

Nos dias de hoje, estima-se que fatores específicos contribuam apenas 15% para a melhoria dos pacientes em psicoterapia, enquanto que os fatores comuns expliquem cerca de 30% dos seus resultados, sendo a percentagem mais elevada de mudança atribuível à terapia ou terapeuta (Lambert, 2013).

Em termos históricos começou por se destacar a perspetiva do terapeuta, indo na sequência da ideia de que este seria o agente primário da terapia e só mais recentemente se direccionou a atenção sobre a perspetiva do cliente (Sackett, Lawson & Burge, 2012). Quanto à prevenção do *dropout*, Egan (2005) sugeriu que esta poderia ser favorecida através da identificação de clientes em risco de desistência, atendendo à sua experiência do processo terapêutico, desde o início do tratamento no sentido de potenciar a intervenção.

Em síntese, são vários os fatores comuns que têm recebido auxílio empírico no que toca a este tema. Destes destacam-se o apoio, empatia, *feedback*, credibilidade, foco nas emoções evitadas, expectativas de melhoria e encorajamento para enfrentar medos (Lambert, 2011). Considera-se que numa perspectiva desenvolvimental existem factores que podem associar-se a sintomas psicopatológicos e por sua vez estes associarem-se a resultados do processo terapêutico.

Método

Relativamente ao carácter da investigação, o presente estudo é de cariz quantitativo e quanto ao plano ou *design* de investigação será de *design* misto correlacional e inter-sujeitos (Martins, 2011) em consonância com os objetivos definidos, em concreto propõe avaliar a relação, associação ou correlação entre variáveis (sintomatologia psicopatologia, Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia e estado do processo terapêutico – casos de *dropout* e finalizados).

Considera-se *design* inter-sujeito, uma vez que se vai comparar o mesmo grupo de sujeitos ao nível de uma determinada variável. Neste caso perceber se existem diferenças nos casos finalizados e de *dropout*, ao nível dos marcadores desenvolvimentais dos diferentes questionários do PAMaDeP e também se existem diferenças na intensidade da sintomatologia, nas diferentes dimensões do BSI nos casos finalizados e nos casos de *dropout*.

Objetivos

Estabelece-se como objetivo geral, compreender a relação entre sintomatologia psicopatológica, Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia e estado do processo terapêutico (finalizado e *dropout*).

Como objetivos específicos do presente estudo definem-se:

1. Avaliar em que medida existem diferenças entre os níveis da sintomatologia psicopatológica (IGS do BSI) avaliado no início do processo terapêutico nos casos finalizados e nos casos de *dropout*.
2. Analisar se existem diferenças na intensidade da sintomatologia nas diferentes dimensões do BSI nos casos finalizados e nos casos de *dropout*.

3. Explorar se existem diferenças entre os casos finalizados e os casos de *dropout* ao nível dos marcadores desenvolvimentais (Rejeição, Superproteção e Inversão de Papel) dos questionários “Forma mãe” e “Forma Pai” do PAMaDeP.
4. Avaliar se existem diferenças entre os casos finalizados e os casos de *dropout* ao nível dos marcadores desenvolvimentais (Abandono, Dependência e Hiperpreocupação) do questionário “Quando era pequeno” do PAMaDeP.
5. Analisar a correlação entre o IGS e os marcadores desenvolvimentais dos diferentes questionários do PAMaDeP (Rejeição, Superproteção, Inversão de Papel, Abandono, Dependência e Hiperpreocupação)
6. Analisar a correlação entre as dimensões do BSI e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia
7. Analisar a correlação entre os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia (Rejeição, Superproteção, Inversão de Papel, Abandono, Dependência e Hiperpreocupação).
8. Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e habilitações literárias) e o estado do processo terapêutico (finalizado ou *dropout*).

Amostra/Participantes

A amostra (de cariz não probabilística) foi definida considerando indivíduos adultos cuja sintomatologia psicopatológica foi avaliada no início do processo terapêutico e cujo processo não esteja em curso. São constituintes da amostra 45 participantes dos quais 26 são mulheres (57,8%) e 19 homens (42,2%). Relativamente às idades, estas estão compreendidas entre os 18 e os 77 anos ($X=34$, $DP=13,105$). De salientar que na variável idade calculou-se a mediana porque é o indicador que divide a série ao meio e assim é possível formar uma nova variável, ficando dividida em dois grupos para melhor compreensão dos resultados. Quanto à variável habilitações literárias, foi necessário nesta variável agrupar o que se considera ensino superior e secundário para uma melhor

apresentação de resultados. Dos 45 participantes do estudo, 21 (47,7%) enquadram-se no campo do ensino secundário sendo que destes, 13 (44,8%) enquadram-se nos processos finalizados e 8 (53,3%) em casos de *dropout*. 23 (52,3%) participantes encaixam-se na categoria do ensino superior sendo que 16 (55,2%) deles finalizaram o processo terapêutico e em 7 (46,7%) participantes isso não se verificou. Um dos participantes não respondeu.

Instrumentos

1. Ficha de Pedido de Consulta

A ficha de pedido de consulta é preenchida pelo indivíduo que pretende ter uma consulta pela primeira vez e contempla dados sociodemográficos do indivíduo, como sejam idade, sexo e habilitações literárias. São também apresentadas questões de cariz clínico relacionadas com, por exemplo, se já existiu contacto prévio com a clínica, se já foi visto por algum outro psicoterapeuta e se está a tomar algum tipo de medicação.

2. Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982; traduzido e adaptado por Canavarro, 1999)

O Brief Symptom Inventory (BSI) é um inventário que avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões de sintomatologia (*Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo*) e três índices globais (índice geral de sintomas - IGS, índice de sintomas positivos - ISP e total de sintomas positivos - TSP) sendo estes índices avaliações sumárias de perturbação emocional. O BSI pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral (Canavarro, 2007). Apesar de ser um inventário de autorresposta, deverão ser dadas as instruções gerais, dando especial atenção no esclarecimento de que a escolha feita, para cada item, deverá corresponder ao que melhor descreve a forma como aquele problema o afetou nos passados sete dias. Em condições normais para o preenchimento do BSI são necessários entre oito a dez minutos. Quanto à cotação, para se obterem as pontuações para as nove dimensões, deverá somar-se os valores (0-4) obtidos em cada item de cada dimensão. A soma obtida deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à dimensão respetiva.

Os estudos de fiabilidade foram feitos através da análise da consistência interna com recurso ao alfa de *Cronbach*. Os valores globais para as nove escalas situaram-se entre .62 e .80. Quanto à validade do construto esta incluiu a análise das correlações entre os itens e a nota global. As correlações foram todas estatisticamente significativas ($p < .001$) (Canavarro, 2007).

3. Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia (Soares, Rangel-Henriques, Neves & Pinheiro, 1999)

O PAMaDeP (Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia) é um instrumento de auto-relato, construído com o objetivo de estudar a presença de sintomas psicopatológicos anteriores à perturbação atual e a possibilidade de diferenciar subgrupos, quanto aos percursos desenvolvimentais dos sujeitos com diferentes perturbações. Os autores desenvolveram assim quatro questionários¹, constituídos por questões fechadas em que é pedido à pessoa o seu grau de acordo, numa escala tipo Likert de quatro pontos, 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente). Os quatro questionários têm duas versões diferentes, ou seja, para o sexo feminino e masculino (Soares, Rangel-Henriques, Neves & Pinheiro, 1999, cit in Dias, 2007).

- Dois dos questionários (“Forma Mãe” e “Forma Pai”) estão relacionados com a perceção da qualidade da relação de vinculação com as figuras de vinculação primárias. Estes são compostos por três subescalas: Rejeição, Superproteção e Fusão/inversão de papel.
- O terceiro questionário (“Quando era pequeno”) centra-se na perceção do funcionamento durante a infância e a adolescência. É constituído por três subescalas sendo estas, Abandono, Dependência e Hiperpreocupação com a família.

Num estudo com uma amostra de 289 alunos de estabelecimentos de ensino superior do norte de Portugal, onde 131 eram do sexo masculino e 158 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 47 anos, foram avaliadas as propriedades

¹ O quarto questionário (“Antes de ter este problema”) relaciona-se com a perceção de características do sujeito antes de surgir o problema, não tendo sido contemplado no presente estudo.

psicométricas do PAMaDeP (Soares, Rangel-Henriques, Neves, Pinho & Dias, (s/d). Foram apenas alvo deste estudo três dos quatro questionários. Especificamente, na “Forma Mãe” os valores de alfa de *Cronbach* foram para as três subescalas respectivamente .92, .86 e .74 e para o total do questionário .89. Para o questionário “Forma Pai” foram encontrados os seguintes valores de alfa, .96, .83, .78. Para o total do questionário o valor de alfa foi de .92. Para o questionário “Quando era pequeno” os valores finais do Alpha de *Cronbach* para as três subescalas são os seguintes: .85, .71, .67 e para o total da subescala foi obtido o valor de .81.

Procedimentos

Procedimento de Recolha de dados

Os procedimentos de recolha de dados contemplaram o preenchimento por autorrelato, dos instrumentos BSI e PAMaDeP, na primeira sessão. Foi salvaguardada a confidencialidade, e o consentimento informado também foi preenchido. A recolha dos dados foi feita entre o período de 2008 a 2018.

Procedimentos de Análise de dados

Para a análise e tratamento dos dados utilizar-se-á o software IBM SPSS com recurso à estatística descritiva e inferencial, uma vez que se trata de um estudo de cariz quantitativo.

Recorrer-se-á à estatística descritiva que engloba um conjunto de medidas de tendência central e de dispersão, que nos permite descrever um conjunto de dados. Aqui serão utilizadas as principais medidas de tendência central, a moda a mediana e a média, para os dados de cariz sociodemográfico.

Quanto à estatística inferencial, esta permite-nos tirar conclusões acerca da população-alvo, com base nos resultados obtidos na amostra. Serão utilizados testes de associação em que o objetivo é avaliar se duas ou mais variáveis tem alguma relação entre si. Também se utilizarão testes de diferenças em contexto de *design* inter-sujeitos, para averiguar se existem diferenças entre as variáveis.

Devido ao não recorrer-se à estatística não paramétrica. Quanto aos testes de associação o que melhor se enquadra no estudo é o coeficiente de correlação de Spearman, que explora se duas ou mais variáveis ordinais (ou uma ordinal e uma intervalar) estão associadas. Com este teste avaliar-se-á a correlação existente entre o IGS e as subescalas dos diferentes questionários do PAMaDeP (Rejeição, Sobreproteção, Fusão/Inversão de Papel, Abandono, Dependência e Hiperpreocupação) – (objetivo 5), a correlação entre as dimensões do BSI e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia (objetivo 6) e a correlação entre os Marcadores Desenvolvimentais (objetivo 7). Utilizou-se também o teste qui quadrado para analisar se existe associação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e habilitações literárias) e o estado do processo terapêutico (finalizado ou *dropout*), objetivo 8.

Quanto aos testes de diferenças, será utilizado o teste de Mann-Whitney. Com recurso a este teste será possível avaliar em que medida existem diferenças entre os níveis de sintomatologia psicopatológica (IGS do BSI) avaliada no início do processo terapêutico, nos casos finalizados e nos casos de *dropout* (objetivo 1) e avaliar se existem diferenças na intensidade da sintomatologia nas diferentes dimensões do BSI- (objetivo 2) e se existem diferenças entre os casos finalizados e os casos de *dropout*, nas diferentes subescalas de cada questionário do PAMaDeP como está descrito nos objetivos específicos (objetivos 3 e 4).

Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados. Tendo em conta os objetivos definidos anteriormente, os respetivos resultados serão apresentados pela mesma ordem.

Com o objetivo de averiguar se existem diferenças entre os níveis da sintomatologia psicopatológica (IGS do BSI) avaliados no início do processo terapêutico nos casos finalizados e nos casos de *dropout*, apresenta-se de seguida a tabela 1.

Tabela 1. Sintomatologia psicopatológica em casos finalizados e de *dropout* no início do processo terapêutico

	Finalizado (n=29) Ordem Média	Dropout (n=16) Ordem Média	Mann-Whitney U (sig.)
IGS	20,93	26,75	172 (0,155)

No que concerne à avaliação de diferenças, a leitura da tabela permite verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=.155$), a um nível de significância de 5%, ao nível da sintomatologia psicopatológica nos casos finalizados e de *dropout*.

No sentido de averiguar se existem diferenças entre as diferentes dimensões do BSI no que toca à intensidade da sintomatologia, apresenta-se a tabela 2.

Tabela 2. Intensidade da sintomatologia nas diferentes dimensões do BSI

	Finalizado (n=29) Ordem Média	Dropout (n=16) Ordem Média	Mann-Whitney U (sig.)
Somatização	18,76	30,69	109 (0,003)*
Obsessão/Compulsão	20,84	26,91	169,50 (0,137)
Psicoticismo	20,52	27,50	160 (0,086)
Ideação Paranóide	23,12	22,78	228,50 (0,934)
Ansiedade Fóbica	19,76	28,88	138 (0,024)*
Hostilidade	22,33	24,22	212,50 (0,642)
Ansiedade	19,78	28,84	138,50 (0,026)*
Depressão	21,41	25,88	186 (0,273)
Sensibilidade Interpessoal	21,36	25,97	184,50 (0,257)

* $p < .05$

Com a leitura da tabela 2, verifica-se que para as subescalas obsessão/compulsão ($p=.137$), *Psicoticismo* ($p=.086$), *Ideação Paranóide* ($p=.934$), *Hostilidade* ($p=.642$), *Depressão* ($p=.273$) e Sensibilidade Interpessoal ($p=.257$) não existem diferenças estatisticamente significativas, a um nível de significância de 5%. Pelo contrário nas subescalas *Somatização* ($p=.003$), *Ansiedade Fóbica* ($p=.024$) e *Ansiedade* ($p=.026$) existem diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à existência de diferenças entre os casos finalizados e os casos de *dropout* ao nível dos Marcadores Desenvolventais da Psicopatologia (Rejeição, Superproteção e Inversão de Papel) dos questionários “Forma mãe” e “Forma Pai” do PAMaDeP, os resultados apresentam-se nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Estado do processo terapêutico e Marcadores Desenvolventais da Psicopatologia no questionário “Forma mãe” do PAMaDeP.

		n	Ordem Média	Mann-Whitney U (sig.)
F.Mãe-Superproteção	F	11	8,05	22,50 (0,569)
	D	5	9,5	
F.Mãe-Inversão de papel	F	11	9,77	24,50 (0,389)
	D	6	7,58	
F.MãeRejeição	F	9	6,5	13,50 (0,111)
	D	6	10,25	

Tabela 4. Estado do processo terapêutico e marcadores desenvolvimentais no questionário “Forma Pai” do PAMaDeP.

		n	Ordem Média	Mann-Whitney U (sig.)
F.Pai-Superproteção	F	11	9,18	31 (0,840)
	D	6	8,67	
F.Pai-Inversão de papel	F	13	10,27	35,50 (0,755)
	D	6	9,42	
F.Pai-Rejeição	F	11	8,5	27,50 (0,580)
	D	6	9,92	

Com a leitura das tabelas 3 e 4 pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, a um nível de significância de 5%, Rejeição ($p=.111$; $p=.580$), Superproteção ($p=.569$; $p=.840$) e Inversão de Papel ($p=.389$; $p=.755$), nos dois questionários, em todos os marcadores.

No que toca à existência de diferenças entre os casos finalizados e os casos de *dropout* ao nível dos Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia (Abandono/Rejeição, Dependência e Hiperpreocupação) do questionário “Quando era Pequeno” do PAMaDeP, foi construída a tabela 5.

Tabela 5. Estado do processo terapêutico e Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia do questionário “Quando era pequeno” do PAMaDeP.

		n	Ordem Média	Mann-Whitney U (sig.)
QEP-Abandono/Rejeição	F	12	8,79	27,50 (0,425)
	D	6	10,92	
QEP-Dependência	F	12	10,67	22 (0,187)
	D	6	7,17	
QEP-Hiperpreocupação	F	12	11	18 (0,090)
	D	6	6,50	

Após a leitura da tabela 5, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, a um nível de significância de 5%, Abandono/Rejeição ($p=.425$), Dependência ($p=.187$) e Hiperpreocupação ($p=.090$), no questionário “Quando era Pequeno”

Quanto à correlação existente entre as dimensões do BSI e os Marcadores Desenvolvementais da Psicopatologia apresenta-se a tabela 6, onde se encontram os valores do teste de correlação de Spearman.

Tabela 6. Correlação entre o IGS do BSI e os Marcadores Desenvolvementais da Psicopatologia

	n	Índice Geral de Sintomas - BSI ρ (sig.)
QEP-Abandono/Rejeição	18	0,172 (0,495)
QEP-Dependência	18	-0,84 (0,741)
QEP-Hiperpreocupação	18	0,59 (0,816)
F.Mãe-Superproteção	16	-0,92 (0,734)
F.Mãe-Inversão de papel	17	0,041 (0,876)
F.Mãe-Rejeição	15	0,009 (0,975)
F.Pai-Superproteção	17	-0,439 0,078)
F.Pai-Inversão de papel	19	-0,402 (0,088)
F.Pai-Rejeição	17	0,228 (0,378)

Através da análise dos resultados da tabela 6, conclui-se, de forma genérica, que as correlações não são estatisticamente significativas entre o IGS e os Marcadores Desenvolvementais dos questionários do PAMaDeP. Para o questionário “Quando era pequeno”, “Forma Mãe” e “Forma Pai”, os valores de p para todas as subescalas são inferiores a .05, o que leva a concluir que as correlações não são estatisticamente significativas.

Com o objetivo de se perceber a correlação entre os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia e as dimensões do BSI, utilizou-se o teste de correlação de Spearman que deu origem à tabela 7.

Tabela 7. Correlação entre as dimensões do BSI e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia

		M.R	M.Sp	M.Ip	P.R	P.Sp	P.Ip	Aband/Rj	Hiperpre	Dependência
Somat	ρ	-0,331	-0,158	0,221	0,341	-0,3	-0,459	0,084	0-032	-0,308
	sig	0,228	0,558	0,393	0,181	0,241	0,048*	0,74	0,898	0,213
O/C	ρ	-0,147	0,278	0,102	0,309	0,262	0,177	0,278	0,4	-0,089
	sig	0,601	0,297	0,696	0,228	0,318	0,468	0,264	0,1	0,726
Psi	ρ	-0,049	0,431	0,143	0,259	-0,184	-0,227	-0,107	0,227	0,261
	sig	0,863	0,096	0,585	0,315	0,48	0,351	0,673	0,365	0,295
IP	ρ	0,078	-0,065	0,144	-0,195	-0,403	-0,394	-0,219	-0,137	-0,026
	sig	0,783	0,817	0,58	0,453	0,109	0,095	0,383	0,589	0,917
AF	ρ	-0,185	-0,187	0,063	0,342	-0,41	-0,512	0,065	0,117	-0,108
	sig	0,509	0,488	0,809	0,18	0,102	0,025*	0,798	0,645	0,671
Host	ρ	0,003	0,241	-0,052	0,284	0,104	-0,196	0,307	0,235	0,012
	sig	0,992	0,368	0,842	0,269	0,691	0,421	0,215	0,347	0,962
Ans	ρ	-0,233	-0,006	-0,092	0,485	-0,138	-0,479	0,189	-0,069	0,34
	sig	0,404	0,983	0,725	0,049*	0,596	0,038*	0,453	0,786	0,167
Depr	ρ	0,441	0,369	-0,113	0,149	-0,061	-0,086	0,215	0,151	-0,111
	sig	0,1	0,159	0,666	0,567	0,817	0,728	0,392	0,549	0,66
SI	ρ	0,094	-0,121	0,244	0,034	-0,333	-0,169	-0,273	-0,256	0,031
	sig	0,739	0,659	0,346	0,898	0,191	0,489	0,273	0,305	0,902

*p < .05

Pode concluir-se que existem quatro correlações estatisticamente significativas. A primeira é com o marcador Rejeição do questionário “Forma Pai” e a dimensão *Ansiedade*. As restantes correlacionam o marcador Inversão de Papel do questionário “Forma Pai” com a dimensão *Somatização*, *Ansiedade* e *Ansiedade Fóbica*.

Com o objetivo de perceber a correlação entre os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia, utilizou-se o teste de correlação de Spearman e construiu-se a tabela 8.

Tabela 8. Correlação entre Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia

		Q.D	Q.H	Q.Ar	M.Sp	M.Ip	M.R	P.Sp	P.Ip	P.R
Q.D	ρ	1								
	sig.									
Q.H	ρ	0,17								
	sig.	0,500								
Q.Ar	ρ	0,233	0,251							
	sig.	0,353	0,316							
M.Sp	ρ	0,721	0,039	0,145						
	sig.	0,002*	0,885	0,591						
M.Ip	ρ	0,173	0,211	-0,17	0,28					
	sig.	0,508	0,416	0,515	0,312					
M.R	ρ	0,265	-0,474	0,499	0,33	-0,324				
	sig.	0,339	0,873	0,058	0,271	0,239				
P.Sp	ρ	0,123	-0,007	-0,001	0,563	0,098	-0,056			
	sig.	0,638	0,977	0,996	0,029*	0,718	0,848			
P.Ip	ρ	0,012	0,157	0,245	0,404	0,323	0,293	0,621		
	sig.	0,962	0,533	0,327	0,121	0,206	0,29	0,008*		
P.R	ρ	0,366	0,042	0,247	0,353	-0,064	0,212	0,166	-0,303	1
	sig.	0,149	0,873	0,339	0,197	0,814	0,468	0,524	0,327	

*p < .05

Pode concluir-se que existem três correlações estatisticamente significativas. A primeira prende-se com o marcador Dependência do questionário “Quando era pequeno” e Superproteção do questionário “Forma Mãe”, a segunda com os marcadores Superproteção dos questionários “Forma Mãe e Forma Pai” e por último nos marcadores Superproteção e Inversão de papel do questionário “Forma Pai”.

Na tabela 9, apresentam-se os resultados acerca da associação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e habilitações literárias) e o estado do processo terapêutico.

Tabela 9. Associação entre as variáveis sociodemográficas e o estado do processo terapêutico

Variáveis Sociodemográficas	n	Finalizado	Dropout	Qui-Quadrado Valor (sig.)	
Sexo	F	26	15	11	1,225 (0,268)
	M	19	14	5	
Idade	Até 28	21	14	7	0,085 (0,771)
	29 ou mais	24	15	9	
Habilitações Literárias	Não Superior	13	13	8	0,287 (0,592)
	Superior	16	16	7	

Através da leitura dos valores apresentados na Tabela 9 correspondente ao teste qui-quadrado concluiu-se que não existe associação entre as variáveis sociodemográficas sexo ($p=.268$), idade ($p=.771$) e habilitações literárias ($p=.592$) e o estado do processo terapêutico a um nível de significância de 5%.

Discussão de Resultados

Nesta secção apresenta-se a discussão de resultados, mantendo-se como quadro conceptual a leitura desenvolvimental da psicopatologia considerando o modo como a mesma pode influir na sintomatologia psicopatológica em processos finalizados e de *dropout*. Tendo em conta os objetivos definidos neste estudo optar-se-á por apresentar a discussão dos mesmos pela ordem previamente elencada.

Assim, considerando a avaliação de diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica em casos finalizados e de *dropout*, com recurso ao BSI, verifica-se que não existem diferenças entre os níveis de sintomatologia psicopatológica avaliados no início do processo terapêutico nos casos finalizados e nos casos de *dropout*. Pode ser lícito considerar que este resultado se relaciona com o conceito de *dropout per si*. Isto remete-nos para a análise do que é definido como um *dropout* e quais as implicações subjacentes. Neste sentido e segundo Nunes e Luhlher (2003) o *dropout* é percebido como

o abandono ou término antecipado, por parte do cliente, do processo terapêutico sem o conhecimento ou acordo do terapeuta. Outros autores definem o *dropout* como a não comparência à primeira sessão, tendo em conta que esta foi agendada pelo cliente (Sales, 2003), o não alcançar um número estimado de sessões terapêuticas previstas (Beckam, 1992; Benetti & Cunha, 2008) e o não comparecimento à última sessão de psicoterapia (Fiester & Rudestam, 1975). Não existindo um consenso quanto à sua definição, é importante debruçar a atenção naqueles que podem ser os seus preditores. Deste modo, o estudo sobre preditores de *dropout* permite a identificação de variáveis, ainda que não haja consenso quanto a um padrão específico das mesmas, (Lopes, Gonçalves, Sinai, & Machado, 2015), destacando-se o tipo e severidade da problemática (Clarkin & Levy, 2004; Swift & Greenberg, 2012), a baixa motivação para o tratamento, a restringida prontidão para a mudança (Prochaska, 1999), a reduzida tolerância à frustração e a baixa capacidade de *insight* (Barrett et al., 2008; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Também a existência de *dropouts* decorrentes da rutura na aliança terapêutica é uma questão a considerar. De acordo com Safran e Segal (1990), uma rutura na aliança terapêutica é definida como uma quebra na qualidade da relação colaborativa entre cliente e terapeuta, períodos de deterioração na comunicação entre ambos ou problemas pervasivos no estabelecimento da aliança.

Adicionalmente, o abandono da psicoterapia é frequentemente considerado como um indicador de falha no tratamento, no entanto, a evidência desta relação ainda não foi estabelecida (Reich & Berman, 2018). Klenck (2012) concluiu a partir do seu estudo com 147 participantes, organizados em grupo de seis a oito membros, inscritos num programa de doze sessões de TCC, que nem todos os *dropouts* são casos de insucesso, ao verificar que alguns clientes que desistiram da terapia tinham obtido percentagens significativas de melhorias, tal como os clientes que continuaram na terapia.

Face ao exposto, é possível que a inexistência de diferenças entre os níveis de sintomatologia psicopatológica em casos finalizados e de *dropout* remeta para o facto de o fenómeno de *dropout* não estar necessariamente ligado ao insucesso terapêutico.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica (IGS) em casos finalizados e de *dropout*, a consideração detalhada permite que sejam encontradas diferenças em três das dimensões avaliadas pelo BSI nos casos finalizados e nos casos de *dropout*. As diferenças

significativas dizem respeito às dimensões *Ansiedade*, *Ansiedade Fóbica* e *Somatização*, tendo as três dimensões valores mais elevados nos casos de *dropout*.

Sublinhe-se que o estudo de validação para a população portuguesa do BSI, (Canavarro, 2007) identificou a existência de uma correlação entre todas as pontuações das dimensões deste instrumento e depois de analisadas concluíram que a *Somatização* e a *Ansiedade* se encontram predominantemente associadas assim como as dimensões *Ansiedade* e *Ansiedade Fóbica*. Esta elevada correlação considera expectável que a elevação de uma dimensão se relacione com a elevação das demais, podendo tal associar-se ao aumento da probabilidade da ocorrência de um *dropout*. Num estudo realizado por Arrow e colaboradores (2007), foram avaliados os preditores e as razões para o abandono de tratamento em pacientes cronicamente deprimidos, que foram expostos a três intervenções: terapia cognitivo-comportamental, tratamento farmacológico e tratamento combinado, durante 12 semanas. Os autores identificaram que os fatores preditores de abandono foram: elementos de cariz sociodemográfico e a existência de comorbilidade com perturbação de ansiedade. Outro estudo de Westmacott e Hunsley (2010), também associa o diagnóstico de perturbação de ansiedade ao maior risco de *dropout*, tal como numa revisão sistemática que identificou estudos sobre psicoterapias individuais para adultos com Perturbação de Ansiedade Generalizada, envolvendo 2224 participantes, onde a taxa de abandono foi de aproximadamente 17% (Gersh et al., 2017).

Quando se fala em dimensões de cariz psicopatológico que se relacionam com o estado do processo terapêutico é importante ter em conta o papel do terapeuta, que nos remete para o conceito de aliança terapêutica e ao mesmo tempo a história relacional do cliente, numa perspectiva desenvolvimental. Para Bowlby (1988), o papel do terapeuta assenta em proporcionar ao cliente uma base segura para a exploração, de forma idêntica à figura prestadora de cuidados na infância, facilitando-lhe a coragem para a autoexploração. Para o mesmo autor, a psicoterapia deveria proporcionar uma base segura, a partir da qual o cliente possa explorar o seu mundo emocional e identificar e rever os MID, enquanto representações internas de si, da relação com os outros e do mundo. Ao procurar examinar a associação entre o padrão de vinculação do cliente, a aliança terapêutica e o progresso da terapia, numa amostra de 95 clientes de duas clínicas universitárias, os autores identificaram que as alianças terapêuticas fortes e vinculação segura ao terapeuta, estavam significativamente associadas com reduções do *distress* dos clientes ao longo do tempo (Sauer et al., 2010). É lícito considerar do ponto de vista

desenvolvimental que tal vai de encontro ao expresso por Stein e Kean (2000), que referem que quando a qualidade de vida das pessoas com perturbação de ansiedade é analisada, podemos observar o impacto da perturbação nas limitações que impõe no seu funcionamento social e ocupacional. Estas dificuldades interpessoais tendem a manifestar-se também no contexto terapêutico, o que pode indicar uma maior probabilidade de abandono, uma vez que explorar medos e preocupações exige que o cliente confie no terapeuta e sinta a segurança necessária para correr riscos (Kokovic & Tracey, 1990).

A consideração do exposto permite refletir sobre o quanto a ansiedade influi no processo terapêutico. Neste sentido, e ainda mantendo o foco nas diferenças encontradas nos casos finalizados e de *dropout* relativamente as dimensões avaliadas pelo BSI, atente-se o estudo de Leiman e Stiles (2001) sobre a ZDPT. A partir deste construto Neves (2011) identifica um conjunto de nove casos clínicos, calculando os índices de colaboração considerando os episódios por referência à ZDPT em cada sessão. Os índices de colaboração dizem respeito à frequência relativa dos episódios dentro, fora ou no limite da ZDPT. Os episódios colaborativos são caracterizados por estarem dentro da ZDPT, enquanto os episódios não colaborativos encontram-se fora da ZDPT e os episódios de ambivalência situam-se no limite da ZDPT. O caso com maior índice de episódios fora da ZDPT diz respeito ao identificado com perturbação de ansiedade, tendo sido o caso onde se verificou maior índice de episódios fora da ZDPT, elemento que pode informar sobre a existência de diferenças nas dimensões *Ansiedade*, *Ansiedade fóbica* e *Somatização* nos casos finalizados e de *dropout*.

De modo equivalente à inexistência de diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica (IGS) em casos finalizados e de *dropout* já referida não são encontradas diferenças entre estes casos ao nível dos Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia. A leitura destes dados pode ser análoga à realizada quando refletimos sobre a inexistência de diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica. Como referido, os preditores de *dropout* podem estar associados a diferentes variáveis, nomeadamente variáveis relacionadas com o terapeuta, com o cliente e o contexto (Lopes, Gonçalves, Sinai & Machado, 2015). Assim, reconhecemos o carácter não consensual do fenómeno de *dropout* e a possibilidade de o mesmo implicar não o insucesso terapêutico mas sim ganhos terapêuticos. De facto, num estudo com 63 pacientes (23 *dropouts* e 40 finalizados) com diagnóstico de depressão major, onde se comparou o final do tratamento

de curto e longo prazo de pacientes que abandonaram a psicoterapia, concluiu-se que os *dropouts* melhoraram menos do que os que concluíram a última sessão, mas continuaram a melhorar significativamente mais do que os que concluíram durante o período de acompanhamento. Também os pacientes que abandonaram o tratamento relataram melhora dos sintomas depressivos sem terapia, mas demoraram muito mais tempo para melhorar do que os pacientes que completaram a terapia (Lopes, Gonçalves, Sinai & Machado, 2018). Outros estudos corroboram esta ideia ao mostrarem que melhorias na sintomatologia e autoestima dos pacientes durante o curso de tratamento acabou por ser o mais forte preditor de abandono da psicoterapia, sugerindo o seu término por sentirem uma melhora significativa, tendo assim o *dropout* uma conotação positiva (Flückiger et al., 2011; Kegel & Flückiger, 2015).

Considerando a avaliação acerca da existência de correlação entre o IGS e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia, verifica-se que não existe correlação estatisticamente significativa. Deste modo torna-se importante referir o que existe acerca da relação entre vinculação e psicopatologia, mostrando-se este resultado não consonante com o que a investigação aponta sobre a relação entre vinculação e psicopatologia. Nesta linha, Bowlby, (1944); Goldberg, (1997) e Sroufe e colaboradores (1999), referem que as relações afetivas e sociais precoces, que se prolongam ao longo da vida, influenciam as estruturas cognitivas e emocionais bem como a organização do comportamento, no contexto intrapessoal e interpessoal, sabendo-se da existência de uma continuidade de alguns problemas entre a infância, adolescência e idade adulta, e que grande parte dos adultos com perturbações mentais já apresentava sintomatologia na adolescência (Kim-Cohen et al., 2003). Assume-se assim que existe uma continuidade no processo de desenvolvimento da psicopatologia onde o efeito de experiências prévias pode tornar-se crucial ao longo do ciclo de vida. Segundo Egeland e Carlson (2004), perturbações nas relações precoces, não sendo sinónimo de patologia, podem funcionar como uma base de perturbação nos processos desenvolvimentais que podem conduzir à psicopatologia. Também Abraham, Wei, Mallinckrodt e Russel (2004) e Santos (2004), indicaram que existe uma ligação entre vinculação insegura e diferentes formas de psicopatologia. Por seu turno, a vinculação segura está relacionada de forma negativa com vários indicadores de mal-estar psicológico (Costa, Figueiredo & Pacheco, 2003). Ressalte-se não obstante a avaliação dos marcadores decorrer de uma matriz conceptual da vinculação, não sendo

o PAMaDeP um instrumento que avalie a mesma pelo que o exposto deve ser compreendido.

Contudo e apesar da inexistência de correlações significativas entre o IGS e os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia, quando analisada a existência de correlação entre as dimensões específicas do BSI e os marcadores foram encontradas quatro correlações estatisticamente significativas, nomeadamente o marcador Rejeição do questionário “Forma Pai” e a dimensão *Ansiedade*; o marcador Inversão de Papel do questionário “Forma Pai” com a dimensão *Somatização*, *Ansiedade* e *Ansiedade Fóbica*. Neste sentido, podemos considerar que em condições específicas existe, de facto, uma associação entre a sintomatologia psicopatológica e a avaliação que os clientes fazem sobre a relação com a figura parental na infância. De acordo com a literatura, os indivíduos que apresentam uma vinculação do tipo evitante durante a infância, aliada a rejeição, apresentam mais facilmente perturbações de ansiedade (Canavarro, 1999). Também para Bowlby (1973), as perturbações de ansiedade podem ser entendidas como reflexo de relações de vinculação marcadas por elevado controlo parental, superproteção ou rejeição, o que vai de encontro ao resultado encontrada na primeira correlação. Relações marcadas pela restrição e superproteção por parte dos cuidadores encontram-se associadas a uma maior propensão para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica ao longo da infância, adolescência e vida adulta (Soares et al., 2009; Uytun et al., 2013). Esta explicação parece também ser adequada para a associação positiva entre a *Somatização* e a ansiedade de separação face ao pai e à mãe (Silva & Mota, 2018).

No que toca ao modo como os Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia se relacionam entre si, os resultados verificam a existência de três correlações positivas estatisticamente significativas. A primeira, e também mais elevada, prende-se com o marcador Dependência do questionário “Quando era pequeno” e Superproteção do questionário “Forma Mãe”. A segunda com os marcadores Superproteção dos questionários “Forma Mãe e Forma Pai” e por último nos marcadores Superproteção e Inversão de Papel do questionário “Forma Pai”. A existência destas correlações é consonante com os resultados obtidos por Soares, Rangel-Henriques, Neves, Pinho e Dias, (s/d), nestas dimensões. Importa referir que neste estudo não foram encontradas mais correlações significativas ao contrário do obtido por Soares, Rangel-Henriques, Neves, Pinho e Dias, (s/d).

O desenvolvimento resulta de múltiplos fatores, não apenas genéticos e ambientais, mas também da história cumulativa do indivíduo, que influenciará a evolução do seu desenvolvimento (Sroufe, 2007). Existem diversos estudos que relacionam o tipo de vinculação com alguns marcadores desenvolvimentais de psicopatologia. Há evidências que relacionam a Superproteção com uma maior probabilidade de o adulto emergente ainda viver em casa um ano depois de acabar o ensino obrigatório (Katrijn, Soenens, Van Petegem, S & Kins, 2017), sendo consonante à correlação encontrada no que respeita à Dependência e à Superproteção por parte da figura materna. Quanto à existência de uma relação entre os marcadores Superproteção e Inversão de Papel pode assumir-se como hipótese compreensiva que existe uma sobreativação do sistema de vinculação que permite compreender que a Inversão de Papel seja elevada. Assim, importa considerar o sistema de vinculação e o sistema de exploração. O primeiro, ao manter a proximidade da criança com o seu cuidador, protege-a do perigo (Soares et al., 2009). O sistema de exploração impulsiona o indivíduo a explorar o ambiente e descobrir o mundo à sua volta, sendo que a ativação deste sistema só acontece quando a proximidade com a figura de vinculação está assegurada e a situação é lida como não ameaçadora (Lima, 2009). Neste sentido, se a ativação do sistema de vinculação aumenta, diminui a ativação do sistema de exploração e, desta forma, há uma menor atenção à realidade circundante (Jongenelen, 2004). Se tal ocorrer com muita frequência, vê-se diminuída a competência do indivíduo dado limitar as oportunidades de aprendizagem.

A investigação sobre vinculação e desenvolvimento da psicopatologia tem evidenciado, no geral, a relação entre a insegurança e a desorganização da vinculação e diversos indicadores de psicopatologia (Soares, Carvalho, Dias, Rios & Silva, 2009). Assim, as crianças com um padrão Ansioso/Ambivalente tendem a explorar de forma ansiosa, uma vez que se preocupam com a incerteza da disponibilidade da figura prestadora de cuidados (Elliot & Reis, 2003). Segundo Solomon, George e De Jong (1995), a desorganização da vinculação na infância evidencia progredir com frequência para um padrão controlador no final do período pré-escolar, que envolve uma inversão de papéis entre o cuidador e a criança. Main, Kaplan e Cassidy (1985) verificaram que muitas das crianças que tinham apresentado, na primeira infância, comportamentos de vinculação desorganizada revelaram comportamentos de cuidado para com a figura de vinculação. Ao nível comportamental, a desorganização da vinculação pode manifestar-se, em situações de *stress* (potencialmente geradoras de ansiedade), levando a momentos

de desorganização comportamental, produzindo comportamentos em conflito (Main & Solomon, 1990).

Outra das questões que se considerou como pertinente foi perceber se existia alguma relação entre as variáveis sociodemográficas e o estado do processo terapêutico, tendo-se concluído que tal não ocorre de forma estatisticamente significativa. Estes dados não são consentâneos com Barrett e colaboradores (2008), que afirma que alguns fatores como a idade e o nível educacional podem constituir-se como preditores positivos ou negativos relacionados com o maior risco de abandono durante o tratamento. Também numa meta-análise realizada Bueno e colaboradores (2001) identificou-se que na maioria dos estudos, os jovens, os indivíduos solteiros e de nível socioeconómico baixo integravam os casos mais frequentes de *dropout* (Roos & Werbart, 2013).

O trabalho de Ribeiro e colaboradores (2008), considera que as variáveis sociodemográficas podem assumir-se como preditoras de *dropout*, não sendo porém passíveis de serem identificados padrões específicos de tal associação. Também Swift e Greenberg (2012) identificaram uma associação da idade e nível de escolaridade com a taxa de abandono, não tendo o sexo, estado civil e emprego associação significativa.

Apesar deste posicionamento ser amplamente apresentados por múltiplos autores, ao considerar apenas a Perturbação de Ansiedade Generalizada, Gersh e colaboradores (2017), realizaram uma meta-análise da literatura onde concluíram que as variáveis sociodemográficas não se consideram como preditoras de *dropout*. Deste modo poderão ser as variáveis sociodemográficas preditoras de *dropout* considerando-se o quadro psicopatológico específico.

Considera-se que a adoção de leitura desenvolvimental da psicopatologia em contexto psicoterapêutico contribua para uma melhor compreensão das dimensões associadas ao estado do processo terapêutico (casos finalizados e de *dropout*). Esta assumpção esteve na génese do presente trabalho ao versar sobre a relação entre sintomatologia psicopatológica, Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia e estado do processo terapêutico (finalizado e *dropout*).

Partilhamos do posicionamento de Cicchetti e Rogosch (1996) de que a perspetiva desenvolvimental da psicopatologia viabiliza uma mais complexa compreensão das diferenças individuais. Tal é espelhado no presente estudo, na não identificação de diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica geral entre casos finalizados e de

dropout, mas na identificação sim, de diferenças em dimensões específicas (*Ansiedade, Ansiedade fóbica e Somatização*) numa abordagem micro. O equivalente pode ser considerado quando se atende às correlações não no geral mas sim no específico dos Marcadores Desenvolvimentais da Psicopatologia.

Do exposto devem ser derivadas implicações para a investigação futura e prática clínica, não descorando as limitações do presente trabalho que discutimos em seguida.

Limitações, Implicações Clínicas e Propostas de Investigação Futura

Do presente estudo são passíveis de extração conclusões com carácter aplicado à intervenção psicológica com adultos.

Começando pelas implicações para a prática clínica, é fundamental atender ao detalhe de conceitos que podem ser considerados como preditoras de *dropout*, estes devem ser considerados e lidos com maior atenção numa fase inicial do processo terapêutico: a ZDPT, que remete para a colaboração terapêutica numa lógica de coordenação de ações do terapeuta e do cliente (Ribeiro, 2009), a aliança terapêutica relacionada com o papel do terapeuta e a base segura para a exploração, por parte do cliente, do seu mundo emocional assim identificando e revendo os MID (Bowlby, 1988).

Não sendo a definição de *dropout* consensual, as implicações para o processo terapêutico devem ser alvo de maior cuidado. Nomeadamente na realização de estudos futuros que contemplem a monitorização da sintomatologia psicopatológica ao longo do processo terapêutico, para assim, perceber se, de facto, o *dropout*, nesse caso específico, decorre de perda/impasse ou ganho terapêutico. Deste modo suprir-se-á uma das limitações do presente estudo através de um carácter mais qualitativo ao estudo atentando a variáveis clínicas relacionadas com a perceção do terapeuta, do cliente e do contexto, assim como a aliança terapêutica, podendo aportar maior complexidade à leitura dos resultados. Relativamente a fatores contextuais-ambientais, podem considerar-se fatores como o intervalo de tempo entre a marcação e o acolhimento propriamente dito, a insustentabilidade financeira ou a indicação por terceiros, enquanto potencial indicador de baixa motivação (Westmacott et al., 2010). Quanto a fatores relacionados com o terapeuta, parece existir uma relação negativa entre *dropout* e variáveis como a experiência e formação, a adequação à idiossincrasia do cliente e a postura empática (Reis & Brown, 1999). A qualidade da interação terapêutica, que não foi avaliada neste estudo

e se constitui como um importante preditor dos resultados terapêuticos, torna-se crucial na decisão dos clientes para se manterem na terapia (Ferreira et al., 2015). Compreender o papel dos fatores relacionais no processo de mudança é importante já que é no contexto relacional que todos os outros aspetos do processo terapêutico se desenvolvem (Safran & Muran, 2006). Não tendo sido possível a recolha destes elementos e não fazendo parte daquilo que era o objetivo deste estudo, seria fulcral estes serem aqui mencionados uma vez que é inevitável a sua pertinência na compreensão desta temática.

Quanto às limitações de cariz metodológico é de salientar a importância da necessidade de uma avaliação e consequente recolha de informação sistemática das variáveis em estudo. Neste sentido, a expectativa face ao n dos casos finalizados e de *dropout* seria superior ao obtido. Outra questão diz respeito ao facto de os itens dos instrumentos utilizados não estarem totalmente preenchidos. Apesar de não ter acontecido na maioria dos casos, crê-se que esta questão também pode ser vista como limitação, tendo num projeto futuro isto ser tido em conta. Como proposta de investigação futura é sugerido o estudo psicométrico de PAMaDeP com população que esteja em processo terapêutico, contribuindo para a avaliação das qualidades psicométricas do instrumento, tratando-se o presente estudo o primeiro a usar esta medida com esta população.

Considera-se que a integração das variáveis supracitadas permitiria uma compreensão mais ampla da relação entre sintomatologia psicopatológica, marcadores desenvolvimentais de psicopatologia e estado do processo terapêutico.

Referências Bibliográficas

- Abraham, T., Wei, M., Mallinckrodt, B. & Russel, D. (2004). Maladaptive Perfectionism as a Mediator and Moderator Between Adult Attachment and Depressive Mood. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 2, 201-212.
- Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Arnou, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N. & Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of affective disorders*, 97(1-3), 197-202.
- Barrett, M., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267.
- Barrett, M.S., Chua, W.; Crits-Christoph, P.; Gibbons, M.B. & Thompson, D. (2008). Early Withdrawal from mental health treatment: Implications for Psychotherapy Practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45 (2), 247–267. doi:10.1037/0033-3204.45.2.247
- Beckham, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy*, 2 (29), 177-182.
- Benetti, P. C. & Cunha R. S. (2008). Psychotherapy Dropout: Implications for The Clinical Practice. *Arquivos Brasileiros De Psicologia*, 2, (60), 48-59.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXV, 19-53.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Attachment*. London: Basic Books
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. London: Basic Books
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: Separação, Angústia e Raiva (Vol. 2)*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A secure-base: Parent –child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* (pp. 3-35). n.1-2, serial n.º 209.
- Bueno, H. A., Cordoba, J. A., Escolar, P. A., Carmona, C. A., Rodrigues, G. C., (2001). El abandono terapêutico. *Actas Espain Psiquiatria*, 29(1), 33-40.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), 155-186.
- Canavarro, M.C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões., C. Machado., M. M. Gonçalves & L. S, Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados Para a População Portuguesa* (1ªed., vol.III, pp.305-331). Coimbra: Quarteto
- Castro, P. F. (1999). Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à Psicologia Clínica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1(1), 3-13.
- Cheniaux, E. (2005) Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum? *Descriptive psychopathology: is there a common language? Revista Brasileira De Psiquiatria*, 27 (2), 157-62.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F.A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 8(4), 597-600.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1), 16–25. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x.
- Clarkin, J. & Levy, K. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 194- 226). New York: Wiley.
- Costa, R., Figueiredo, B. & Pacheco, A. (2003). Estilo de Vinculação, Qualidade da Relação com Figuras Significativas e da Aliança Terapêutica e Sintomatologia Psicopatológica: Estudo exploratório com Mães Adolescentes. *International journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 1, 35-59.

- Coutinho, J. (2010). The development of the therapeutic alliance: rupture processes and the role of the therapist's experience (tese de Doutoramento). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Dias, P. (2007). Vinculação e regulação autonómica nas perturbações de comportamento alimentar (tese de doutoramento). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Duncan, B. (2010). On becoming a better therapist. *Psychotherapy in Australia*, 16(4), 42.
- Egan, J. (2005). Dropout and Related Factors in Therapy. *The Irish Psychologist*, 32 (2), 27- 30.
- Egeland, B. & Carlson, E. (2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychotherapy and intervention* (pp.27-48). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Faria, C., Lima, V. S & Soares, I. (2013). Relações de Vinculação na Adolescência. In Medeiros, T. (Eds.), *Adolescência: Desafios e Riscos* (1ªed, pp. 237-239). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- 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.
- Fiestner, A. & Rudestam, K. (1975). A Multivariate Analysis of The Early Dropout Process. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 4 (43), 528-535.
- Flückiger, C., Meyer, A., Wampold, B. E., Gassmann, D., Messerli-Bürky, N., & Munsch, S. (2011). Predicting premature termination within a randomized controlled trial for binge-eating patients. *Behavior therapy*, 42(4), 716-725.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., & McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 52, 25-33.
- Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavioural problems in normal, at-risk and clinical samples. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and Psychopathology* (p.171-195). New York: Guilford Press.

- Goldfried, M. R., Arnkoff, D., & Glass, C. (2011). Integrative approaches to psychotherapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim (Eds.) *History of psychotherapy* (2^a ed., pp. 269-296). Washington DC: American Psychological Association.
- Green, J. & Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 452-461.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., & Kindler, H. (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilfords Press.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice*, 9(3), 329-343.
- Horvath, A. (2013). You can't step into the same river twice, but you can stub your toes on the same rock: Psychotherapy outcome from a 50-year perspective. *Psychotherapy*, 50, 25-32. doi: 10.1037/a00308
- Jongenelen, I. (2004). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: da matriz relacional à matriz contextual*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Minho: Braga.
- Jordan, S. (2000). *An exploration of risk factors of aggression in relationships*. Dissertation Abstract, 61, 2204.
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of abnormal child psychology*, 12, 605-620.
- Katrijn, M. B., Soenens, B., Van Petegem, S., & Kins, E. (2017). Searching for the Roots of Overprotective Parenting in Emerging Adulthood: Investigating the Link with Parental Attachment Representations Using an Actor Partner Interdependence Model (APIM). *Journal of Child and Family Studies*, 26(8), 2299-2310.
- Kegel, A. F., & Flückiger, C. (2015). Predicting psychotherapy dropouts: A multilevel approach. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 377-386.

- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Klenck, S.C. (2012). How do treatment completers fare versus dropouts?:A follow-up study. Ph.D Thesis, University of Houston, Houston, Texas.
- Kokovic, A.,& Tracey, T. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of counseling Psychology*, 37(1), 16-21.
- Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy research and its achievements. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and Change* (2^a ed) (pp. 299-332). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed., pp. 169 –218). John Wiley & Sons.
- Leiman, M., & Stiles, W. (2001). Dialogical Sequence Analysis and The Zone Of Proximal Development As Conceptual Enhancements To The Assimilation Model: The Case Of Jan Revisited. *Psychotherapy Research*, 11 (3), 311-330.
- Levy, K. (2000). Attachment style, representations of self and others, and affect regulation: implications for the experience of depression. *Dissertation Abstract*, 60, 4895.
- Lieberman, A. F. (2003). The treatment of attachment disorder in infancy and early childhood: Reflections from clinical intervention with later-adopted foster care children. *Attachment & Human Development*, 5, 279-282.
- Lima, V. S. (2009). Vinculação, representação da relação íntima e interação diádica em adultos (tese de doutoramento). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. (2018). Clinical outcomes of psychotherapy dropouts: does dropping out of psychotherapy necessarily mean failure? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(2), 123-127.
- Lopes, R., Gonçalves, M., Sinai, D. & Machado, P. (2015). Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1). doi: 10.1016/j.ijchp.2014.11.001.

- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir (1ªed.)*. Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições.
- Masten, A. S. (2014). Ordinary magic: Resilience in development. *New York: Guilford Of Psychology And Psychological Therapy*, 1(3), 81-90.
- Muderrisoglu, S. (1999). Defensive functioning and affect within adult attachment patterns. *Dissertation Abstract*, 59, 3705.
- Neves, A. S. (2011). *Caracterização da colaboração terapêutica na última sessão de casos Dropout (dissertação de mestrado)*. Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to clients* (pp. 3-17). New York: Oxford University Press.
- Nunes, M. L. & Lhullier, A. C. (2003). Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista brasileira de psicoterapia*, 5 (1), 97-112.
- Prochaska, J. (1999). Change at Differing Stages. In C.R. Snyder and R.E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Pulford, J., Adams, P., & Sheridan, J. (2008). Therapist Attitudes and Beliefs Relevant to Client Dropout Revisited. *Community Mental Health Journal*, 44, 181–186. doi: 10.1007/s10597-007-9116-5
- Reich, C. M., & Berman, J. S. (2018). Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research*, 1-18.
- Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 2 (36), 123-136.

- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 167-181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, E., & Mesquita, R. (2009). A Aliança e finalização da terapia. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança Terapêutica: Da Teoria À Prática Clínica* (Pp. 167-181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294-314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Ribeiro, M. S., Vieira, E. M. D. M., Alves, M. J. M., Silva, P. M., & Lamas, C. V. D. B. (2008). Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G. & Fennig, S. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 529–538. doi: 10.1348/147608305X90412.
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1984) "Project Future": the way forward for child psychiatry? *American Academy of Child Psychiatry*. 23(5), 577-81.
- Sackett, C., Lawson, G. & Burge, P. (2012). Meaningful experiences in the counseling process. *The Professional Counselor*, 2(3), 208-225.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has The Concept of The Therapeutic Alliance Outlived Its Usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 286–291.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(3), 286–91. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286

- Safran, J.D., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. London: Aronson.
- Sales, C. (2003). Understanding Prior Dropout In Psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1).
- Santos, J. (2004). *Sintomas Psicopatológicos e Vinculação em Adolescentes: um Estudo Exploratório*. Monografia de licenciatura.
- Sauer, E. M., Anderson, M. Z., Gormley, B., Richmond, C. J., & Preacco, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: a psychology training clinic study. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(6), 702–11. doi:10.1080/10503307.2010.518635.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. *Attachment & human development*, 7, 3-25.
- Searle, B. (1998). The client's perspective: adult attachment style, gender and the self reported experience of anxiety, anger and depression. *Dissertation Abstract*, 59, 3065.
- Sharf, J., Primavera, L. & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637-645. doi: 10.1037/a0021175.
- Silva, F. M., & Mota, C. P. (2018). Vinculação aos pais, adversidade na infância e desenvolvimento de psicopatologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 175-192.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., & Silva (2009). Vinculação e Psicopatologia. In I. Soares, *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação* (2º Ed, pp.195-240). Braga: Psiquilíbrios.
- Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- Sroufe, L. A., Carlson, E., Levy, A. & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for development psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-14.

- Sroufe, L.A. (2007). The place of development in developmental psychopathology. In: Masten, A.S., editor. *Multilevel dynamics in developmental psychopathology: The Minnesota Symposia on Child Psychology*. Vol. 34. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 285-299.
- Sroufe, L.A., Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Dev.* 55(1), 17-29.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 10.
- Swift, J. & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547.
- Swift, J., & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Publicação online. doi:10.1037/a0028226
- Uytun, M., Oztop, B., Esel, E., & Mdusunen, A. (2013). Evaluating the attachment behaviour in during puberty and adulthood. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 177-189.
- Veiga-Correia, D. S. (2012). *Vinculação e PCA: relação entre o sistema de vinculação e sistema de exploração na adult attachment interview (Doctoral thesis)*.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Waldron, B. (1995). Pathological attachment patterns in adults: their relationship to perception of social support. *Dissertation Abstract*, 56, 113.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857.

- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144.
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology, 66*(9), 965-977.
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research, 20*(4), 423- 435.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190.
- Worley, K. O., Walsh, S., & Lewis, K. (2004). An examination of parenting experiences in male perpetrators of domestic violence: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77* (1), 35-54.