



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Carlos Daniel de Andrade Marinho

**Motivos de desistência em terapia:
A perspetiva do cliente**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Carlos Daniel de Andrade Marinho

**Motivos de desistência em terapia:
A perspetiva do cliente**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro

DECLARAÇÃO

Nome: Carlos Daniel de Andrade Marinho

Endereço eletrónico: ca_marinho@sapo.pt

Número do Cartão de Cidadão: 12787791 6ZY4

Título da dissertação: Motivos de desistência em terapia: A perspetiva do cliente

Orientadora: Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado: Mestrado em Psicologia Aplicada

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 12/06/2015

Assinatura: _____

Índice

| | |
|----------------------------------|----|
| Agradecimentos..... | 4 |
| Resumo..... | 6 |
| Abstract | 7 |
| Introdução..... | 8 |
| Metodologia | 11 |
| Participantes | 11 |
| Instrumento..... | 12 |
| Procedimento..... | 14 |
| Análise de Dados..... | 15 |
| Resultados | 16 |
| Discussão..... | 25 |
| Referências bibliográficas | 30 |

Agradecimentos

“In the religion of the once-born the world is a sort of rectilinear or one-storied affair, whose accounts are kept in one denomination (...). In the religion of the twice-born, on the other hand, the world is a double-storied mystery.”

William James

“Beginnings are always delightful; the threshold is the place to pause.”

Goethe

Grande foi a generosidade de tantas pessoas, de tantas instituições e entidades, sem o contributo e apoio das quais, não teria sido possível a concretização deste projeto – a todos e todas, a minha mais sentida gratidão.

À Psicologia, eterna escola, por me doutrinar na responsabilidade de unir e conciliar – pela superação, pela arte do renascimento, vezes e vezes sem conta. À Universidade do Minho, contexto institucional e relacional de apoio e desafio de algumas das minhas mais significativas aprendizagens pessoais, pela segunda casa, pela segunda vez, por me mostrar que o recomeço é sempre possível.

À Professora Doutora Eugénia, orientadora científica deste estudo, pela oportunidade de integração na sua equipa, e pelo consistente exemplo de determinação, rigor e sentido crítico, tão influente no desenvolvimento da minha identidade profissional.

À equipa do Grupo de Investigação de Relação Terapêutica – todos os alunos de mestrado e doutoramento, em diferentes fases da investigação – pela entusiástica disponibilidade, pelo espírito de entreatajuda, por todas as interrogações e conselhos, oportunidades únicas de crescimento pessoal e profissional. Um especial agradecimento à Dulce Pinto, exemplo de máxima competência, esforçado empenho e visão de futuro, pelas palavras de reconhecimento e de incentivo. E também à Dra. Raquel Rebelo, pela passagem de testemunho.

Ao Serviço de Psicologia da Universidade do Minho, na pessoa do Dr. Paulo Machado e ao Dr. António Ribeiro, pela autorização e apoio na recolha da amostra. À Clínica Psiquilíbrios, na pessoa da Dra. Vera Ramalho, pelo interesse demonstrado e animadora prestabilidade. Ao Dr. Raúl Xavier da Universidade do Porto, à Dra. Armanda Gonçalves da Universidade Católica de Braga; à Dra. Zita Sousa, do ESTSP; à Dra. Ana Melo da Universidade de Coimbra; à Dra. Célia Figueira da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, à Dra. Graça Seco da Universidade de Leiria; e ao Dr. Cláudio Fernandes, Coordenador do Gabinete de Apoio Psicopedagógico da Universidade de Lisboa.

A todos os participantes que tão generosamente contribuíram com a partilha das suas experiências para as possibilidades deste estudo.

A todos os professores que, na Universidade do Minho, contribuíram para a minha formação, sobretudo ao Prof. Pedro Rosário, ao Prof. Manuel Curado, e à Prof^ª. Luísa Saavedra por acreditarem nas minhas capacidades.

A todos os meus colegas de turma de 2004/2005, especialmente à Ana Gabriel e à Liliana Rodrigues, por verem o que mais ninguém viu. Ao Jorge, ausente, presente, por ter feito a barba quando lhe pedi, e por tê-la deixado crescer quando nos despedimos. A todos os meus colegas de 2014/2015, pelo enraizamento, e apoio – especialmente ao pessoal do meu MPA, Jorge, Helena, Ana, Miriam e Daniela, e ao pessoal do MIPsi, Israel, Sara, Juliana e Francisca.

Ao meu pai, que me levou ao mar quando tive sede, e à minha mãe, que enfrentou a noite sozinha para que eu adormecesse primeiro. Ao Professor João Carlos Major, que me acompanhou ao fundo do mar, até a noite se fazer segura. À Raquel.

A todos os que, entre pressas e demoras, por necessários tempos de interrupção e ausência, aguardam um renascimento. Da eterna escola de Psicologia, a lição de uma infinita capacidade de nos reescrevermos a qualquer momento da vida – a eles, com esperança, dedico este trabalho.

Motivos de desistência em terapia: A perspectiva do cliente

Resumo

A presente investigação tem como objetivo proceder a uma análise da consistência interna dos itens do QDT – Questionário sobre a Desistência em Terapia (Ribeiro, Pinto, & Rebelo, 2013), construído para identificar fatores que contribuem para a desistência em psicoterapia, na perspectiva do cliente. Para aceder à dimensão experiencial dos participantes sobre a desistência, as respostas às questões abertas do instrumento foram sujeitas a análise temática. A amostra (N = 56) foi composta por desistentes de terapia, 37 mulheres e 19 homens adultos. Sinalizados pelos terapeutas, cada cliente foi contactado, e aceite a participação, enviaram-se o questionário e o consentimento informado. A análise dos itens foi feita com recurso ao coeficiente de correlação item-total; para o conjunto da escala sem o item recorreu-se ao alfa de Cronbach. Considerando um critério de 0.2 para a correlação item-total apropriada foram eliminados 9 itens, tendo o alfa de Cronbach indicado uma homogeneidade de 68.96 % (.918). Da análise temática emergiram quatro temas: a experiência em terapia, a otimização da terapia, fatores de desistência e a experiência em desistência. Conclui-se que os fatores associados à desistência se centram em características dos clientes, dos terapeutas, da relação e intervenção, e ainda a questões logísticas da terapia. Foram discutidas implicações para a investigação e prática clínica.

Palavras-chave: desistência em terapia, consistência interna, análise temática, QDT

Motives of therapy dropout: The client's perspective

Abstract

The present investigation aims to carry out an internal consistency analysis of the items belonging to the TDQ – Therapy Dropout Questionnaire (Ribeiro Pinto, & Rebelo, 2013), built to identify factors that contribute to dropout in psychotherapy, according to the client's perspective. To access the participant's experience on dropout, the answers to the instrument open questions' were subjected to thematic analysis. We used a sample of adult therapy dropouts (N = 56), 37 female and 19 male. Indicated by the therapists, each client was contacted and once accepted the participation, the questionnaire and informed consent were sent. The item analysis was carried out through the item-total correlation coefficient, which led to the exclusion of 9 items; for the scale without the excluded items, the Cronbach's alpha indicated 68.96% of homogeneity (.918). Thematic analysis led to the emergence of four themes: experience in therapy, therapy optimization, dropout factors and dropout experience. We concluded that therapy dropout is associated with client and therapist characteristics, intervention and therapeutic relationship characteristics, and also to therapy logistical functioning. Finally, we discuss implications for research and clinical practice.

Keywords: dropout, internal consistency, thematic analysis, TDQ

Motivos de desistência em terapia: A perspectiva do cliente

O estudo sobre desistência em psicoterapia enquadra-se nos esforços que a investigação em psicoterapia tem vindo a dirigir no sentido de melhor compreender a relação entre o processo e os resultados terapêuticos (Roth & Fonagy, 2005). Apesar do seu impacto, o fenómeno continua a requerer maior e mais profunda compreensão (Kegel & Flückiger, 2014; Swift & Greenberg, 2015). Não existe ainda consenso quanto à definição de desistência da terapia, havendo mesmo autores que avançam o termo *definition chaos* para caracterizar o seu estado-de-arte (Gastaud & Nunes, 2010). Com efeito, segundo Werbart, Andersson e Sandell (2014), a taxa de desistência varia entre 18 e 38% em função do entendimento que se tem do seu conceito, e dos vários critérios usados ao longo do tempo para defini-lo.

Para o estabelecimento de um critério que permita a classificação do cliente como desistente, e de acordo com as diretrizes de Wierzbicki e Pekarik (1993), o presente estudo adota o critério baseado no julgamento do terapeuta. De acordo com Mattek (2013), o terapeuta é quem estará mais capacitado para processar, em maior número, os fatores associados à particularidade dos casos e decidir qual o mais apropriado *status* de término do tratamento. Sob este tipo de classificação podem abrigar-se critérios tipicamente atribuídos a abordagens baseadas na duração e completamento da terapia, também eles dependentes da determinação do terapeuta (Swift & Greenberg, 2012). Por outro lado, esta classificação pode generalizar-se a qualquer modalidade de tratamento ao mesmo tempo que se sintoniza com a especificidade dos casos, o que lhe reforça a utilidade e a adequação (Gastaud & Nunes, 2010).

Remontando às décadas de 50 e 60 do século XX, os primeiros grandes estudos sobre este fenómeno indicaram uma taxa prévia à quarta sessão de 31 a 56% para psicoterapia individual, e de 33 a 50% para tratamentos de grupo (Gaudriault & Joly, 2013). Os mesmos resultados emergiram da meta-análise de Wierzbicki e Pekarik (1993); os autores compararam 125 estudos, indicando uma prevalência geral de 47%, independentemente do *setting*, tipo de tratamento e de cliente; e também da revisão de Reis e Brown (2006), a qual avançou taxas entre os 30 e os 60%. Atualmente, naquela que é a mais recente meta-análise sobre o tópico, Swift e Greenberg (2012) demonstraram que, em média, um em cada cinco clientes descontinua a terapia prematuramente. Várias são as implicações negativas para os clientes. O estudo de Reis e Brown (1999) mostrou que clientes que apenas compareceram a uma ou duas

sessões exibiram piores resultados do que os que compareceram a três ou mais sessões, ou ainda, resultados equivalentes aos que nunca iniciaram terapia.

Mais recentemente, o estudo qualitativo de Knox, Adrians, Everson, Hess, Hill e Crook-Lyon (2011) demonstrou um baixo nível de satisfação dos desistentes com o tratamento. Por outro lado, segundo o estudo clássico de Sherman e Anderson (1987, citado por Minnix et al., 2004), é reforçada nos clientes a crença de que os problemas não são passíveis de tratamento terapêutico; a gravidade do problema passa a exacerbar-se, e a determinação em procurar ajuda futura é desencorajada.

Já para os terapeutas, a desistência é considerada a terceira maior fonte de *stress* ocupacional (Farber, 1983). Este fenómeno ameaça lesar a percepção de autoconfiança e autoeficácia dos terapeutas, podendo levá-los ao confronto com sentimentos de perda, de impotência, e desmoralização (Gaudriault & Joly, 2013). Por outro lado, pode potenciar o desenvolvimento de estratégias de *coping* desajustadas, como o distanciamento ou o envolvimento excessivo (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005).

A contradição que caracteriza os estudos sobre desistência tem vindo a dificultar a sistematização, comparação e replicação de resultados, impedindo a generalização de conclusões. No número de problemas metodológico-analíticos contam-se o reduzido e restrito universo amostral – e.g., pacientes diagnosticados com uma perturbação mental ou pacientes num único *setting* de tratamento (Issakidis & Andrews, 2004; Sales, 2003); a indiferenciação entre grupos de adultos e crianças (Kazdin & Mazurick, 1994); e a utilização incorreta de métodos de análise de dados adequados (Corning, Malofeeva, & Bucchianeri, 2007).

O estudo sobre preditores de desistência tem vindo a focar diferentes variáveis, ainda que não haja consenso quanto a um padrão específico de preditores (Lopes, Gonçalves, Sinai, & Machado, 2015).

Relativamente a fatores contextuais-ambientais, consideram-se aspetos como o intervalo de tempo entre a marcação e o acolhimento propriamente dito, a insustentabilidade financeira, a mudança de residência, ou ainda a indicação por terceiros (e.g., médico, familiar), enquanto potencial indicador de baixa motivação (Westmacott et al., 2010).

Quanto a fatores relacionados com o terapeuta, parece existir uma relação negativa entre desistência e variáveis como a experiência e formação, o uso de uma abordagem eclética, a adequação à especificidade do cliente, a aceitação da responsabilidade pelos erros clínicos reais ou percebidos, a postura empática e a capacidade de criar um clima de colaboração e de comunicação aberta (Reis & Brown, 1999).

Nos fatores atinentes ao cliente, incluem-se variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas com a terapia. Os preditores sociodemográficos mais consistentes incluem a menor idade, a pertença a grupos culturais e étnicos minoritários, e os baixos níveis de educação e *status* socioeconómico (Swift & Greenberg, 2012; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Além destes, contam-se ainda o tipo e severidade da problemática, sendo menos responsivos os clientes que padecem de condições crónicas; 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 reduzida prontidão para a mudança (Prochaska, 1999), a reduzida tolerância à frustração, a pobre capacidade de *insight* (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993), os estilos de relacionamento interpessoal ambivalente-inseguro, as crenças de autoavaliação negativas (e.g., baixa autoestima), o *locus* de controlo externo, o evitamento defensivo e a necessidade de aprovação externa (Clarkin & Levy, 2004).

Mais recentemente, a investigação tem vindo a incluir não só variáveis associadas a cada um dos elementos individuais da díade, mas também variáveis de natureza interativa e relacional, contemplando a perspetiva de ambos sobre a experiência terapêutica (Roos & Werbart, 2013). Em termos históricos começou-se por destacar a perspetiva do terapeuta, sequenciando a ideia de que este seria o agente primário da terapia; só mais recentemente se focou atenção sobre a perspetiva do cliente (Sackett, Lawson & Burge, 2012).

A perspetiva dos clientes constitui a fonte mais direta de informação sobre a qualidade percebida da relação terapêutica, do estilo relacional do terapeuta e do maior ou menor grau em que os diferentes aspetos da sessão estão capazes de ajudá-los (Elliott & James, 1989). Neste sentido, encontra-se mais fortemente associada ao sucesso terapêutico do que a do terapeuta (Horvath & Bedi, 2002).

O estudo de elementos-chave da experiência do cliente permite aprofundar e estender a compreensão teórica acerca dos seus objetivos, intenções e expectativas terapêuticas, mas também de processos cobertos tais como insatisfação velada ou o evitamento consciente; por seu turno, potencia aos terapeutas selecionar, operar e modificar intervenções no sentido de garantir o progresso (Elliott & James, 1989).

Para aplicar este saber ao planeamento, adaptação e validação externa das decisões clínicas importa desenvolver medidas capazes de identificar casos em risco de desistência, isolar preditores do fenómeno e, conseqüentemente, incorrer processos preventivos (Egan, 2005).

Nesta sequência, foi construído o QDT – Questionário sobre a Desistência em Terapia (Ribeiro, Pinto, & Rebelo, 2013), construído para identificar e compreender fatores que contribuem para a desistência, na perspectiva do cliente.

Para que este questionário possa informar decisões no âmbito da prática clínica e investigativa é necessário que ele represente fidedignamente a experiência do cliente, o que, em parte, é assegurado pela estabilidade da sua estrutura dimensional e pelo cumprimento de critérios de validade das suas propriedades psicométricas. Concordantemente, procedemos a um estudo da consistência interna do QDT, verificando se os itens do instrumento estão capazes de avaliar um mesmo e determinado constructo, expressando o grau de confiança e/ou exatidão dos dados. De forma concorrente, para aceder à dimensão experiencial dos clientes, realizámos também uma análise temática a partir das respostas dadas às cinco questões abertas que o instrumento apresenta.

Metodologia

Participantes

Variáveis demográficas

A amostra recolhida foi formada pelos clientes sinalizados como desistentes em clínicas privadas e diferentes serviços universitários de apoio psicológico, desde setembro de 2013 a maio de 2015. O número efetivo de participantes foi 56, 37 sujeitos (66.1%) do sexo feminino e 19 (33.9%) do sexo masculino; a média de idades foi de 30.82 (DP = 11.06), variando entre os 19 e os 67.

Variáveis relativas à terapia

Da amostra total, 31 sujeitos (55.4%) procuraram ajuda por iniciativa própria; 7 sujeitos (12.5%) vinham reencaminhados de outro técnico ou profissional de saúde; e 18 sujeitos (30.4%) vinham por aconselhamento de alguém próximo.

Após a desistência, 12 sujeitos (21.4%) voltaram a procurar acompanhamento psicológico. Questionados sobre se procurariam a ajuda do/da mesmo/a terapeuta caso voltassem a precisar de ajuda, só 1 cliente (8.1%) respondeu afirmativamente.

Quanto à prontidão para a mudança, 3 sujeitos (5.4%) acreditavam que não tinham qualquer problema e/ou não sabiam bem o que se passava consigo; 24 sujeitos (42.9%) sabiam que tinham um problema, mas sentiam-se incapazes de resolvê-lo; 23 sujeitos (41.1%)

queriam resolver o seu problema, mas não sabiam como; e 6 sujeitos (10.7%) começaram a resolver o seu problema, mas não totalmente.

Quanto a mudanças significativas na vida dos clientes durante o período de psicoterapia, 5 sujeitos (8.9%) indicaram a mudança de residência; 4 (7.1%) ficaram desempregados/as e/ou a sua situação económica piorou; 2 (3.6%) mudaram de emprego, cargo e/ou horário de trabalho; 1 sujeito (1.8%) indicou ter engravidado ou ter tido a sua companheira grávida; 2 (3.6%) indicaram ter ficado doentes ou ter ficado doente alguém importante para si; 2 (3.6%) identificaram a morte de outro significativo; 5 (8.9%) indicaram que a sua relação amorosa terminou e 3 sujeitos (5.4%) iniciaram uma nova relação amorosa.

Um total de 28 sujeitos (50%) indicou que a decisão da desistência foi tomada apenas após a última sessão a que compareceu, enquanto 17% (830.4%) indicou que aquela foi uma hipótese colocada ao longo do processo terapêutico.

Após a decisão da interrupção da terapia, apenas 16 sujeitos (28.6%) o comunicaram ao terapeuta.

Instrumento

O Questionário de Desistência da Terapia (Ribeiro, Pinto, & Rebelo, 2013) inclui onze questões fechadas atinentes à caracterização dos participantes, uma escala de 29 itens acerca de motivos associados à desistência em psicoterapia, e cinco questões abertas acerca da experiência em terapia e da desistência em terapia.

As questões de caracterização dos participantes focam a procura de ajuda psicológica [“Relativamente ao processo referido, foi a primeira vez que procurou ajuda por motivos psicológicos ou psiquiátricos?”; “Na altura, procurou ajuda por: Iniciativa própria?; Reencaminhamento de outro técnico ou profissional de saúde (assistente social, médico de família, psiquiatra, etc.)?; Aconselhamento de alguém próximo (amigo, familiar, cônjuge, etc.)?”; “No momento em que procurou ajuda, encontrava-se medicado/a por motivos psicológicos ou psiquiátricos?”, “No momento em que procurou ajuda, tinha tentado ou pensava em pôr termo à sua própria vida?”; “Entretanto, voltou a procurar acompanhamento psicológico?”, “Se voltasse a precisar de ajuda, procuraria a ajuda do/da mesmo/a terapeuta?”]; além da procura de ajuda psicológica, estas questões focam também o tempo de espera de atendimento do cliente (“Quanto tempo decorreu entre o seu primeiro contacto com o Serviço de Psicologia e a primeira sessão terapêutica?”), a prontidão para a mudança (“Quando iniciou a terapia: Acreditava que não tinha qualquer problema e/ou não sabia bem o que se passava consigo?; Sabia que tinha um problema, mas sentia-se incapaz para o

resolver?; Queria resolver o seu problema, mas não sabia como?; Estava a começar a resolver o seu problema, mas não totalmente?; Já tinha resolvido o seu problema, mas queria ter a certeza de que não voltaria a sentir-se mal?); os motivos de desistência (“No decurso da terapia, houve alguma mudança significativa na sua vida?”); a decisão de interrupção da terapia (“A sua decisão de interromper a terapia foi: Tomada apenas após a última sessão a que compareceu?; Uma hipótese que foi colocando ao longo do processo terapêutico?”) e a comunicação da desistência (“Quando resolveu interromper a terapia comunicou-o ao/a seu/sua terapeuta?”).

O QDT inclui 29 itens avaliados segundo uma escala tipo Likert de cinco pontos (sendo que 1 equivale a “Nada importante” e 5 a “Extremamente importante”).

Os primeiros 10 itens sofreram uma tradução e adaptação dos itens originais apresentados por Westmacott et al. (2010). Os restantes itens foram criados pelos investigadores tendo em conta as variáveis relatadas na literatura como estando associadas à desistência.

Os itens referentes à relação terapêutica em geral tiveram por base os estudos de Johansson e Eklund (2006); de Knox et al. (2011); de Principe, Marci, Glick, & Ablon (2006), e de Tryon (1999) (“Não me sentia compreendido/a pelo/a meu/minha terapeuta”, “Sentia que o/a meu/minha terapeuta estava desiludido/a comigo”, “Sentia que o meu/minha terapeuta não se preocupava verdadeiramente comigo”, “O/a meu/minha terapeuta era arrogante comigo”, “Sentia que o/a meu/minha terapeuta não simpatizava comigo”, “Sentia dificuldade em relacionar-me com o/a meu/minha terapeuta”).

Os itens atinentes à aliança terapêutica (“Não concordava com o/a meu/minha terapeuta acerca do rumo da terapia” e “Não gostava das tarefas para casa que o/a meu/minha terapeuta me pedia para fazer”) foram baseados nos estudos de Johansson e Eklund (2006), bem como de Sharf, Primavera e Diener (2010).

A construção dos itens atinentes às expectativas de resultado (“Pensava que o meu problema se resolveria mais facilmente e em menos tempo”; “Nunca acreditei, desde o início, que a terapia me pudesse ajudar”, “Pensava que a terapia iria ser mais breve”) teve por base estudos de Corning, Malofeeva e Bucchianeri (2007), Garcia e Weisz (2002), Hansen, Hoogduin, Schaap e De Hann (1992), Mueller e Pekarik (2000), Reis e Brown (1999) e Swift e Callahan (2011); por sua vez, o item relativo às expectativas de papel (“Esperava que o/a meu/minha terapeuta me tivesse aconselhado mais sobre o que fazer para resolver o meu problema”) baseou-se nos estudos de Dew e Bickman (2005), bem como de Reis e Brown (1999).

Os itens sobre o alcance dos objetivos e melhoria sintomática (“O meu problema foi resolvido”, “Comecei a sentir-me melhor”, “Não sentia necessidade de continuar na terapia”) basearam-se no estudo de Klenck (2012).

Quanto aos itens relacionados com a prontidão para a mudança, “A terapia estava a ser demasiado exigente do ponto de vista emocional” e “Resolver o meu problema implicava tomar algumas decisões difíceis para mim”, basearam-se nos estudos de Prochaska e Norcross (2001), bem como nos de Smith, Subich e Kalodner (1995).

Já a construção dos itens referentes a variáveis de âmbito externo à terapia apoiou-se nos estudos de Westmacott et al. (2010) (“Senti-me pressionado/a a fazê-lo por parte de uma pessoa próxima”, “Tinha dificuldade em deslocar-me ao Serviço de Psicologia”).

Por fim, o QDT inclui cinco questões abertas, focadas na experiência sobre a terapia e a desistência da terapia (“Como é que foi, para si, estar em terapia?”; “O que é que gostaria que tivesse sido diferente na terapia?”; “Como é que foi para si interromper a terapia?”; “Em que medida considera que o/a seu/sua terapeuta contribuiu para que tivesse interrompido a terapia?”; e “Em que medida considera que as suas próprias ações, pensamentos, sentimentos e/ou características contribuíram para que tivesse interrompido a terapia?”).

O instrumento foi elaborado em duas versões paralelas, uma dirigida ao cliente e outra ao terapeuta, ambas as versões foram revistas pela orientadora do estudo. Para este estudo apenas se utilizou a versão do cliente. Além do suporte manual, o QDT foi também construído em versão *online*.

Procedimento

Solicitada a colaboração das direções técnicas/clínicas dos vários serviços, foi autorizado o contacto com clientes e terapeutas, de forma a iniciar a recolha de dados. Foram apresentados como critérios de inclusão amostral uma idade superior a 18 anos e a comparência a pelo menos uma sessão de psicoterapia.

Depois de sinalizados pelos terapeutas, cada um dos clientes foi contactado via telefone e/ou *e-mail*; clarificou-se a natureza voluntária da participação, e a isenção de qualquer custo económico. Aceite a colaboração, foram enviados o questionário e o consentimento informado, via correio normal e *e-mail*.

No total, foram contactados 85 clientes, dos quais 61 concordaram em participar e dos quais 91% responderam efetivamente ao questionário. Cinco clientes declararam não querer participar, com 3 deles a atribuí-lo à falta de tempo. Oito clientes pediram para ser novamente contactados a uma hora de maior disponibilidade, mas aquando do novo contacto, não

atenderam nem responderam aos *e-mails*. Também o número de telefone de 3 clientes já não estava atribuído, e não se dispunha dos respetivos contactos eletrónicos.

Análise de dados

A maior parte dos estudos sobre a desistência da terapia, focados na experiência dos clientes, tem-se servido de metodologia de natureza quantitativa (Knox et al., 2011). De acordo com os objetivos delineados, e considerando a relevância de aceder à dimensão experiencial dos clientes, realizou-se um estudo de natureza mista. A abordagem de implementação foi concorrente triangular (Creswell, Clark, Gutmann, & Hanson, 2003), já que a recolha e análise dos dados quantitativos e qualitativos ocorreu ao mesmo tempo, e a prioridade dada aos mesmos foi igual. A análise foi feita separadamente, e a integração dos dados ocorreu na fase interpretativa dos mesmos, discutindo-se até que ponto a informação converge.

Análise de dados quantitativos

As questões fechadas que contribuíram para a caracterização da amostra tiveram por base medidas de estatística descritiva.

Para o estudo da consistência interna do QDT, verificando a homogeneidade dos itens do instrumento, procedemos a uma análise dos itens (Almeida & Freire, 1997). Para cumprir este objetivo, utilizámos três ações diagnósticas: o alfa de Cronbach para a escala; o coeficiente de correlação item-total e o alfa de Cronbach após a eliminação dos itens pouco discriminantes (Zubairi & Kassim, 2006).

Foi considerado um critério de 0.2 para a correlação item-total apropriada (Field, 2005; Kline, 1993; Streiner & Norman, 1991); um valor de correlação item-total inferior indica que o item não correlaciona bem com o total da escala, devendo ser eliminado; como mínimo aceitável para o alfa de Cronbach, foi considerado um valor superior a 0.70.

Os dados obtidos foram tratados com recurso a estatística descritiva e analítica através do programa SPSS Statistics, versão 22.

Análise dos dados qualitativos

De forma concorrente, para aceder à dimensão experiencial dos clientes, realizámos também uma análise temática, conforme o método descrito por Braun e Clarke (2006). Estas autoras definem a análise temática como um método qualitativo que permite identificar, analisar e relatar padrões, a partir dos próprios dados, organizando-os e descrevendo-os detalhadamente.

Uma vez que se pretendeu aceder aos relatos das experiências e dos significados dos participantes, a partir da sua própria perspectiva, o nosso posicionamento teórico foi construtivista. Quanto ao tipo de análise, optámos por uma descrição detalhada de todos os dados, tendo por base uma análise temática indutiva dos mesmos, o que significa que os temas identificados se encontram fortemente relacionados com os dados (Patton, 1990).

Foram tomadas como unidades de análise as respostas dos clientes a cada uma das 5 questões abertas, começando-se por fazer uma leitura flutuante daquelas. De seguida, procedeu-se à criação inicial de códigos através da identificação sistemática de conteúdos semânticos semelhantes nas respostas, sendo que esta categorização não foi mutuamente exclusiva (Tuckett, 2005). Continuamente, os códigos foram relacionados por semelhança a nível de conteúdo semântico, e organizados em categorias e subcategorias. Depois, procedemos a uma junção de todas as categorias formadas, independentemente das questões, integrando as que se sobrepunham.

Por último foram criados, revistos e nomeados os temas, com base no significado explícito/semântico dos dados.

Para assegurar a confiabilidade da análise temática, o processo foi sujeito a auditoria, a cargo da orientadora científica do estudo, investigadora na área da Psicologia Clínica, com formação e mais de 20 anos de experiência em psicoterapia.

Resultados

Estudo quantitativo: Estudo da homogeneidade dos itens

A análise dos itens permitiu concluir que dos 29 itens iniciais apenas 20 apresentaram correlações iguais ou superiores a 0.20 (Field, 2005; Kline, 1993); neste grupo inserem-se os itens 2, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29; ou seja, 68.96% (20 em 29) dos itens que compõem a versão inicial do QDT.

Detetámos que os itens 1, 3, 7, 10, 11, 12, 14, 18 e 22 têm correlações não significativas com o total (cf. Tabela 1). Estes dados sugerem que os itens em causa são

ambíguos ou têm relativamente pouco a ver com o construto subjacente à escala (Nunnally, 1978).

Como os coeficientes de correlação item-total corrigido são considerados indicadores mais precisos e relevantes da homogeneidade interna do instrumento (Ribeiro, 1999), decidimos eliminar estes 9 itens, ficando o questionário com um total de 20 itens.

Tabela 1

Estatísticas de item-total

| Item | Média da escala se o item for excluído | Variância de escala se o item for excluído | Correlação de item-total corrigida | Correlação múltipla ao quadrado | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
|--|---|---|---|--|--|
| I1: Alcancei os objetivos definidos quando procurei ajuda. | 58,80 | 344,543 | -,012 | ,677 | ,387 |
| I2: Não me sentia compreendido/a pelo/a meu/minha terapeuta. | 58,78 | 323,648 | ,389 | ,867 | ,346 |
| I3: Tinha dificuldade em gerir o meu tempo para comparecer às sessões. | 58,48 | 342,405 | ,017 | ,583 | ,385 |
| I4: Não confiava na capacidade do/da meu/minha terapeuta para me ajudar. | 58,94 | 325,299 | ,369 | ,920 | ,349 |
| I5: Sentia que o/a meu/minha terapeuta estava desiludido/a comigo. | 59,46 | 329,536 | ,369 | ,678 | ,356 |
| I6: A terapia não me estava a ajudar. | 58,44 | 332,252 | ,233 | ,764 | ,364 |
| I7: Não podia continuar a despende dinheiro por causa da terapia. | 58,06 | 346,318 | -,058 | ,327 | ,393 |
| I8: Não concordava com o/a meu/minha terapeuta acerca do rumo da terapia. | 58,93 | 325,013 | ,392 | ,833 | ,348 |
| I9: A terapia estava a fazer-me sentir pior. | 59,30 | 326,741 | ,373 | ,836 | ,352 |
| I10: Decidi procurar ajuda num outro local ou junto de um/a outro/a terapeuta. | 59,44 | 335,648 | ,173 | ,817 | ,370 |
| I11: Pensava que a terapia iria ser mais breve. | 59,41 | 338,095 | ,137 | ,784 | ,374 |

| | | | | | |
|--|-------|---------|-------------|------|------|
| I12: Tinha dificuldade em deslocar-me ao Serviço de Psicologia. | 57,59 | 228,359 | -,147 | ,242 | ,849 |
| I13: Sentia que o meu terapeuta não se preocupava verdadeiramente comigo. | 59,28 | 327,450 | ,399 | ,764 | ,352 |
| I14: Não sentia necessidade de continuar na terapia. | 58,57 | 339,004 | ,102 | ,631 | ,377 |
| I15: Não gostava das tarefas para casa que o/a meu/minha terapeuta me pedia para fazer. | 59,48 | 335,613 | ,293 | ,678 | ,367 |
| I16: Pensava que o meu problema se resolveria mais facilmente e em menos tempo. | 59,24 | 333,809 | ,227 | ,804 | ,366 |
| I17: Sentia-me desconfortável ao falar de assuntos pessoais com o/a meu/minha terapeuta. | 59,30 | 331,646 | ,343 | ,759 | ,360 |
| I18: O meu problema foi resolvido. | 59,22 | 344,931 | -,020 | ,724 | ,387 |
| I19: O/a meu/minha terapeuta era arrogante comigo. | 59,78 | 337,535 | ,315 | ,798 | ,370 |
| I20: Perdi o interesse na terapia. | 58,91 | 328,161 | ,386 | ,755 | ,354 |
| I21: A terapia estava a ser demasiado exigente do ponto de vista emocional. | 59,37 | 326,690 | ,451 | ,798 | ,350 |
| I22: Comecei a sentir-me melhor. | 58,67 | 341,396 | ,048 | ,613 | ,381 |
| I23: Sentia que o/a meu/minha terapeuta não simpatizava comigo. | 59,48 | 334,783 | ,273 | ,634 | ,366 |
| I24: Nunca acreditei, desde o início, que a terapia me pudesse ajudar. | 59,44 | 328,403 | ,460 | ,884 | ,353 |
| I25: A terapia não estava a corresponder às minhas expectativas. | 58,74 | 322,913 | ,417 | ,887 | ,344 |
| I26: Senti-me pressionado/a a fazê-lo por parte de uma pessoa próxima. | 59,72 | 338,242 | ,236 | ,728 | ,372 |
| I27: Esperava que o/a meu/minha terapeuta me tivesse aconselhado mais | 58,85 | 321,827 | ,450 | ,863 | ,342 |

| | | | | | |
|--|-------|---------|-------------|------|------|
| sobre o que fazer para resolver o meu problema. | | | | | |
| I28: Resolver o meu problema implicava tomar algumas decisões difíceis para mim. | 58,65 | 330,723 | ,252 | ,599 | ,361 |
| I29: Sentia dificuldade em relacionar-me com o/a meu/minha terapeuta. | 59,30 | 324,363 | ,496 | ,941 | ,345 |

Nota. Foram eliminados todos os itens (9 itens) que apresentaram correlações não significativas com o total. Aqueles que apresentaram correlações iguais ou superiores a 0.2 foram mantidos e encontram-se assinalados a *bold* na tabela.

Alfa de Cronbach

Calculado para o conjunto inicial de 29 itens, o alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) indicou um valor de .383. Na ausência dos 9 itens, o alfa aumentou para .918, o que comprova uma homogeneidade de 68.96 % (20 em 29) dos itens da escala.

Estudo qualitativo: Análise temática

Do processo de análise temática emergiram quatro temas centrais: Experiência em terapia, Otimização da terapia, Fatores de desistência e Experiência de desistência. Os temas principais, bem como os subtemas que os estruturam são descritos a seguir:

Tema: “Experiência em Terapia”

Este tema concentra as perspectivas dos participantes em torno da sua vivência em contexto terapêutico, abrangendo cinco categorias: Apreciação geral da experiência, Fatores de satisfação com a terapia, Facilitadores da terapia, Fatores de insatisfação com a terapia, e Obstáculos à terapia.

Categoria: Apreciação geral da experiência

Na sua apreciação geral, alguns participantes caracterizaram a experiência terapêutica como sendo de baixo impacto, ou de impacto não significativo (cf., participante C14, “Já estava habituada”; participante C37, “Normal”); outros frisaram a sua natureza inovadora (cf., participante C31, “Diferente, ajudou falar dos meus problemas com um desconhecido, uma vez que com amigos ou família era praticamente impossível falar abertamente acerca dos problemas”); outros percebem a experiência como positiva,

identificando a satisfação com aquela (cf., participante C38, “Fiquei satisfeito e aconselhava a fazer o mesmo”). Por outro lado, os restantes participantes descreveram a experiência como negativa, classificando-a como insatisfatória (cf., participante C7, “não estava a gostar do método usado. Não me ajudou em nada”), desconfortável (cf., participante C11, “Um tormento, não ficava aliviada”), e exigente; esta última descrição engloba a exigência emocional (cf., participante C42, “Era stressante, os meus sentimentos todos vinham à flor da pele, sentia tremores, suores”), a confusão (cf., participante C39, “Cheguei a uma determinada altura em que já me sentia mais confusa do que quando comecei”), a dificuldade na exposição pessoal (cf., participante C27, “não conseguia expressar-me ou falar claramente do meu problema, visto que estava a falar com uma pessoa que não sabia nada da minha história”), e a dificuldade na realização de tarefas (cf., participante C13, “não concordava ou não me sentia capaz de fazer algumas das tarefas que a terapeuta me desafia a fazer”).

Categoria: Fatores de satisfação com a terapia

Na identificação de fatores de satisfação com a terapia, os participantes fizeram referência à forma como a terapia permite desabafar/falar sobre os problemas, a resolução partilhada dos problemas, o estímulo ao autoconhecimento (cf., participante C17, “Ajudou bastante a elucidar alguns pontos cruciais nos meus comportamentos”), bem como o incentivo à valorização pessoal; no respeitante a este último fator, foram incluídos o aumento de autoestima, o maior foco no próprio, o aumento da autoaceitação, o aumento do número de objetivos pessoais, o aumento da autoconfiança, o sentir-se compreendido/a, e o não ser julgado/a.

Categoria: Facilitadores da terapia

Na identificação de facilitadores da terapia, a perceção dos clientes dividiu-se em fatores do terapeuta e fatores diádicos. No que toca aos primeiros, foram focadas a demonstração de preocupação (cf., participante C3, “profissional preocupada e interessada em mim e nos meus problemas”), a qualificação profissional (cf., participante C15, “Sabia também que estava a falar com alguém que tinha conhecimentos médicos e científicos para me ajudar”), e a honestidade (C26, “pude falar dos meus problemas com alguém profissional que me deu conselhos e respostas objetivas e honestas”). Relativamente aos segundos, os participantes apontaram o à-vontade na relação e a empatia com o/a terapeuta.

Categoria: Fatores de insatisfação com a terapia

Como fatores de insatisfação com a terapia foram listadas a ausência de resultados, a perda de tempo, a frustração de expectativas (cf., participante C33, “Tinha expectativas diferentes, por isso considerei frustrante”), o desacordo face à intervenção proposta (cf., participante C13, “comecei a sentir que – no meu íntimo – não concordava ou não me sentia capaz de fazer algumas das tarefas que a terapeuta me desafiava a fazer”), o descrédito em relação ao/à terapeuta (cf., participante C50, “não acreditava muito no que o terapeuta dizia”), a pouca colaboração (cf., participante C5, “apenas me estava a fazer perguntas e não estava a ouvir as respostas”) e o sentir-se julgado/a (cf., participante C12, “Senti que estava a falar com alguém que achava que eu estava simplesmente a queixar-me sem razão, logo, sentia que estava a ser, de certo modo, julgada”).

Categoria: Obstáculos à terapia

Foram também identificados obstáculos à terapia, divididos entre fatores associados ao cliente, os quais incluem a impaciência, o pouco envolvimento e a desejabilidade social face ao terapeuta (cf., participante C12, “sentia que devia dizer sempre o politicamente correto”); fatores associados ao terapeuta, de que fazem parte a similaridade com o sexo do terapeuta e a falta de objetividade na intervenção; e ainda, como fator externo, a pressão de outros significativos (cf., participante C18, “foi mais importante para a minha família, saber que estaria a ser acompanhada do que propriamente para mim”).

Tema: “Otimização da terapia”

Este tema inclui a perspectiva dos participantes quanto ao que pode levar à melhoria do processo terapêutico, e integra quatro categorias: Fatores do cliente na otimização da terapia, Fatores do terapeuta na otimização da terapia, Fatores da intervenção na otimização da terapia e Alterações no funcionamento logístico na otimização da terapia.

Categoria: Fatores do cliente para a otimização da terapia

Nesta categoria foram listadas a maior facilidade na exposição pessoal do problema, a maior preparação para o confronto com a terapia (cf., participante C38, “Fui para a terapia no tempo errado”), e o maior envolvimento no processo terapêutico.

Categoria: Fatores do terapeuta na otimização da terapia

Os fatores associados ao terapeuta na melhoria do processo terapêutico integraram o maior envolvimento no processo terapêutico, a maior capacidade de compreensão empática (cf., participante C41, “Que a minha terapeuta se tivesse centrado mais no meu problema, e em como eu me sentia”), e o maior à-vontade do terapeuta.

Categoria: Fatores da intervenção na otimização da terapia

No que concerne à intervenção, os fatores de otimização passaram pela maior objetividade na compreensão e resolução do problema, pela maior rapidez na compreensão do problema, pela maior adequação à individualidade do cliente, pela maior centração no presente, pela compreensão multifocada dos problemas [cf., participante C13, “(a problemática) deveria ser atacada simultaneamente de várias frentes ou, mais simplesmente, de outra maneira”], pelo maior pragmatismo no aconselhamento, pela maior prevalência de um diálogo de apoio, pela elucidação acerca do plano de intervenção e pelo maior poder motivacional.

Categoria: Alterações no funcionamento logístico na otimização da terapia:

Quanto a alterações no funcionamento logístico, foram identificados um plano de pagamento mais acessível, o aumento da duração do tratamento por sessão, o número de sessões mais reduzido, e a maior flexibilidade na compatibilidade de horários.

Tema: “Experiência de desistência”

Este tema reúne a perspectiva dos participantes acerca da vivência da desistência do processo terapêutico, e distribui-se em quatro categorias: Baixo impacto, Reflexões posteriores à terapia, Impacto positivo e Impacto negativo.

Categoria: Baixo impacto

A categoria de baixo impacto concentra a perspectiva da desistência como um processo natural, sendo que o seu baixo impacto se ficou a dever ao maior envolvimento no trabalho (cf., participante C2, “Como estava num momento de muito trabalho e pouco tempo, não senti muito”), à curta extensão do processo terapêutico, bem como à irresolução do problema, ou à resolução do problema.

Categoria: Reflexões posteriores à terapia

Esta categoria é formada pelo registo de participantes quanto a reflexões posteriores ao acompanhamento; alguns clientes disseram não pensar na interrupção, outros não sentiam necessidade de regressar, enquanto os restantes expressaram sentir falta da terapia (cf., participante C51, “Houve momentos em que me fez falta”).

Categoria: Impacto positivo

Nesta categoria, inseriram-se a experiência de alívio e a experiência de libertação como impactos positivos associados à desistência (cf., participante C12, “Foi um alívio. Foi como tirar um peso de cima de mim”; participante C39, “Libertador... acabar com uma frustração e procurar ajuda onde realmente me sentia enquadrada e compreendida”).

Categoria: Impacto negativo

Por último, na categoria de impacto negativo da desistência, foram incluídas experiências emocionais negativas (cf., participante C33, “Foi uma sensação triste e de derrota”), a dificuldade associada à interrupção de progresso (cf., participante C47, “Foi um pouco difícil ao início, pois estava a sentir progresso”), a experiência negativa por irresolução dos problemas, e a experiência negativa por consideração de alternativa farmacológica (cf., participante C48, “pensei, prontos, não se resolveu os meus problemas, tenho que ir ao Psiquiatra e tomar remédios, remédios, para sempre”).

Tema: “Fatores de desistência”

Este tema reúne a perspetiva dos participantes acerca dos fatores que contribuem para a desistência, e subdivide-se em cinco categorias: Características do terapeuta, Fatores associados à intervenção, Fatores associados à relação terapêutica, Fatores associados ao cliente, e Fatores associados ao funcionamento logístico.

Categoria: Características do terapeuta

Esta categoria subdivide-se nas capacidades relacionais do terapeuta, incluindo o baixo envolvimento (cf., participante C48, “Ela tinha que me sujeitar aquele interrogatório e quase não falava, só eu”), a baixa assertividade e a pobre capacidade de compreensão empática (cf., participante C24, “Na última consulta senti alguma

hostilidade e falta de compreensão. Quase um só não resolve porque não quer”); as suas capacidades técnicas, onde se insere a pouca eficácia na compreensão e resolução dos problemas, e a abordagem pouco reflexiva; e ainda, como característica sociodemográfica, a menor idade (cf., participante C49, “mas gostaria de ter uma terapeuta mais velha e com mais experiência”).

Categoria: Fatores associados à intervenção

No número dos fatores associados à intervenção foram registadas a variedade limitada de técnicas face ao problema, a intervenção demasiado estruturada (cf., participante C48, “penso que o timing era pequeno (demasiado pequeno) 6 meses. Ela tinha que me sujeitar aquele interrogatório e quase não falava, só eu. Em 6 meses nada ou pouco se faz, a uma pessoa como eu com 40 anos na altura, e cheia de paranoias”), a pouca pertinência/inadequação das técnicas, e ainda o reencaminhamento, por parte do terapeuta, para outro profissional.

Categoria: Fatores associados à relação terapêutica

Esta categoria concentra dois fatores, a saber: o desacordo face ao rumo da terapia e a dependência do apoio terapêutico para regulação do bem-estar (cf., participante C5, “estava a sentir-me demasiado dependente”).

Categoria: Fatores associados ao cliente

No que toca a fatores associados ao cliente, foram identificadas a perceção de autossuficiência (cf., participante C12, “achei que era melhor para a minha recuperação terminar a terapia e resolver o problema por mim mesma”), as expectativas desfavoráveis à terapia (cf., participante C39, “tinha uma ideia diferente acerca das sessões”), a resistência ao confronto com a terapia (cf., participante C23, “tínhamos chegado a um patamar que estava difícil de dar mais um passo à frente”), e ainda a pressão externa [cf., participante C3, “(a) pressão dos meus pais para poupar dinheiro levou-me a desistir da terapia”].

Categoria: Fatores associados ao funcionamento logístico

Por último, desta categoria constam fatores associados ao funcionamento logístico, que englobam limitações logísticas do serviço de acompanhamento (cf., participante C29, “acredito que o acompanhamento cessou por limitações de recursos e meios do

serviço”), a interrupção das atividades do terapeuta [cf., participante C36, “Infelizmente (o terapeuta) estava em processo de final de curso e não pôde levar as sessões até ao fim”], a insustentabilidade financeira, e a incompatibilidade de horários.

Discussão

A integração sistemática de métodos qualitativos e quantitativos neste estudo sequencia o interesse em aprofundar o conhecimento acerca dos motivos de desistência em terapia, a partir da perspectiva teórica, estatística e experiencial dos clientes. Conforme Campbell e Fiske (1959), Denzin e Lincoln (2006), e Webb, Campbell, Schwartz e Sechrest (1996), a triangulação contribui também para aumentar a validação da investigação, na medida em que a obtenção e análise de dados de diferentes fontes garante maior rigor, riqueza e complexidade ao trabalho.

O estudo estatístico de consistência interna mostrou que alguns itens não contribuíram para a consistência interna do QDT; nesta situação encontram-se os itens 1, 3, 7, 10, 11, 12, 14, 18, e 22. Os itens 1 (“Alcansei os objetivos definidos quando procurei ajuda”), 14 (“Não sentia necessidade de continuar na terapia”), 18 (“O meu problema foi resolvido”) e 22 (“Comecei a sentir-me melhor”) reportam-se ao alcance dos objetivos e melhoria sintomática. Estes itens sequenciam a ideia de Pekarik (1992) sobre a desistência não ter de ser necessariamente um indicador negativo; estudos recentes indicam que os clientes que apresentam melhorias mais rápidas tendem a desistir do acompanhamento, já que deixam de percecioná-lo como necessário (Klenck, 2012). Por seu turno, os itens 3 (“Tinha dificuldade em gerir o meu tempo para comparecer às sessões”), 7 (“Não podia continuar a despender dinheiro por causa da terapia”), 10 (“Decidi procurar ajuda num outro local ou junto de um/a outro/a terapeuta”) e 12 (“Tinha dificuldade em deslocar-me ao Serviço de Psicologia”) englobam variáveis de âmbito externo à terapia, conforme as listadas por Westmacott et al. (2010). Já o item 11 (“Pensava que a terapia iria ser mais breve”) refere-se às expectativas de resultado. Por oposição aos terapeutas, a literatura refere que os clientes tendem a esperar que a duração do tratamento seja mais curta (Mueller & Pekarik, 2000; Reis & Brown, 1999; Swift & Callahan, 2011), estando esta divergência de expectativas de resultado associada à desistência em psicoterapia (Garcia & Weisz, 2002; Hansen, Hoogduin, Schaap & De Hann,

1992; Swift, 2007). Mas ainda que a construção destes itens seja informada e baseada na literatura, o critério estatístico apoia a sua exclusão. Os itens descritos acima apresentam correlações não significativas com a pontuação total, mostrando-se como os menos discriminativos e os que menos colaboram para a consistência do instrumento; se um item mede um aspeto particular de alguma variável, a correlação entre o item e o total deve ser positiva (Erthal, 1987).

Relativamente à metodologia qualitativa, os resultados mostram que, em geral, a experiência da desistência foi marcada por aspetos positivos e negativos. No que concerne a aspetos positivos é referida a satisfação com o acompanhamento, associado ao incentivo à valorização pessoal e ao autoconhecimento, emergindo várias vezes como importante o sentir-se compreendido/a, e o não ser julgado/a. Opostamente, a insatisfação é mencionada como um dos aspetos negativos da experiência; aqui, conta-se a insatisfação relativa à ausência de resultados, à frustração de expectativas, ao desacordo face à intervenção proposta, à pouca colaboração e ao sentir-se julgado/a. Por outro lado, é também referida a exigência do trabalho terapêutico, desde a exigência emocional, à dificuldade na exposição pessoal, e às dificuldades na realização de tarefas. Alguns destes últimos aspetos reemergem aquando da identificação de fatores que, na perspetiva dos clientes, se associam à desistência; concretamente, o nosso estudo mostra-se congruente com os dados de estudos que apontam a relação existente entre insatisfação com a psicoterapia e uma maior percentagem de desistência (Westmacott et al., 2010).

Os resultados da análise temática informam que o fenómeno da desistência se associa a características dos terapeutas, dos próprios clientes, bem como a fatores associados à intervenção e à relação terapêuticas, e ainda a fatores associados ao funcionamento logístico do acompanhamento. No que concerne aos primeiros, os dados da análise temática mostram-se congruentes com a literatura. Segundo Kegel e Flückiger (2014), a perceção de baixo envolvimento, de baixa capacidade de compreensão empática, e de baixa assertividade compreendem características relacionais associadas à desistência, sobretudo nas primeiras sessões do acompanhamento; no respeitante às suas capacidades técnicas, a referência à pouca eficácia na compreensão e resolução dos problemas, bem como uma abordagem pouco reflexiva surgem igualmente no estudo de Swift, Greenberg, Whipple e Kominiak (2012).

Quando à intervenção, a pouca pertinência/inadequação das técnicas é coincidente com os estudos de Messer e Wampold (2002), Norcross e Wampold (2011), e Roth e Fonagy (2005); também a variedade limitada de técnicas face ao problema e a maior estruturação da

intervenção se associam à desistência, conforme os estudos de Richmond (1992) e Roth e Fonagy (2004).

No que toca à relação terapêutica, é mencionado o desacordo face ao rumo da terapia, também identificado no estudo de Corning, Malofeeva e Bucchianeri (2007).

No que concerne ao cliente, são mencionadas as expectativas desfavoráveis à terapia, o que se mostra coerente com os estudos de Clarkin e Levy (2004), e Wampold (2001); identificadas a resistência ao confronto com a terapia, tal como avançado já por DuBrin e Zastowny (1988); por outro lado, a pressão externa tem sido vista também como um indicador de baixa motivação, associada à predição da desistência (Corning & Malofeeva, 2004).

No respeitante ao funcionamento logístico, os dados deste estudo indicam a insustentabilidade financeira e a gestão de tempo como variáveis associadas à desistência, conforme o estudo de Westmacott et al. (2010) usado na construção dos 10 primeiros itens da escala do QDT.

O recurso à metodologia qualitativa permitiu rever e elaborar as decisões relativas à redimensionação do questionário, nomeadamente no que toca à manutenção ou exclusão dos itens indicados. Tendo em conta o critério estatístico seguido, apesar das correlações não significativas destes itens com o total da escala sugerirem a sua exclusão (Nunnally, 1978), a exploração da dimensão experiencial dos clientes feita por meio da análise temática sugeriu a revisão de certos itens.

Nesta sequência, propomos a manutenção dos itens 7 (“Não podia continuar a despender dinheiro por causa da terapia”) e 3 (“Tinha dificuldade em gerir o meu tempo para comparecer às sessões”), na medida em que a insustentabilidade económica e as dificuldades na gestão do tempo são frequentemente apresentados pelos participantes deste estudo como fatores associados à desistência.

A mesma análise informa que os fatores associados à melhoria terapêutica são várias vezes referidos pelos participantes, sugerindo-se a integração dos itens 1 (“Alcansei os objetivos definidos quando procurei ajuda”), 14 (“Não sentia necessidade de continuar na terapia”), 18 (“O meu problema foi resolvido”) e 22 (“Comecei a sentir-me melhor”). Por outro lado, o item 10 (“Decidi procurar ajuda num outro local ou junto de um/a outro/a terapeuta”) poderá, em termos semânticos sugerir uma resolução posterior à decisão de desistência e não um fator explícito de desistência, acabando por tornar-se ambíguo. Por último, o item 11 (“Pensava que a terapia iria ser mais breve”) sobrepõe-se ao item 16

“Pensava que o meu problema se resolveria mais facilmente e em menos tempo”), apresentando estas últimas correlações mais significativas.

Reconhecer a necessidade de explorar a perspectiva do cliente é um avanço relativamente recente da investigação em psicoterapia (Henkelman & Paulson, 2006). Conforme assumido pelo estudo clássico de Elliott e James (1989), a análise de elementos-chave da experiência do cliente cumpre numerosas utilidades. Para McLeod (2001), o foco na experiência do cliente contribui para exercitar a capacidade empática dos terapeutas, e flexibilizar a eventual rigidez da sua postura de *insiders*; por outro lado, favorece a comunicação na díade e viabiliza a harmonização de rupturas da aliança (Safran & Muran, 2000), permitindo aos terapeutas selecionar, operar e modificar intervenções no sentido de garantirem o progresso. Importa assim que a amostra seja representativa da variedade de representações, pontos de vista e valores relativos à experiência da desistência em terapia, estudada tanto em termos de variabilidade como de consenso (Flick, 2005).

Neste estudo, porém, interessa sublinhar que o número total de elementos da amostra foi reduzido (56 sujeitos). Este reduzido e restrito número de elementos da amostra tem sido identificado como uma limitação metodológico-analítica (Issakidis & Andrews, 2004). Os autores salientam que a participação do número de desistentes em estudos tem sido demasiado pequena para permitir análises significativas, dificuldade partilhada neste estudo. Uma das maiores barreiras a este tipo de investigação é a recolha de dados, devido à dificuldade no acesso a uma população identificada como não-colaborativa. Por outro lado, importa também destacar que alguns destes casos remontam a 2013 e a inícios de 2014, podendo comportar dificuldades ao nível da rememoração da experiência terapêutica e comportar algumas limitações para o estudo (Barrett et al., 2008).

A dar continuidade ao estudo das propriedades psicométricas do QDT, sugere-se o uso da técnica de análise fatorial como forma de validação da escala (Nunnally, 1978). Neste estudo não foi possível proceder a este tipo de análise devido ao reduzido número de participantes. Field (2005) procedeu a uma revisão das várias sugestões acerca do tamanho amostral necessário à análise fatorial, concluindo que em geral, 300 casos são considerados adequados, bem como comunalidades abaixo de 0.5, o que não sucedeu no caso desta recolha. Considerando a importância da prossecução do estudo psicométrico da escala, torna-se importante expandir o tamanho amostral.

Dedicado à identificação e compreensão de fatores associados à desistência, na perspectiva do cliente, a utilização do QDT permitirá ajudar clínicos e investigadores a

traçarem um perfil de clientes em risco de desistência, a identificarem e compreenderem variáveis preditoras do fenómeno, bem como a desenvolverem práticas e estratégias eficazes na minimização da sua prevalência (Gastaud & Nunes, 2010; Reis & Brown, 2006).

Acreditamos ainda que o recurso ao questionário poderá contribuir para consciencializar clínicos acerca de erros cometidos na condução do processo terapêutico, ajudando ao seu desenvolvimento profissional após a desistência (Piselli, Halgin, & MacEwan, 2011). Este último aspeto é particularmente relevante no contexto de supervisão e formação para terapeutas em inícios de carreira, na medida em que os informa acerca da qualidade do seu desempenho, constituindo uma importante fonte de aprendizagem (Hatfield & Ogles, 2004).

A aplicação desta escala será ainda importante para o desenvolvimento e consolidação de estudos, nomeadamente, a comparação entre a perspetiva de clientes e a dos terapeutas, conforme a mais recente direção da investigação para o estudo de variáveis relacionais e interativas da díade (Roos & Werbart, 2013). Futuros estudos podem ainda ser desenvolvidos com base na investigação acerca das flutuações significativas na relação terapêutica (Gelso & Carter, 1994) avaliando a existência de períodos particulares durante o tratamento, quando os clientes estão em elevado risco de desistência. Consequentemente, fazendo uso destas possibilidades, a utilização desta medida poderá contribuir para a melhoria dos serviços prestados aos clientes (Barrett et al., 2008; Lambert et al., 2001).

Referências bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª edição). Braga: Psiquilíbrios.
- 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.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 2-41.
- Campbell, D., & Fiske, D. (1959) Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- 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.
- Corning, A., Malofeeva, E., & Buchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2(44), 193-204.
- Corning, A., & Malofeeva, E. (2004). The application of survival analysis to the study of psychotherapy termination. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 354-367.
- Creswell, J., Clark, P., Gutmann, M., & Hanson, W. (2003). Advanced mixed methods research designs. In: Tashakkori, A., Teddlie, C. (eds.) *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp. 209-240). Sage, Thousand Oaks, CA.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 22(3), 297-334.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, Penso.

- Dew, S., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research, 7*, 21-33.
- DuBrin, J., & Zastowny, T. (1988). Predicting early attrition from psychotherapy: An analysis of a large private-practice cohort. *Psychotherapy, 25*(3), 393-408.
- Earthal, T. (1987). *Manual de psicometria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Egan, J. (2005). Dropout and related factors in therapy. *The Irish Psychologist, 32*(2), 27-30.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*, 443-67.
- Farber, B. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 1-20). New York: Pergamon Press.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Flick, U. (2006). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Garcia, J., & Weisz, J. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Consult. Clin. Psychol., 70*(2), 439-443.
- Gastaud, M. & Nunes, M. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*, 247-254.
- Gaudriault, P., & Joly, V. (2013). *Construire la relation thérapeutique*. Paris: Dunod.
- Gelso, C., & Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychotherapy, 41*, 296-306.
- Hansen, A., Hoogduin, C., Schaap, C., & de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy, 30*, 547-550.
- Hatfield, D., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research & Practice, 35*(5), 485-491
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly, 19*(2), 139-150.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition, dropout and anxiety. *Acta Psychiatrica Scand, 109*, 426-433.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric outpatient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 140-147.

- Kazdin, A., & Mazurick, J. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.
- Kegel, A., & Flückiger, C. (2014). Predicting psychotherapy dropouts. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1899.
- Klenck, S. (2012). *How do treatment completers fare versus dropouts?: A follow-up study*. (Dissertação de doutoramento, University of Houston). Retirado de <http://hdl.handle.net/10657/ETD-UH-2012-08-543>
- Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154-167.
- Lambert, M., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- 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.
- Mattek, R. (2013). Parent attributional style and early termination from child and parent therapy. (Dissertação de doutoramento, Marquette University). Retirado de http://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/298/
- McLeod, J. (2001): Introduction: Research into the client's experience of therapy. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 1(1), 41-41.
- Messer, S., & Wampold, B. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25.
- Minnix, J., Kline, J., Blackhart, G., Pettit, J., Perez, M., & Joiner, T. (2004). Relative left frontal activity is associated with increased depression in high reassurance-seekers. *Biological Psychology*, 67(1), 145-55.
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy*, 37(2), 117-123.
- Norcross, J., & Wampold, B. (2011). What works for whom: Adapting psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 127-132
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ogrodniczuk, J., Joyce, A., & Piper, W. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57-70.

- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Piselli, A., Halgin, R., & MacEwan, G. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400-415.
- Principe, J., Marci, C., Glick, D., & Ablon, J. (2006). The relationships among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice and Training*, 43, 238-243.
- 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.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38(4), 443-448.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, E., Pinto, D., & Rebelo, R. (2013). *Perspetivas dos terapeutas e dos clientes acerca da desistência da psicoterapia* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/26914>
- Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 2(36), 123-136.
- Reis, B., & Brown, L. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(3), 311-316.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Sackett, C., Lawson, G., & Burge, P. (2012). Meaningful experiences in the counseling process. *The Professional Counselor*, 2(3), 208-225.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. The Guilford Press.
- Sales, C. (2003). Prior dropout in psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 81-90.
- Sharf, J., Primavera, L., & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A metaanalysis of adult psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 4(47), 637-645.
- Smith, K., Subich, L., & Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 34-39.

- Streiner, D., & Norman, G. (1991). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Swift, J., & Callahan, J. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 21(2), 193-200.
- Swift, J., & Greenberg, R. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washington, DC: APA Books.
- Swift, J., & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Swift, J., Greenberg, R., Whipple, J. & Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(4), 379-387.
- Tryon, W. (1999). A bidirectional associative memory explanation of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 19, 789-818.
- Tuckett, A. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(1), 75-87.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associate.
- Webb, E., Campbell, D., Schwartz R., & Sechrest, L. (1996). *Unobtrusive measures: Non-reactive research in the social sciences*. Rand McNally, Chicago.
- Werbart, A., Andersson, H., & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient-and-therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*, 24(6), 724-737.
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 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*, 2(24,) 190-195.
- Zubairi, A., & Kassim, N. (2006) Classical and rasch analysis of dichotomously scored reading comprehension test items. *Malaysian Journal of ELT*, 2, 1-20.

