



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Raquel Tavares Rebelo

## **Perspetivas dos terapeutas e dos clientes acerca da desistência da psicoterapia**



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Raquel Tavares Rebelo

## **Perspetivas dos terapeutas e dos clientes acerca da desistência da psicoterapia**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação da  
**Professora Doutora Eugénia Ribeiro**

outubro de 2013

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Raquel Tavares Rebelo

**Endereço Eletrónico:** raquelrebelo89@hotmail.com

**Telefone:** 914227266

**N.º do Cartão do Cidadão:** 13556286 4 ZZ7

**Título da Tese de Mestrado:** Perspetivas dos terapeutas e dos clientes acerca da desistência da psicoterapia

**Orientadora:** Professora Doutora Eugénia Ribeiro

**Ano de conclusão:** 2013

**Designação do Mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia Clínica

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, 16 de outubro de 2013.

Assinatura: Raquel Tavares Rebelo

## Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Abstract .....	5
Introdução.....	6
Variáveis associadas ao dropout.....	7
Método .....	10
Amostra .....	10
Instrumentos .....	12
Procedimento .....	12
Análise de Dados .....	13
Resultados .....	14
Resultados Quantitativos .....	14
Resultados da Análise temática .....	17
Discussão.....	23
Limitações .....	25
Conclusões .....	25
Referências .....	26

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Prontidão para a mudança na perspectiva dos clientes e dos terapeutas .....	15
Tabela 2: Comunicação da desistência ao terapeuta .....	16
Tabela 3: Motivos de desistência na perspectiva do cliente e do terapeuta (estatística descritiva).....	17
Tabela 4: Percepções dos terapeutas acerca da antecipação da desistência .....	18
Tabela 5: Percepção dos terapeutas e dos clientes acerca da experiência da desistência .....	19
Tabela 6: Percepção dos terapeutas e dos clientes acerca dos motivos da desistência (análise temática) .....	21

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Eugénia Ribeiro pela orientação e incentivo, importantes e indispensáveis à realização deste trabalho.

À Direção do Serviço de Psicologia, designadamente à Professora Teresa Freire, por ter autorizado a recolha de dados no mesmo serviço.

Ao Professor Miguel Gonçalves e Dr. Rodrigo por terem autorizado recorrer à amostra de clientes do projeto “Mudança Narrativa e Psicoterapia”.

À equipa de investigação e um especial agradecimento à Dulce, não só pela colaboração neste estudo, mas também pelas opiniões dadas e pelo ânimo.

A todos os clientes e terapeutas que aceitaram participar no estudo, um obrigado muito especial pela partilha das suas experiências, sem a vossa ajuda a realização deste trabalho não teria sido possível.

A todos os professores da minha licenciatura da Universidade dos Açores, em especial à Professora Teresa Medeiros, e a todos os professores do Mestrado da Universidade do Minho, pelos conhecimentos teóricos transmitidos e pelas experiências práticas que nos proporcionaram.

À minha mãe, ao meu pai e às minhas irmãs, pelo incentivo, carinho e amor prestados a todo o momento e à minha família em geral.

À Alexandra Costa, Filipa Berenguel, Carina Costa, Carmen Pereira, Edgar Sousa, Rodrigo Sousa, Henrique Tavares, Ana Raquel Rebelo, pelos momentos de alegria que passámos juntos, pelo companheirismo e pelo carinho.

À Sofia Botelho, Fernanda Dias, Ana Rita Tavares, Catarina Torres, Cristiana Torres, Diana Jesus e Sara Martins pelos momentos em que vivemos juntas, pelo vosso imenso apoio, carinho e amizade.

## **Perspetivas dos terapeutas e dos clientes acerca da desistência da psicoterapia**

### **Resumo**

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o fenómeno de desistência da psicoterapia, quer na perspetiva do cliente, quer na perspetiva do terapeuta.

O fenómeno de desistência da terapia é relativamente prevalente, verificando-se taxas entre os 30% e os 60% (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Reis & Brown, 2006). A desistência da psicoterapia ainda está pouco estudada numa perspetiva compreensiva do processo que o desencadeia (Roe, Dekel, Harel & Fennig, 2006; Pulford, Adams & Sheridan, 2008).

A amostra deste estudo foi recolhida no Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, tendo participado 19 clientes que desistiram da terapia e os respetivos terapeutas (N=7). Ambos os participantes responderam voluntariamente e de modo independente a um questionário construído para o efeito.

A análise dos dados quantitativos foi realizada através da estatística descritiva e a análise qualitativa com recurso à análise temática. De um modo geral, as perspetivas dos terapeutas e dos clientes sobre a desistência foram divergentes. Serão discutidas as implicações para a investigação e prática clínica.

Palavras-chave: Desistência da psicoterapia, perspetiva do terapeuta, perspetiva do cliente

## **Perspectives of therapist and clients about the psychotherapy dropout**

### **Abstract**

This study aims to understand the general phenomenon of psychotherapy dropout, either from the perspective of the client, whether from the perspective of the therapist. The dropout phenomenon is relatively prevalent, verifying rates between 30 % and 60 % (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Reis & Brown, 2006). The dropout is still little studied in a comprehensive perspective of the process that triggers (Roe, Dekel, Harel & Fennig, 2006; Pulford, Adams & Sheridan, 2008).

The sample was collected at the Department of Psychology, School of Psychology, University of Minho, having participated in 19 clients who dropped out of therapy and their respective therapists (N=7). Both participants responded voluntarily and independently to a questionnaire constructed for this purpose.

The quantitative data analysis was performed using descriptive statistics and qualitative analysis using thematic analysis. In general, the perspectives of therapists and clients about the dropout were divergent. Will discuss the implications for research and clinical practice.

**Keywords:** psychotherapy dropout, perspective of the therapist, perspective of the client

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o fenómeno de desistência da psicoterapia, quer na perspectiva do cliente, quer na perspectiva do terapeuta.

Este estudo pareceu-nos relevante pelo facto de este fenómeno ser bastante prevalente e pelo facto de a investigação sobre o processo ou experiência deste fenómeno ser escassa, bem como pela controversa no que se refere à definição do fenómeno.

O conceito de desistência da terapia tem sido definido de modos diferentes e nem sempre consensuais (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Neste estudo, assumimos a recomendação de Wierzbicki e Pekarik (1993) para o uso da definição do término prematuro baseada no julgamento do terapeuta, isto é, mediante a sua avaliação de adequação do conceito ao cliente. Segundo Hatchett e Park (2003), há várias definições operacionais de desistência da terapia, nomeadamente, o término prematuro baseado no julgamento do terapeuta, a não comparência à primeira sessão após a admissão, a não frequência a um número mínimo de sessões e a não comparência à última sessão agendada. Mais recentemente também tem sido surgido na literatura a definição de desistência associada ao tipo de decisão, podendo esta ser unilateral por parte do cliente ou mútua ao nível da díade terapêutica (Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean & Schindler, 2010).

O fenómeno da desistência ocorre maioritariamente nas primeiras sessões de psicoterapia (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; Swift & Greenberg, 2012). A desistência da terapia é relativamente prevalente, verificando-se taxas entre os 30% e os 60% (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Reis & Brown, 2006). Ainda de acordo com estes autores, o dropout tem sido recentemente alvo de maior atenção e interesse por parte dos investigadores, visto que é um fenómeno ainda pouco estudado numa perspectiva compreensiva do processo que o desencadeia (Roe, Dekel, Harel & Fennig, 2006; Pulford, Adams & Sheridan, 2008) e devido aos problemas metodológicos associados às investigações realizadas (Swift & Callahan, 2011; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

De acordo com Klenck (2012), historicamente, 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, Klenck (2012) concluiu a partir do seu estudo que nem todos os dropouts são casos de insucesso, ao verificar que os clientes que desistiram da terapia tinham obtido percentagens significativas de melhorias tal como os clientes que continuaram na terapia. Assim, torna-se importante continuar a estudar as variáveis preditoras de dropout,



mas é também necessário compreender como a experiência do processo terapêutico e a perspectivas dos participantes na terapia se relacionam com este fenômeno.

### **Variáveis associadas ao dropout**

Quanto às variáveis associadas à desistência, estudos anteriores têm evidenciado variáveis relacionadas com o cliente e com o terapeuta e os mais recentes têm realizado esforços na identificação de variáveis associadas à interação entre cliente e terapeuta durante o tratamento (Reis & Brown, 2006).

Investigações anteriores têm mostrado que, as variáveis sociodemográficas do cliente, sendo das mais estudadas neste domínio, não apresentam uma relação significativa com a desistência da terapia (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993), à exceção do nível socioeconômico, referido como um indicador consistente (Connell; Grant & Mullin, 2006; Roos & Werbart, 2013). Contudo, numa meta-análise recente (Swift & Greenberg, 2012), a idade e o nível de escolaridade (menor idade e menor nível de instrução) apresentaram associação significativa positiva com a taxa de desistência, sendo que o gênero, raça, estado civil e emprego não evidenciaram associação significativa neste domínio.

Outras variáveis do cliente têm sido associadas à desistência prematura, nomeadamente as variáveis psicológicas como a prontidão para a mudança (Prochaska & Norcross, 2001; Smith, Subich & Kalodner, 1995), a tolerância à frustração, o controle de impulsos, a motivação (Reis & Brown, 1999) e o baixo nível de introspeção (Baekeland & Lundwall, 1975). Além disso, os clientes diagnosticados com Perturbação de Personalidade, especificamente Perturbação de Personalidade Borderline, apresentam um elevado risco de término prematuro (Clarkin & Levy, 2004).

As variáveis do terapeuta associadas ao fenômeno de dropout têm sido pouco estudadas (Roos & Werbart, 2013). No entanto, os estudos realizados indicam que menores taxas de dropout dos clientes tendem a ser relacionadas com uma maior experiência profissional e formação do terapeuta, sua flexibilidade em relação aos manuais de tratamento e sua acomodação aos problemas específicos do cliente (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996; Crits-Christoph, Baranackie, Kurcias, Beck, Carroll, Perry & Zitrin, 1991; Greenspan & Mann Kulish, 1985; Luborsky, McLellan, Digeur, Woody & Seligman, 1997; Messer & Wampold, 2002; Norcross & Wampold, 2011; Richmond, 1992; Roth & Fonagy, 2004).

Quanto aos fatores relacionados com a terapia, alguns estudos têm evidenciado que a aliança terapêutica baixa (Johansson & Eklund, 2006; Sharf, Primavera & Diener, 2010), a

insatisfação com a psicoterapia (Westmacott et al., 2010) e a avaliação negativa inicial do cliente relativamente ao terapeuta (Clarkin & Levy, 2004) têm sido relacionadas a uma maior percentagem de *dropout*.

Ainda relativamente às variáveis da terapia, alguns estudos têm encontrado uma associação entre término prematuro e divergência de expectativas entre terapeuta e cliente relativamente ao problema apresentado e sua severidade (Corning, Malofeeva, & Bucchianeri, 2007) e quanto à duração do tratamento (Mueller & Pekarik, 2000; Reis & Brown, 1999; Swift & Callahan, 2011). Os estudos mostram que os clientes tendem a apresentar expectativas consideradas irrealistas face à duração do tratamento. Quando comparados com os terapeutas, os clientes tendem a esperar que o tratamento demore menos tempo do que o que realmente é necessário (Mueller & Pekarik, 2000). No mesmo sentido dos resultados anteriores, a meta-análise realizada por Swift e Greenberg (2012) mostra que maiores taxas de desistência foram associadas a tratamentos que não pré-determinaram um limite de tempo de intervenção.

Swift (2007) diferencia dois tipos de expectativas do cliente relativamente à terapia, especificamente as expectativas de papel e as expectativas de resultado. Segundo o autor, as expectativas de papel referem-se aos comportamentos que o cliente espera de si ou do terapeuta na situação terapêutica, podendo incluir o seu nível de envolvimento, o método de tratamento e as características do terapeuta. As expectativas de resultado englobam as expectativas do cliente sobre a eficácia da terapia, podendo abranger expectativas sobre a probabilidade de melhoria, o nível de redução dos sintomas, a duração da terapia, entre outras (Swift, 2007). Quer as expectativas de papel (Dew & Bickman, 2005; Reis & Brown, 1999), quer as expectativas de resultado (Garcia & Weisz, 2002; Hansen, Hoogduin, Schaap & De Hann, 1992) têm sido relacionadas com o término prematuro da psicoterapia.

Além das variáveis relacionadas com o cliente, o terapeuta ou a natureza da terapia, outras variáveis de âmbito contextual têm sido relacionadas com o dropout, incluindo a alteração de horários, os motivos financeiros, a mudança de residência, entre outros (Westmacott et al., 2010).

Mais recentemente, os investigadores têm vindo a dar atenção à relação entre a experiência em psicoterapia, em particular a experiência negativa e a ocorrência de dropout (Smith, 2011).

Nesta linha de investigação, o estudo de Reynolds (2001) sobre a experiência da terapia, na perspetiva do cliente, indicou que os clientes desistiram da terapia devido a algumas experiências negativas como a postura antiética do terapeuta, a distribuição muito rápida de

medicação, o discurso diminuto do terapeuta, o desconforto do cliente decorrente de um assunto trazido pelo terapeuta e o atraso frequente do último para a terapia.

Por outro lado, uma investigação de Sandell, Rönnås & Schubert (1992) permitiu inferir que a experiência negativa dos terapeutas, refletida por um sentimento de ineficácia face a determinadas ações, também pode contribuir para experiências negativas dos clientes em terapia. Especificamente, estes autores verificaram que, na perspectiva dos terapeutas, as suas dificuldades associadas à contratransferência, à sua demasiada atividade ou passividade e à sua incapacidade de compreender o significado latente foram consideradas como experiências negativas e relacionadas com o sentimento de incompetência por parte dos mesmos. A partir destes resultados, Sandell e colaboradores (1992) concluíram que este sentimento do terapeuta poderá contribuir potencialmente para a experiência negativa do cliente na terapia.

O modo como terapeutas e clientes compreendem a desistência da terapia tende a ser diferente. Numa revisão da literatura sobre a perspectiva de ambos os participantes da terapia face ao término prematuro da terapia, Roos e Werbart (2013) verificaram que os terapeutas tendem a justificar a desistência como decorrente de razões externas, de eventualidades e de fatores relacionados com o cliente, não incluindo as suas próprias contribuições, enquanto os clientes consideram a sua desistência como resultado da insatisfação com o terapeuta ou com a terapia.

De modo semelhante, a mesma divergência de perspectivas entre terapeutas e clientes relativamente à desistência da psicoterapia foi referida por Wesmacott e colaboradores (2010) numa revisão da investigação sobre este tema. No entanto, estes autores alertaram para a diversidade metodológica dos estudos, informando que os estudos incluídos na revisão seguem metodologias distintas, incluindo a revisão de artigos, pesquisas gerais sobre os motivos de desistência, fornecidos por clientes ou por terapeutas ou questionários de rotina administrados em clínicas (Hunsley, Aubry, Vestervelt & Vito, 1999; Pekarik & Finney-Owen, 1987; Renk & Dinger, 2002; Todd, Deane & Bragdon, 2003).

Assim, segundo Wesmacott e colaboradores (2010), há necessidade de investigações que incluam a perspectiva conjunta de terapeutas e clientes sobre a desistência da terapia. De forma a colmatar esta limitação metodológica, Westmacott (2011) desenvolveu estudos focados na perspectiva de ambos os membros da díade terapêutica relativamente aos motivos de desistência, aliança terapêutica e obstáculos ao tratamento. Os estudos incluíram clientes que desistiram de forma unilateral e os seus resultados foram similares às investigações anteriores quanto à divergência de perspectivas relativas à desistência entre terapeuta e cliente. De acordo com Westmacott (2011), esta discordância de perspectivas entre terapeuta e cliente pode dever-

se às diferentes expectativas da terapia por cada membro da díade e à comunicação limitada inerente à decisão unilateral por parte do cliente, sendo improvável que o mesmo transmita percepções negativas quanto à terapia e ao terapeuta.

Por outro lado, Knox, Adrians, Everson, Hess, Hill e Crook-Lyon (2011) salientam a escassez de estudos que favoreçam a compreensão das experiências dos clientes e dos terapeutas quer relativamente à terapia quer à desistência, de forma a perceber a relação de ambas as trajetórias. Desta forma, de modo a melhor conhecer a complexidade do fenómeno de dropout, torna-se importante compreender como os clientes e os terapeutas experienciam o processo terapêutico. De acordo com Klenck (2012), identificar, não só as experiências negativas, mas também os ganhos experienciados, possibilitaria perceber como e quando o cliente poderia ser abordado de forma diferente. No mesmo sentido, Egan (2005) sugeriu que a prevenção do dropout poderia ser favorecida através da identificação de clientes em risco de desistência, atendendo à sua experiência do processo terapêutico, desde o início do tratamento.

Ainda de acordo com Wesmacott e colaboradores (2010), para compreender o processo da psicoterapia é necessário atender quer à perspectiva do cliente quer à do terapeuta, já que as possíveis semelhanças e diferenças das perspetivas podem fornecer indícios sobre a natureza da experiência do cliente e do terapeuta na psicoterapia.

Tomando em consideração as recomendações recentes para o estudo do fenómeno de dropout, o presente estudo visa compreender a perspetiva conjunta dos terapeutas e dos seus clientes acerca da experiência de *dropout*. Assim procurámos responder às seguintes questões de investigação: 1) Como o terapeuta e o cliente percebem a ocorrência de dropout em psicoterapia?; 2) Quais os fatores de convergência das perspetivas do terapeuta e do cliente acerca da desistência da psicoterapia?''.

## **MÉTOD**

### **Amostra**

A amostra deste estudo foi constituída por 26 participantes, especificamente 19 díades terapêuticas, constituídas por 19 clientes que desistiram da psicoterapia, atendidos no Serviço de Psicologia da Universidade do Minho, e seus terapeutas (N=7).

#### *Variáveis sociodemográficas do cliente*

Dos 19 clientes, 12 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 61 anos ( $X = 35,63$ ,  $DP = 12,74$ ).

Quanto ao estado civil, 10 clientes (52,6%) eram solteiros, 5 (26,3%) eram casados ou estavam em união de facto e 4 (21,1%) estavam divorciados. Relativamente à situação profissional, 1 cliente (5,3%) estava desempregado, 7 clientes (36,8%) eram estudantes e 11 clientes (57,9%) estavam empregados ( $Mo^3 = 0$ ).

O nível socioeconómico dos clientes incluiu as variáveis escolaridade, profissão, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro (graffar adaptado).

Quanto à escolaridade, 15 clientes (78,9%) tinham o ensino universitário ou equivalente e 4 (21,1%) apresentavam o ensino médio ou técnico superior ( $Mdn = 1, IQQ = 0$ ).

Relativamente à profissão, 1 cliente (5,3%) inseriu-se na primeira categoria, 3 (15,8%) enquadraram-se na segunda categoria, 3 (15,8%) estavam incluídos na terceira categoria e 1 (5,3%) estava inserido na quinta categoria ( $Mdn = 2, IQQ = 1$ ).

Nove clientes (47,4) inseriam-se na terceira categoria, 2 clientes (10,5%) enquadravam-se na quarta categoria e 1 (5,3%) inseriu-se na quinta categoria ( $Mdn = 3, IQQ = 0$ ).

Dez clientes (52,6%) estavam incluídos na segunda categoria, 3 (15,8%) enquadraram-se na terceira categoria e 2 (10,5%) inseriram-se na categoria intermédia entre 3 e 5 ( $Mdn = 2, IQQ = 1$ ).

Treze clientes (68,4%) estavam incluídos na segunda categoria e 2 (10,5%) inseriram-se na terceira categoria ( $Mdn = 2, IQQ = 0$ ).

#### *Variáveis sociodemográficas do/a terapeuta*

Dos 7 terapeutas, 5 são mulheres e 2 são homens, sendo que a faixa etária dos últimos varia entre os 24 e os 49 anos ( $X = 34,14, DP = 8,67$ ).

Excetuando o sexo e a idade, as características sociodemográficas são remetentes ao momento em que o terapeuta atendeu o cliente ( $n = 19$  respostas).

Por referência ao momento do atendimento, os terapeutas apresentavam diferentes qualificações profissionais. Dois dos terapeutas (10,5%) referiram frequência no Mestrado Integrado em Psicologia, 12 terapeutas (63,2%) tinham uma Licenciatura ou Mestrado Integrado em Psicologia já concluído e 5 terapeutas (26,3%) tinham Doutoramento em Psicologia já terminado ( $Mo^3 = 2$ ).

Quanto às formações em psicoterapia, 1 resposta (5,3%) incluiu a formação em Psicoterapia Cognitivo-Narrativa e Psicoterapia Construtivista, 6 respostas (31,6%) englobaram formações complementares em várias Perturbações, além de hipnose clínica, 1 resposta (5,3%) salienta a formação em medicina comportamental, com ênfase em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, 1 resposta (5,3%) é respeitante à formação em Psicoterapia cognitivo-

comportamental e construtivista e 10 respostas (52,6%) não incluíram formações específicas em psicoterapia ( $Mo^3=4$ ).

No momento de atendimento, a experiência profissional média foi de 7,63 anos ( $DP=4,97$ ), variando entre nenhuma experiência profissional (estágio curricular) e os 22 anos.

### **Instrumentos**

Os participantes completaram um questionário, elaborado pelas investigadoras do estudo, designadamente uma estudante de Mestrado e uma estudante de Doutoramento, em Psicologia Clínica. Este questionário foi elaborado em duas versões paralelas, uma destinada ao terapeuta e outra destinada ao cliente. As duas versões do questionário foram revistas pela orientadora deste estudo, também investigadora na área da Psicologia Clínica, com formação e experiência em psicoterapia.

As versões do questionário do terapeuta e do cliente incluem questões relacionadas com características demográficas, 4 questões fechadas acerca dos motivos de desistência e 5 questões abertas acerca da experiência relativa à psicoterapia e à desistência.

Para avaliar o nível socioeconómico dos clientes, foi aplicado o índice de graffar, adaptado aos objetivos do estudo.

De modo a analisar os motivos de desistência, aplicou-se uma escala de likert, composta pelos seguintes níveis: 1 “Nada importante”, 2 “Pouco importante”, 3 “Mais ou menos importante”, 4 “Muito importante” e 5 “Extremamente importante”.

### **Procedimento**

O estudo foi aprovado pela Direção do Serviço de Psicologia da Universidade do Minho, tendo sido autorizado o contacto com os clientes e a posterior recolha de dados na unidade de adultos deste serviço. Primeiramente, os terapeutas foram convidados a participar no estudo, que mediante aceitação, sinalizavam os seus clientes que desistiram da psicoterapia, com um espaço temporal de atendimento compreendido entre 2009 e 2013. Os critérios de inclusão dos clientes foram: (1) ter idade superior a 18 anos e (2) ter comparecido a pelo menos uma sessão, posterior à aplicação da SCID-I e /ou SCID-II (triagem). Relativamente aos critérios de exclusão, destinados a este subgrupo, cingiram-se à sua formação académica em psicologia, na Universidade do Minho.

Após sinalização dos clientes realizada pelos terapeutas e a fim de diminuir a mortalidade da amostra, os clientes foram convidados pelos investigadores a participarem no estudo através

de contacto telefónico, que consistiu na explicação dos objetivos do estudo e na garantia da confidencialidade dos dados recolhidos. Se após o contacto telefónico, os clientes concordassem em participar, o questionário era enviado para os mesmos, conjuntamente com o consentimento informado, que deveria ser assinado e devolvido ao serviço, por correio normal ou eletrónico. Os mesmos procedimentos éticos foram aplicados aos terapeutas. Quarenta e três clientes foram sinalizados, sendo que com 7 não foi possível o contacto e dos quais 4 não aceitaram participar no estudo. Foram enviados 32 questionários aos clientes, tendo sido devolvidos corretamente preenchidos 59,4%. Os terapeutas responderam a todas as solicitações de resposta.

### **Análise de Dados**

A análise dos dados consistiu numa análise descritiva e comparativa das perspetivas dos clientes e dos terapeutas.

As questões fechadas foram analisadas com recurso a metodologia quantitativa (estatística descritiva). Procedeu-se a uma análise qualitativa das questões abertas, através da análise temática, cujo objetivo foi a extração de temas emergentes, para a formação de categorias.

Os procedimentos de codificação da análise temática estiveram de acordo com as etapas descritas por Braun e Clarke (2006). Englobaram, numa primeira fase, a familiarização com os dados qualitativos, que consistiu na realização das transcrições das respostas e na sua leitura geral, anotada e seletiva. Numa segunda etapa, foram formados códigos a partir das leituras das transcrições que, por sua vez, foram agrupados em temas. Num terceiro momento, os temas foram nomeados e revistos, sendo que, por vezes, um único tema subdividiu-se em mais do que um e alguns temas agruparam-se num único tema final.

A codificação foi realizada por duas juízas, designadamente pela estudante de Mestrado em Psicologia Clínica e pela orientadora do estudo. Num primeiro momento, a codificação foi efetuada de modo independente e posteriormente discutida e ajustada por consenso de ambas as investigadoras. Na última etapa do processo de análise, a orientadora do estudo fez a auditoria dos temas e sua organização.

## RESULTADOS

### Resultados Quantitativos

#### *Caracterização clínica do/a cliente e da terapia*

Oito (42,1%) clientes procuraram ajuda psicológica por iniciativa própria e 11 (57,9%) foram reencaminhados por outro técnico ou profissional de saúde ( $Mo^3=0$ )

O tempo de espera de atendimento do cliente foi em média 2,42 semanas ( $DP=1,121$ ), variando entre 1 semana e mais de um mês.

O número médio de sessões a que os clientes compareceram é 7,58 ( $DP= 6,310$ ), variando entre 1 e 21 sessões.

Segundo os terapeutas, a maioria dos clientes (31,6%) apresentava sintomatologia depressiva, 5 (26,3%) apresentavam sintomatologia do foro ansioso, 3 (15,8%) tinham dificuldades de adaptação, 3 (15,8%) denotavam sintomas depressivos e de ansiedade (15,8%), 1 (5,3%) demonstrava sintomas depressivos e perturbação de personalidade, 1 (5,3%) manifestava sintomas do foro depressivo e ansioso, bem como abuso de álcool ( $Mo^3=0$ ).

O modelo terapêutico mais utilizado foi a Terapia Cognitivo-Comportamental, sendo aplicada em 7 casos (36,8%), seguida da Terapia Centrada nas Soluções, utilizada em 4 casos (21,1%) e da Terapia Centrada no Cliente, empregada em 3 casos (15,8%). Os modelos terapêuticos menos aplicados foram a Terapia Construtivista (5,3%) e a Terapia da Coerência (5,3%), aplicadas a um caso respetivamente e nenhum modelo terapêutico foi aplicado num caso (5,3%), apenas a entrevista clínica ( $Mo^3=0$ ).

Na mesma proporção, 9 clientes (47,4%) mencionaram que decidiram desistir da terapia após a última sessão a que compareceram e 9 clientes (47,4%) referiram que colocaram a hipótese de desistir ao longo da terapia.

Relativamente à prontidão para a mudança, clientes e terapeutas percecionaram esta variável de forma diferente, conforme a tabela 1.



Tabela 1: *Prontidão para a mudança na perspectiva dos clientes e dos terapeutas*

<b>Perceção do cliente</b>	N	%
Pré-contemplação	1	5,3
Contemplação	9	47,4
Preparação	7	36,8
Ação	2	10,5
Total	19	100,0
<b>Perceção do Terapeuta</b>	N	%
Pré-contemplação	2	10,5
Contemplação	6	31,6
Preparação	9	47,4
Ação	1	5,3
Manutenção	1	5,3
Total	19	100,0

Segundo os dados da tabela 1, a maioria dos clientes, isto é, 9 participantes (47,4%) revelou estar na fase de contemplação “sabia que tinha um problema, mas sentia-se incapaz para o resolver”, 7 (36,8%) enquadraram-se na fase de preparação “queriam resolver o seu problema, mas não sabiam como”, 2 (10,5%) inseriram-se na fase de ação “estavam a começar a resolver o seu problema, mas não totalmente” e apenas 1 cliente (5,3%) inseriu-se na fase de pré-contemplação “acreditava que não tinha qualquer problema e/ou não sabia bem o que se passava consigo” ( $Mdn = 2, IQQ = 1$ ).

O grau de prontidão para a mudança do cliente percebido pelos terapeutas foi superior comparativamente aos clientes. Segundo os terapeutas, a maioria dos clientes (47,4%) inseriu-se na fase de preparação “queria resolver o seu problema, mas não sabia como”, 6 clientes (31,6%) enquadraram-se na fase de contemplação “sabia que tinha um problema, mas sentia-se incapaz para o resolver”, 2 (10,5%) encontravam-se na fase de pré-contemplação “acreditava que não tinham qualquer problema e/ou não sabiam bem o que se passava consigo” e 1 (5,3%) encontrava-se na fase de ação “estava a começar a resolver o seu problema, mas não totalmente” e apenas 1 cliente (5,3%) encontrava-se na fase de manutenção “já tinha resolvido o seu problema, mas queria ter a certeza de que não voltaria a sentir-se mal” ( $Mdn = 3, IQQ = 1$ ).

### *Percepções do terapeuta e do cliente acerca do processo de desistência*

Segundo os clientes, 8 (42,1%) comunicaram a sua desistência da terapia ao terapeuta e 11 (57,9%) não transmitiram a sua decisão ( $Mo^3=1$ ). De forma similar, de acordo com os terapeutas, foram menos os clientes que comunicaram a sua desistência, especificamente 7 clientes (36,8%), comparativamente aos 12 (63,2%) que não transmitiram a sua decisão ( $Mo^3=1$ ). Assim, na generalidade dos casos, a decisão de desistência não foi mutuamente acordada. Na Tabela 2 encontra-se a análise descritiva das respostas do cliente e do terapeuta referente à comunicação da desistência

Tabela 2: *Comunicação da desistência ao terapeuta*

Resposta do/a cliente			Resposta do/a terapeuta		
	N	%		N	%
Sim	8	42,1	Sim	7	36,8
Não	11	57,9	Não	12	63,2
Total	19	100,0	Total	19	100,0

A Tabela 3 mostra os resultados da análise qualitativa dos itens do questionário relativos aos motivos da desistência da terapia. De acordo com estes resultados o motivo mais apontado pelos clientes foi “Não podia continuar a despende dinheiro por causa da terapia”, com uma média de 3,68 ( $DP= 1,60$ ), com respostas compreendidas entre o nível 1 e o nível 5. Os motivos menos importantes para o cliente foram os relacionados com o terapeuta “O terapeuta estava desiludido comigo”, com uma média de 1,37 ( $DP=,60$ ), variando entre o nível 1 e 3, “O terapeuta era arrogante comigo”, com uma média de 1,37 ( $DP=,76$ ), com respostas compreendidas entre o nível 1 e 4. O motivo mais mencionado pelos terapeutas foi “Resolver o problema implicava decisões difíceis”, com uma média de 2,89 ( $DP = 1,45$ ), variando entre os níveis de resposta 1 e 5. De forma similar aos clientes, os terapeutas também atribuíram menor importância aos motivos relacionados ao próprio, considerando também o motivo “Fui arrogante com ele/ela” como o menos importante, tendo uma média de 1,16 ( $DP=,50$ ), variando entre os níveis 1 e 3.

Tabela 3: *Motivos de desistência na perspectiva do cliente e do terapeuta*

Perspetiva do Cliente					
<b>Motivos mais mencionados</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Não sentia necessidade de continuar na terapia	19	1	5	2,95	1,311
Dificuldade de gerir o tempo para ir à terapia	19	1	5	2,84	1,740
Não podia continuar a despende dinheiro	19	1	5	3,68	1,600
<b>Motivos menos referidos</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
O terapeuta estava desiludido comigo	19	1	3	1,37	,597
O terapeuta era arrogante comigo	19	1	4	1,37	,761
Pressão por parte de uma pessoa próxima	19	1	4	1,37	,761
Perspetiva do Terapeuta					
<b>Motivos mais mencionados</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Terapia demasiado exigente emocionalmente	19	1	5	2,79	1,437
Começou a sentir-se melhor	19	1	5	2,79	1,357
Resolver o problema implicava decisões difíceis	19	1	5	2,89	1,449
<b>Motivos menos referidos</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Sentia que eu não me preocupava com ele/ela	19	1	4	1,37	,761
Fui arrogante com ele/ela	19	1	3	1,16	,501
Sentia que eu não simpatizava com ele/ela	19	1	2	1,26	,452

### **Resultados da Análise temática**

As categorias centrais encontradas foram a antecipação, a experiência e os motivos da desistência. As duas últimas categorias foram comparadas ao nível das perceções do terapeuta e do cliente. A antecipação da desistência incluiu os indícios constatados pelo terapeuta e os indicadores que não permitiram esta previsão. A experiência da desistência englobou a caracterização do processo, a experiência emocional e as reflexões posteriores ao término prematuro. Os motivos de desistência compreenderam três categorias principais: fatores do terapeuta, da terapia e do cliente.

### *Antecipação da desistência*

A maioria das respostas dos terapeutas aponta para a previsão da desistência da terapia (n=14) e a minoria (n=5) salienta que não (Tabela 4). Os terapeutas que anteciparam a desistência referiram indícios de desistência, sendo que a subcategoria indícios negativos foi a mais mencionada (n=10). Os terapeutas que não previram a desistência relataram indicadores contrários à desistência, sendo que os mais destacados foram a “terapia estava a correr naturalmente” e “terapia estava a fazer sentido para o/a cliente”.

Tabela 4: *Percepções dos terapeutas acerca da antecipação da desistência*

---

#### Categorias

#### **1- Antecipação da provável desistência por parte do/a cliente (14)**

##### 1.1– Indícios Negativos

1.1.1- Linguagem não-verbal de insatisfação do(a) cliente (1)

1.1.2- Intenção de desistência verbalizada (1)

1.1.3- Desmarcações constantes de consultas (3)

1.1.4- Desconforto decorrente da observação das sessões (1)

1.1.5- Cansaço da díade pela longevidade da terapia (1)

1.1.6- Retrocessos nos ganhos terapêuticos (1)

1.1.7- Crença do(a) cliente quanto à impossibilidade de ser ajudado(a) (1)

1.1.8- Objetivos do(a) cliente inconciliáveis com a terapia (1)

##### 1.2 – Indícios Positivos

1.2.1- O/a cliente estava a centrar o seu acompanhamento em outras pessoas (1)

1.2.2- Objetivo principal já estava alcançado (1)

##### 1.3 – Indícios Neutros

1.3.1 - Incompatibilidade de horários (1)

1.3.2 - Mudanças sociodemográficas do(a) cliente (1)

1.3.3 - Ocorrência de eventos significativos na vida do(a) cliente (1)

#### **2- Desistência não antecipada pelo/a terapeuta (5)**

##### 2.1- Indicadores contrários à desistência

2.1.1- Terapia estava a correr naturalmente (3)

2.1.2- Terapia estava a fazer sentido para o/a cliente (3)

2.1.3- Ainda não se verificavam mudanças no/a cliente (1)

2.1.4- Cliente sentia necessidade de terapia (1)

2.1.5- Conforto do(a) cliente com o contexto da terapia (1)

### *Experiência da desistência*

Quanto à categoria experiência da desistência (Tabela 5), quer os terapeutas quer os clientes caracterizaram o processo como “natural”, sendo mais frequentemente mencionado pelos clientes. Relativamente à experiência emocional da desistência, os clientes relataram mais sentimentos negativos e os terapeutas referiram mais sentimentos positivos. No entanto, os terapeutas salientaram mais aspetos de insatisfação, comparativamente aos clientes. Os aspetos de satisfação foram diferentes, na perspectiva do cliente e do terapeuta, enquanto os terapeutas perceberam ganhos na autonomia do cliente, os clientes encararam a desistência como financeiramente positiva.

Tabela 5: *Perceção dos terapeutas e dos clientes acerca da experiência da desistência*

Perceção do/a terapeuta	Perceção do/a cliente
Categorias	Categorias
1. Experiência da Desistência	1. Experiência da Desistência
<b>1.1- Caracterização do processo</b>	<b>1.1- Caracterização do processo</b>
1.1.1- Natural (3)	1.1.1- Natural (5)
1.1.2- Inevitável (3)	
<b>1.2- Experiência emocional</b>	<b>1.2 - Experiência emocional</b>
1.2.1 – Sentimentos positivos	1.2.1- Sentimentos positivos
1.2.1.1- Alívio (3)	1.2.1.1- Saudosismo/Nostalgia (1)
1.2.2 - Outras emoções	1.2.2 - Sentimentos Negativos
1.2.2.1 – Emoções ambivalentes (2)	1.2.2.1- Tristeza (1)
	1.2.2.2- Desconforto em abandonar
	1.2.2.2.1- Relação terapêutica (1)
	1.2.2.2.2- Terapia no início (1)
	1.2.2.3- Preocupação com a ingratidão percebida pelo/a Terapeuta (2)
	1.2.3 - Outras emoções
	1.2.3.1- Indiferença (1)
<b>1.3- Reflexões posteriores à desistência</b>	<b>1.3- Reflexões posteriores à desistência</b>
1.3.1 - Aspetos de Insatisfação	1.3.1 - Aspetos de Insatisfação
1.3.1.1- Perceção de ter errado (5)	1.3.1.1- Problema não resolvido (1)
1.3.1.2- Preocupação com o agravamento do problema do/a cliente (4)	1.3.1.2- Dependência de fármacos (1)
	1.3.1.3- Sentir falta da Terapia

Tabela 5: *Percepção dos terapeutas e dos clientes acerca da experiência da desistência*  
(Continuação)

Percepção do/a terapeuta	Percepção do/a cliente
Categorias	Categorias
	1.3.1.3.1- Gestão do stress /do tempo de estudo (1)
	1.3.1.3.2- Dar continuidade aos progressos (1)
	1.3.1.3.3- Porque gostava de continuar (1)
1.3.2- Aspectos de Satisfação	1.3.2- Aspectos de Satisfação
1.3.2.1 - Crença no ganho de autonomia do(a) cliente (3)	1.3.2.1 - Alívio financeiro (2)
1.3.2.2- Percepção de ter ajudado(a) o/a cliente (1)	
1.3.2.3- Equilíbrio do/a cliente face ao problema (1)	
1.3.3 – Aspectos de incerteza	
1.3.3.1 - Questionamento das razões da interrupção (3)	
1.3.3.2- Curiosidade face ao futuro do(a) cliente (2)	

#### *Motivos da desistência*

Os motivos da desistência (Tabela 6) foram explicados pelos terapeutas e clientes segundo condicionantes do terapeuta, da terapia e do cliente. Quer os terapeutas quer os clientes tenderam a explicar a desistência maioritariamente por motivos inerentes aos próprios.

As condicionantes do terapeuta em que a perspectiva do terapeuta e do cliente foram convergentes incluem a inexperiência, a postura e a intervenção não responsivas e a dificuldade em atribuir responsabilidade ao terapeuta. O fator do terapeuta mais referido pelo próprio foi a intervenção não responsiva. Na perspectiva da maioria dos clientes, as condicionantes do terapeuta não contribuíram para a desistência (n=12) contrariamente aos terapeutas (n=3). Relativamente às condicionantes da terapia, terapeutas e clientes concordaram que a dificuldade de empatia do/a terapeuta e a incompatibilidade de horários

colaboraram para a desistência, sendo que os clientes atribuíram maior responsabilidade à terapia. Além disso, a relação terapêutica foi o fator da terapia mais apontado pelos dois elementos da díade.

Tabela 6: *Percepção dos terapeutas e dos clientes acerca dos motivos da desistência*

Percepção do/a Terapeuta	Percepção do/a Cliente
Categorias	Categorias
2 - Motivos da Desistência	2- Motivos da Desistência
<b>2.1- Condicionantes do(a) Terapeuta</b>	<b>2.1- Condicionantes do(a) Terapeuta</b>
2.1.1- Desenvolvimento profissional	2.1.1- Desenvolvimento profissional
2.1.1.1-Inexperiência (1)	2.1.1.1- Inexperiência (2)
	2.1.1.2- Idade (novo/a) (1)
2.1.2- Posturas adotadas	2.1.2- Posturas adotadas
2.1.2.1- Não responsiva (5)	2.1.2.1- Não responsiva (1)
2.1.2.2- Aceitação passiva da decisão do(a) cliente (3)	2.1.2.2- Passiva (1)
2.1.2.3- Troca de terapeuta (1)	2.1.2.3- Insegura (2)
2.1.3- Dificuldade em atribuir responsabilidade ao terapeuta (3)	2.1.2.4- Incompetente (1)
<b>2.2 Condicionantes da Terapia</b>	2.1.3- Dificuldade em atribuir responsabilidade ao terapeuta (12)
2.2.1- Intervenção Ineficaz	<b>2.2 Condicionantes da Terapia</b>
2.2.1.1- Intervenção não responsiva (2)	2.2.1- Intervenção Ineficaz
	2.2.1.1- Intervenção não responsiva (2)
	2.2.1.2- Terapia repetitiva (1)
	2.2.1.3- Exigência de tempo da Terapia (1)
	2.2.1.4- Expetativas não satisfeitas
	2.2.1.5- Resolução breve e fácil do problema (1)
	2.2.1.6- Estrutura rígida das sessões (1)
2.2.2- Relação terapêutica	2.2.2- Relação terapêutica
2.2.2.1- Dificuldade de empatia do/a terapeuta (2)	2.2.2.1- Dificuldade de empatia do/a terapeuta (1)

Tabela 6: *Percepção dos terapeutas e dos clientes acerca dos motivos da desistência*  
(continuação)

Percepção do/a Terapeuta	Percepção do/a Cliente
Categorias	Categorias
	2.2.2.2- Dificuldade em confiar no/a terapeuta (1)
	2.2.2.3- Desacordo nos objetivos (2)
2.2.4- Aspectos organizacionais	2.2.4- Aspectos organizacionais
2.2.4.1- Incompatibilidade de horários (1)	2.2.4.1- Incompatibilidade de horários (1)
<b>2.3- Condicionantes do(a) cliente</b>	<b>2.3- Condicionantes do(a) cliente</b>
2.3.1-Prontidão para a mudança	
2.3.1.1- Cliente não estava preparado(a) para a mudança (1)	
	2.3.2- Obstáculos extra-terapia
	2.3.2.1- Dificuldades monetárias (7)
	2.3.2.2- Incompatibilidade de horários (2)
	2.3.2.3- Distância física do Serviço de Psicologia (1)
	2.3.2.4- Acontecimentos significativos de vida
	2.3.2.4.1- Acompanhamento psicológico de um familiar (1)
	2.3.2.4.2- Nascimento de um filho (1)
	2.3.2.4.3- Entrada para um novo curso (1)
	2.3.2.4.4- Mudança de residência (1)
	2.3.3- Constatações do(a) cliente relativas à utilidade da terapia
	2.3.3.1- Constatações favoráveis à terapia
	2.3.3.1.1- Melhoria sintomática (1)
	2.3.3.2- Constatações desfavoráveis à terapia
	2.3.3.2.1- Dependência da terapia na



Tabela 6: *Percepção dos terapeutas e dos clientes acerca dos motivos da desistência*  
(continuação)

Percepção do/a Terapeuta	Percepção do/a Cliente
Categorias	Categorias
	tomada de decisões (1)
	2.3.3.2.2- Problema resolvido recorrendo a fármacos (1)
	2.3.3.2.3- Percebeu a exigência do seu papel na terapia (1)
	2.3.3.2.4- Medo da crítica do/a terapeuta (1)
	2.3.3.2.5- Desmotivação para a terapia (1)
	2.3.4- Expectativas desconfirmadas pelo/a cliente
	2.3.4.1- Necessidade de terapia (após a 1ª sessão) (1)
	2.3.4.2- Resolução breve e fácil do problema (1)
	2.3.4.3- Severidade do problema (1)
	2.3.5- Fatores de âmbito pessoal
	2.3.5.1- Falta de tempo para si (1)
	2.3.5.2- Decisão pessoal (1)
	2.3.5.3- Dificuldades ao nível das competências sociais (3)
	2.3.5.3.1- Dificuldade em tomar decisões
	2.3.5.3.2- Pouca assertividade
	2.3.5.3.3- Dificuldade em criar relações
	2.3.6- Nenhum contributo do(a) cliente (2)

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que, na maioria dos casos, o processo de desistência parece ter sido uma decisão esperada pelos terapeutas, dados os indícios sinalizados pelos mesmos. A experiência da desistência, na generalidade, parece ter sido mais marcada por

aspectos de insatisfação, do que por ganhos ou melhorias, em ambas as perspectivas do cliente e do terapeuta.

Quanto aos motivos de desistência, quer os terapeutas quer os clientes tenderam a fazer autoatribuições. Este último resultado é dissonante com a revisão de Roos e Werbart (2013), já que salienta que os terapeutas e clientes tendem a justificar a desistência por fatores externos aos próprios, atribuindo os motivos geralmente a condicionantes relacionadas com o outro elemento da díade terapêutica ou a fatores extra-terapia.

No nosso estudo, a maioria das condicionantes de desistência do cliente, apontadas pelo próprio, centrou-se nos obstáculos extra-terapia, em particular nas dificuldades monetárias, resultado que corrobora a existência de fatores externos à terapia relacionados com a desistência, tal como sublinha Wesmacott e colaboradores (2010).

Por outro lado, os fatores dos terapeutas, mencionados com mais frequência pelos próprios, referem-se às posturas adotadas em terapia e a uma intervenção não responsiva.

Os motivos de desistência em que os terapeutas e os clientes convergem referem-se essencialmente aos condicionantes do terapeuta e da terapia. Ao nível dos fatores do terapeuta, ambos os participantes oscilaram em caracterizar a inexperiência ou atribuir uma intervenção não responsiva ao terapeuta, bem como considerar uma desresponsabilização da ação do terapeuta.

Ao nível dos fatores da terapia, a relação terapêutica e os aspetos organizacionais foram os motivos comuns à díade terapêutica, resultado que contrasta com alguns estudos que referem que as perceções dos terapeutas e dos clientes entram em maior desacordo quando o término prematuro é consequência de falhas na terapia, verificando-se o contrário quando as razões são positivas (Hunsley et al., 1999; Todd et al., 2003).

Neste sentido, os terapeutas percecionaram a insatisfação com a psicoterapia por parte do cliente como motivo de desistência, o que contrapõe a noção de que os terapeutas tendem a ser pouco conscientes das falhas no tratamento como fator de desistência (Hunsley et al., 1999).

De um modo geral, estes resultados apontam para diferentes abordagens compreensivas das perceções da desistência, importantes para o desenvolvimento profissional dos terapeutas, no reconhecimento futuro de possíveis indícios de desistência e para a implementação de estratégias terapêuticas que auxiliem a prevenção deste fenómeno (Piselli et al., 2011).

## **LIMITAÇÕES**

O facto de a amostra ter sido reduzida, não possibilitou uma análise fatorial dos itens dos questionário e conseqüentemente uma análise inferencial. Relativamente aos casos mais antigos, os participantes podem ter tido dificuldade em recordar-se de certos aspetos da terapia.

Além disso, no caso dos relatos do terapeuta, o facto de cada um deles ter preenchido informação sobre vários casos que tinham desistido há bastante tempo (em média 2 anos) poderá ter contribuído para alguma confusão/transferência de informação de uns casos para outros.

## **CONCLUSÕES**

Os resultados permitiram extrair algumas concordâncias das perspetivas dos clientes e dos terapeutas, sendo que estas se verificaram maioritariamente ao nível dos fatores do terapeuta e da terapia, quanto aos motivos de desistência. Além disso, a percepção de insatisfação com a decisão de desistência também foi unânime para os dois elementos da díade terapêutica. Contudo, num nível geral de análise, as perspetivas dos clientes e dos terapeutas foram divergentes, pois os seus motivos foram mencionados, na generalidade, em função da sua própria contribuição para a desistência. Esta discrepância é similar aos resultados do estudo de Westmacott (2011), que recorreu à noção de dropout com base na decisão unilateral do cliente. Desta forma, embora o presente estudo não tenha incluído esta definição, foi possível verificar que a maioria dos clientes desistiu de forma unilateral, podendo explicar esta semelhança. Segundo Westmacott (2011), esta diferença de percepções entre terapeuta e cliente pode ser devida à comunicação limitada inerente ao tipo de decisão tomada.

Apesar disso, há que ter em conta que numa desistência mutuamente acordada, os motivos de desistência referidos pelo cliente podem não ser tidos como igual importância para o terapeuta. Neste sentido, investigações futuras são necessárias para comparar os motivos de desistência, apresentados mediante decisão mútua, e os fatores determinantes percebidos pelo terapeuta e pelo cliente.

Além disso, Westmacott (2011) também revela uma necessidade de diferenciar os casos de desistência unilateral, que até ao momento, têm sido vistos como um grupo homogêneo. Assim, segundo o mesmo autor, era importante comparar clientes que desistiram nas primeiras sessões do tratamento e aqueles que terminaram precocemente em fases posteriores, de forma a compreender melhor possíveis falhas na terapia.

## REFERÊNCIAS

- Aubuchon-Endsley, N.; Callahan, J. (2009). The Hour of Departure: Predicting Attrition in the Training Clinic From Role Expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(3), 120–126. doi: 10.1037/a0014455
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 5(82), 738-783. doi:10.1037/h0077132
- 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
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 2-41. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (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.
- Connell; J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counseling services. *Counseling & Psychotherapy Research*, 6, 60-67. doi: 10.1080/14733140600581507
- 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. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.193
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7, 21-33. doi: 10.1007/s11020-005-1963-5
- Egan, J. (2005). Dropout and Related Factors in Therapy. *The Irish Psychologist*, 32(2), 27-30.
- Friedlander, M. L., Thibodeau, J. R., & Ward, L. G. (1985). Discriminating the “good” from the “bad” therapy hour: A study of dyadic interaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 631-642. doi:10.1037/h0085549
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 439-443. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.439

- Hansen, A. M., Hoogduin, C. A., Schaap, C., & de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behavior Research and Therapy*, 30, 547-550. doi: 10.1016/0005-7967(92)90040-N
- Hatchett, G.T., & Park, H.L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40 (3), 226-231. doi: 10.1037/0033-3204.40.3.226
- Hunsley, J., Aubry, T., Verstervelt, C., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 4(36), 380-388. doi: 10.1037/h0087802
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 140–147. doi: 10.1007/s00127-005-0009-z
- Klenck, S.C. (2012). *How do treatment completers fare versus dropouts? : A follow-up study*. Ph.D Thesis, University of Houston, Houston, Texas.
- 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. doi: 10.1080/10503307.2010.534509
- Maramba, G. G., & Nagayama Hall, G.C. (2002). Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(3), 290-297. doi: 10.1037//1099-9809.8.3.290
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy*, 37(2), 117-123. doi: 10.1037/h0087701
- Piselli, A., Halgin, R., MacEwan, G. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400-415. doi: 10.1080/10503307.2011.573819
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38(4), 443-448. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.443
- 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
- Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 2(36), 123-136. doi: 10.1037/h0087822

- Reis, B. F. & Brown, L.G. (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. doi: 10.1037/0735-7028.37.3.311
- Reynolds, D. (2001). *Premature termination: The patient's perspective*. Unpublished doctoral dissertation/Ph.D Thesis, University of Cincinnati, Ohio.
- 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(4), 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Sandell, R., Rönnås, P., & Schubert, J. (1992). Feeling like a good psychotherapist – or a bad one: Critical incidents in psychotherapists' experiences. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6(3), 213-229. doi:10.1080/02668739200700201
- Sharf, J.; Primavera, L.; Diener, M. (2010). Dropout and Therapeutic Alliance: A meta-analysis of adult psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 4(47), 637–645. doi: 10.1037/a0021175
- Smith, J. (2011). *Premature Termination - Clinicians' Perspectives: A Qualitative Study of Why Clinicians Prematurely Terminate Personal Psychotherapy*. Master's Thesis, Smith College School for Social Work, Northampton, Massachusetts.
- Smith, K., Subich, L., & Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 34-39. doi: 10.1037/0022-0167.42.1.34
- Swift, J. K. (2007). *Expectations of the duration and effectiveness of psychotherapy: A delay discounting perspective*. Master's Thesis, Oklahoma State University, Oklahoma.
- Swift, J., & Callahan, J. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 21(2), 193-200. doi: 10.1080/10503307.2010.541294
- Swift, J., & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Publicação online. doi: 10.1037/a0028226

- Todd, D.M., Deane, F.P., & Bragdon, R.A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 133-147. doi:10.1002/jclp.10123
- 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. doi: 10.1080/10503301003645796
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 965-977. doi:10.1002/jclp.20702
- Westmacott, R. (2011). *Reasons for terminating psychotherapy: Client and Therapist perspectives*. Ph.D Thesis, University of Ottawa, Ontario.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2(24), 190-195. doi:10.1037/0735-7028.24.2.190