



THE IMPACT OF A DELIBERATE
PRACTICE TRAINING IN THE
IMPROVEMENT OF EMPATHIC
INTERVENTIONS FOR CLINICAL
PSYCHOLOGY STUDENTS

MARGARIDA MARIA SILVA TOMÁS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer ao Professor Doutor Daniel Sousa pelo acompanhamento na construção da presente dissertação, pela sua dedicação aos temas da investigação em psicoterapia, e por incentivar o surgimento de reflexões críticas no contexto do Seminário de Dissertação que contribuíram para o enriquecimento deste projeto de investigação.

Gostaria também de agradecer ao Professor Doutor Alexandre Vaz, não só pela sua disponibilidade, como pelo seu papel em apresentar-me pela primeira vez ao mundo da investigação em psicoterapia.

Aos meus pais e à minha irmã, gostaria de agradecer pelo contínuo investimento no meu percurso académico e por me apoiarem em cada passo deste caminho, incentivando-me a lutar pelos meus sonhos e a ir sempre mais longe. Gostaria ainda de agradecer ao Sigui, porque não podia ter pedido um melhor companheiro para me acompanhar nesta viagem.

Por fim, gostaria de agradecer à Margarida, que já me acompanha desde os primeiros passos no ISPA, que sempre esteve ao meu lado nos bons e nos maus momentos, e sem a qual não conseguiria ter feito este percurso. À Beatriz, por me nunca me deixares esquecer quem eu sou, por me dares força quando mais preciso, e por estares sempre presente. Ao Urmik e à Marta, pela amizade que perdura há vários anos, ao ponto de cada vez que nos juntamos parecer que nunca nos chegámos a separar. À Evlyne, pela amizade e pela sua alegria contagiante. Ao Diogo, que sempre acreditou em mim e que em qualquer situação consegue colocar um sorriso no meu rosto em segundos. E ainda à Sabrina, porque apesar dos muitos quilómetros que nos separam, está sempre presente. Obrigada por todas as aventuras já vividas e por aquelas que ainda estão por vir.

Resumo

A prática deliberada (PD) tem sido apresentada como resposta para a melhoria da *performance* dos terapeutas e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade dos serviços de saúde mental. No entanto, a sua aplicação na psicoterapia é recente, verificando-se uma escassez de evidência científica sobre o seu impacto na área, o que se acentua no caso dos estudantes de psicologia. **Objetivos:** O presente estudo pretendeu analisar o impacto de um treino PD na qualidade das intervenções empáticas de estudantes de psicologia clínica, comparativamente a um treino tradicional. **Método:** Foi realizado um estudo quantitativo no qual os participantes ($N = 42$) foram aleatoriamente distribuídos entre um grupo PD e um grupo de treino tradicional. Durante um período de 4 semanas, os participantes frequentaram 3 sessões de treino semanais, e submeteram respostas empáticas a dois vídeos semanais na plataforma *Theravue* em quatro momentos de avaliação diferentes. **Resultados:** Os participantes no grupo PD demonstraram uma melhoria significativa na qualidade das intervenções empáticas, comparativamente à condição de treino tradicional. Especificamente dentro do grupo PD, não se verificaram diferenças significativas nas competências empáticas ao longo dos quatro momentos de avaliação. Demais, na condição de treino tradicional, houve uma melhoria inicial na qualidade das intervenções empáticas, que mais tarde culminou num declínio significativo. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo são consistentes com a escassa literatura existente sobre a aplicação da PD em estudantes de psicologia, reforçando o impacto positivo que este método de treino pode ter no desenvolvimento de competências clínicas essenciais nesta população.

Palavras-Chave: prática deliberada (PD); *expertise* em psicoterapia; método de treino; intervenções empáticas; estudantes de psicologia.

Abstract

Deliberate practice (DP) has been presented as the answer for improving therapists' performance, and subsequently increasing the quality of mental health services. However, its appliance in psychotherapy is still recent, revealing a shortage of scientific evidence about its impact in the area, an issue that is enhanced particularly for psychology students. **Objectives:** The present study aimed to analyse the impact of a DP training in the quality of empathic interventions of clinical psychology students, in comparison to a traditional training ('Training as Usual' – TAU). **Method:** To this end, a quantitative study was conducted, where participants (N = 42) were randomly assigned between a DP and a TAU group. In the course of 4 weeks, participants engaged in 3 weekly online training sessions, and submitted two weekly empathic responses in the *Theravue* platform in four different evaluation moments. **Results:** Participants from the DP group showed a significant improvement in the quality of empathic interventions, when compared to the TAU condition. Specifically within the DP group, there were not significant differences in empathic skills throughout the four evaluation moments. Moreover, in the TAU condition, there was an initial increase in the quality of empathic interventions, that was later followed by a significant decline. **Conclusion:** The findings from the present study are consistent with the scant literature about DP's appliance to psychology students, which further supports the positive impact this training method might have in the development of essential clinical skills in the aforementioned population.

Keywords: deliberate practice (DP); *expertise* in psychotherapy; training method; empathic interventions; psychology students.

List of Tables and Figures

Figures

Figure 1	Selection and condition allocation of participants	5
----------	--	---

Index

Introduction.....	1
Method.....	4
Overview and design	4
Participants.....	4
Materials	6
Procedure	7
Data Analysis	8
Results.....	9
Interrater Agreement.....	9
Responses' Empathic Interventions Quality Between Groups	9
Responses' Empathic Interventions Quality Within Groups	10
Discussion	11
Limitations and Future Research.....	15
Conclusions	17
References.....	18
Appendices.....	26
Appendix A – Revisão de Literatura	26
Eficácia da Psicoterapia	26
Fatores Comuns	28
Fatores do Terapeuta.....	29
<i>Expertise</i> na Psicoterapia	33
Prática Deliberada.....	35
Appendix B – Measure of Expressed Empathy (MEE).....	46
Appendix C – Cronbach's Alpha	49
Appendix D – Interrater Agreement (ICC).....	51
Appendix E – Descriptive Statistics	52

Appendix F – Differences between groups – t-student for independent samples.....	53
Appendix G – Differences within groups – Repeated Measures ANOVA PD	54
Appendix H – Differences within groups – Repeated Measures ANOVA TAU	56
Appendix I – Demographic Questionnaire and Consent	60
Appendix J – DP ‘Logbook’	62
Appendix K – TAU ‘Logbook’	64

Introduction

Commonly, the answer for improving therapists' performance, and subsequently increasing the quality of mental health services has been 'Deliberate Practice' (DP). This concept was introduced by K. Ericsson, as a solution to obtain expertise in any profession (Ericsson & Pool, 2016). DP can be described as: personalized and highly structured activities, designed with help of a coach, that allow improvement of specific aspects in individual performance (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson & Lehmann, 1996; Ericsson & Pool, 2016). DP only exists with: individual learning goals, guidance of a coach, immediate / continuous feedback, and successive refinement of performance (Chow, 2017; Chow, 2018; Clements-Hickman & Reese, 2020; Miller et al., 2018; Miller et al., 2020; Miller et al., 2020). The first meta-analysis to relate DP and performance, concluded only 12% of variance in performance was explained by this training, undermining DP as essential to develop expertise (Macnamara et al., 2014). However, this variance was later corrected to 40%, enough to recommend DP to improve performance (Miller et al., 2020). Today, it is consensual in literature that high involvement in DP leads to better performance (Miller et al., 2008; Miller et al., 2018).

The majority of DP research is located in other areas, indicating DP as effective in improving performance and maintaining gains (Chow et al., 2015; Ericsson & Pool, 2016). Furthermore, the amount of clinical experience is not enough to achieve better performance (Chow, 2017; Chow, 2018; Rousmaniere, 2017). These factors led DP to become recently relevant in psychotherapy, where challenges surfaced, due to doubts about psychotherapy's benefits and an ambiguity underlying the field (Clements-Hickman & Reese, 2020; Miller et al., 2018). Despite this, what is necessary to apply DP in psychotherapy matches general DP literature (Clements-Hickman & Reese, 2020). According to Rousmaniere (2017), major distinctions between DP and other trainings are: skills divided in small parts; practice is prioritized; it is continuous; and a solitary practice. It also provides opportunities to train in contexts similar to real practice, allowing a more spontaneous transference of knowledge (Vaz & Rousmaniere, 2021). DP is particularly necessary when clients are deteriorating, at risk for deterioration or therapeutic process is stalled, which can be identified with: client's feedback, therapist / coach judgement, monitorization of outcomes, and data from professionals or people in the client's life (Rousmaniere, 2017).

There are conceptual and clinical constraints when implementing DP in psychotherapy. At a conceptual level: DP can be seen as reductionistic; it devaluates therapists' personal

characteristics; and there is a struggle to identify the skills to focus on. Facilitative interpersonal skills (FIS) have surfaced as an answer to the latter. From the clinical angle, core challenges are: absence of support environments; plight in finding balance between DP and rest; and doubts about the benefits of DP (Clements-Hickman & Reese, 2020). There's also shortage of immediate feedback based directly on the source (Caspar, 2017; Chow et al., 2015). Moreover, the need to constantly monitor outcomes can increase feelings of anxiety, punishment or judgement, creating bigger resistance to DP (Clements-Hickman & Reese, 2020; Prado-Abril et al., 2019). Perhaps most importantly, the psychotherapy field does not recognize DP's value, so it does not foster its use, nor does it reward therapists who engage in it (Rousmaniere, 2017). Finally, some common misunderstandings are: DP is not the same as clinical practice; is not a steady formula; and is not meant to develop a therapeutic approach (Miller et al., 2020).

As appliance of DP in psychotherapy is recent, there is a shortage of scientific evidence about its impact on the field (Clements-Hickman & Reese, 2020; Shukla et al., 2020). However, in recent years, studies emerged to respond to this. The pioneer study by Chow et al. (2015) showed that the amount of time dedicated by therapists to solitary DP outside of clinical context, had a significant relation with patients outcomes, and that the most effective therapists engaged in DP about 2.8 more hours per week. Subsequent studies on the subject have indicated DP has a positive impact in developing therapists' skills and in clinical outcomes (Barrett-Naylor et al., 2020; Di Bartolomeo et al., 2020; Goldberg et al., 2016; Hill et al., 2019; Muran et al., 2018; Nikendei et al., 2019; Perlman et al., 2020; Shukla et al., 2020; Westra et al., 2021).

Research about DP in psychotherapy is mainly directed to experienced or recent therapists. There is a lack of studies with psychology students still in training, which is when they first contact with clinical practice (Hill et al., 2008; Pascual-Leone et al., 2015). Educational programs in psychology often focus solely on theoretical knowledge, making it difficult for young therapists to take the leap between theory and practice (Rosén, 2019). Thus, studies should center on educational context, by researching how DP can help reduce the gap. It all started with Hill et al. (2008), who applied a skills training program, concluding that after 15 weeks, psychology students had higher confidence and perceived self-efficacy. Similarly, Pascual-Leone et al. (2015) showed that after 13 weeks of a skills training program, there was significant improvement of several skills in psychology students. Later, Anderson et al. (2019), administered a brief training with DP principles to students interested in helping professions, and verified that the DP group had higher levels of FIS.

In 2020, a master's thesis examined effects of DP on the quality of empathic interventions of undergraduate psychology students. Comparing a 'Training as Usual' and a DP

group, the latter showed a significant improvement on the quality of empathic answers after two moments of responding to videos, and participating in meetings to examine those responses (Barata, 2020). Finally, in 2021, psychology students engaged in DP during an academic year, and most perceived DP as valuable, although described it as challenging, demanding and time consuming. DP was also perceived as a vehicle to simplify the complexity of clinical practice (McLeod, 2021). These preliminary studies reveal promising results of DP trainings in psychology students, invoking a need to rethink the learning methods currently used (Barata, 2020). Integrating DP doesn't imply abandoning learning strategies already in force, but requests creating structures / resources that support student's engagement in DP outside academic contexts (McLeod, 2021).

DP training should focus on skills that highly impact clinical outcomes and are common to various psychotherapeutic approaches (Miller et al., 2018; Perlman et al., 2020; Tracey et al., 2014). Since FIS have shown a decisive role in clinical outcomes (Anderson et al., 2009; Clements-Hickman & Reese, 2020), and empathy is a therapist quality included in it, this study chose empathic interventions as focus for the DP training. The present study aims to analyse the impact of a DP training versus traditional training ('Training as Usual' – TAU), in the quality of empathic interventions of clinical psychology students. To achieve this goal, an RCT was conducted, and during 4 weeks participants in DP and TAU groups recorded empathic answers to two weekly videos simulating events of therapeutic sessions. Furthermore, participants also engaged in three weekly online training sessions (DP or TAU).

Based on existent literature, three hypotheses were formulated. First, it was hypothesized (H1) that, by the end of the study, participants in DP group would show a significant improvement on the quality of empathic interventions, when compared to participants in the TAU condition. Second, it was hypothesized (H2) that within the DP group, participants would increasingly improve the quality of their empathic interventions with each weekly online training session. Lastly, it was hypothesized (H3) that participants from the TAU group would initially increase the quality of their empathic interventions, and then their performance would stabilize. The current study contributes to the still scarce scientific evidence about the appliance of DP in the psychotherapy field, more specifically to the population of psychology students. Additionally, it ponders the possibility of adding DP to the strategies currently used in academic context, considering the difficulties experienced by young therapists in transferring theoretical knowledge to clinical practice.

Method

Overview and design

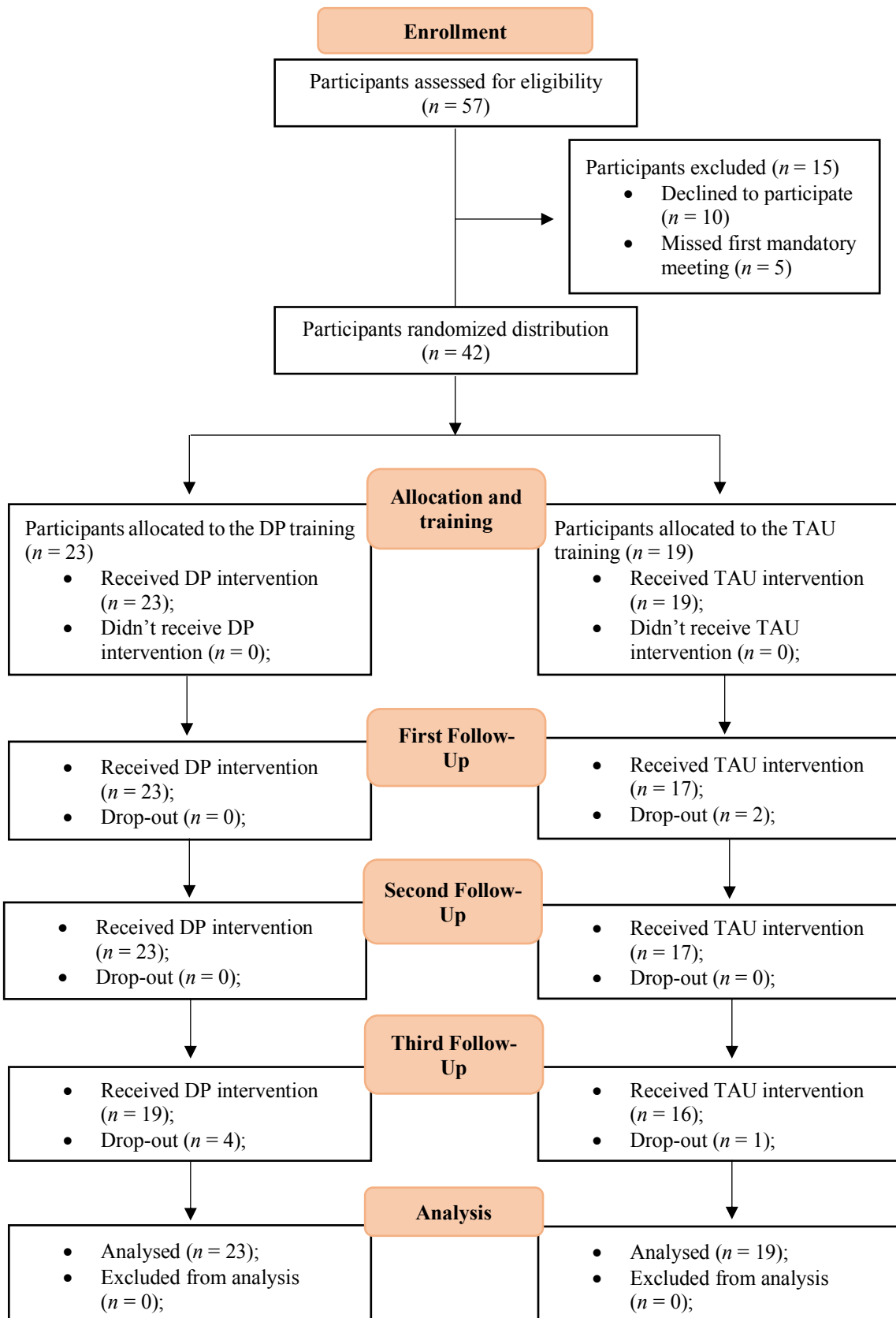
The present study is a Randomized Controlled Trial (RCT), where participants were randomly distributed to two groups. The control group corresponded to a traditional practice, designated: ‘Training as Usual’ (TAU), and the intervention group was Deliberate Practice (DP). Data was collected on four different occasions using the *Theravue* platform (November-December 2020), and each collection had a week interval in between. Afterwards, participant’s responses were submitted on the online platform and rated by two independent raters, that were blind to the conditions in which participants were located. In order to ensure that there was an interrater agreement, the Intraclass Correlation Coefficients (ICC) was calculated, which is a method that allows a concurrently evaluation of both correlation and agreement.

Participants

Data collection happened during the length of one semester in the academic year of 2020/2021. All participants had a Bachelor degree in Psychological Sciences and at the moment of the study were obtaining the Master degree in Clinical Psychology, or had just finished this masters’ course in the academic year of 2019/2020. Furthermore, participants came from different Portuguese universities. The initial sample was composed by a total of 42 participants, which age ranged from 21 to 43 years ($M = 24.16$, $SD = 3.766$). Students were mainly female (39 women, 3 men) and Caucasian (97.6%). 32 participants (76.2%) had a Bachelor degree in Psychological Sciences and were acquiring the master degree in Clinical Psychology, and 10 participants (23.8%) had already finished that master degree. Regarding clinical experience, 24 participants (57.1%) were doing a curricular internship at the time of the study, and 2 participants (4.8%) a professional internship. In the course of the study there was a subject loss, leaving the final sample with only 35 participants who attended to every evaluation moment (see Figure 1). Before the beginning of the study, all participants filled an online sociodemographic questionnaire and signed an informed consent. This study was approved by the Research Ethics Committee from Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA).

Figure 1

Selection and condition allocation of participants



Materials

The informed consent, sociodemographic survey and ‘logbook’ were implemented through the Qualtrics software, XM (November, 2020) (see Appendices I, J and K). This study used *Theravue*, an online deliberate practice platform, designed for psychotherapy instructors and students of psychotherapy, and based on DP’s research on how to improve therapists’ effectiveness and clinical outcomes. *Theravue* implies that participants first watch a brief pre-recorded video where an actor portrays the role of a patient and simulates events of therapeutic sessions. Then, participants resort to a web camera and record responses as therapists, with opportunities to re-record. Specifically in this study, participants were instructed to provide empathic interventions. When final responses are achieved, participants submit them in the platform, to be later evaluated by a course instructor or teaching assistant (Theravue, 2021).

In this study, there were 8 videos. *Video A* (47 seconds) depicted a male client that felt frustrated in the relationship with his sister. *Video B* (68 seconds) showed a male client describing his anxiety symptoms that impaired his day-to-day activities. *Video C* (22 seconds) belonged to a female client that was worried about the opinions her family had towards her. *Video D* (100 seconds) had a female client that felt discouraged towards the things she used to love. *Video E* (59 seconds) involved a female client that was suffering post-traumatic stress and felt her husband could not understand her. *Video F* (69 seconds), *video G* (68 seconds) and *video H* (17 seconds) portrayed female clients that were feeling unsatisfied with therapy, although there were distinctive reasons behind the dissatisfaction.

The scale used to rate participants’ empathic responses was ‘*Measure of Expressed Empathy* (MEE)’, created by Watson in 1999 (Appendix B). MEE is an observer-rated measure that evaluates therapists’ verbal and non-verbal empathic behaviors, by examining how long do therapists exhibit them. It was built for segments with five-minute duration, and comprises 10-items, rated with a Likert scale of 9 points (0 = ‘Never’; 8 = ‘All the time’). For instance, item 1 is: ‘*Does the therapist’s voice convey concern?*’. If concern only appears in the therapist’s voice for 50% of the time, then it is rated with 4 points. The final empathy score is calculated with the mean of the ratings obtained in the 10 items. The scale’s internal consistency ($\alpha = .88$) is high, and the construct validity ($r = 0.66, p < 0.01$) shows a large and significant correlation, as measured by Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI; Barrett-Lennard, 1962) (Malin, 2016). In this study, item 5 was excluded, since participant’s responses didn’t happen in real time, making it difficult to evaluate if they were responsively attuned to the client’s inner world moment by moment. Furthermore, leaving out item 5, the scale’s internal consistency was

calculated for each video of the study. The results were: $\alpha = .93$ for video 1; $\alpha = .94$ for video 2, 7 and 8; $\alpha = .97$ for video 3 and 6; and finally $\alpha = .96$ for video 4 and 5 (Appendix C). According to Pestana and Gageiro (2008) criteria, these values indicate high reliability.

Procedure

Data collection occurred during one semester in the academic year 2020/2021 in Portuguese universities. The study was advertised for psychology students obtaining a master degree in Clinical Psychology, or that finished that same master's in the academic year of 2019/2020. It was presented as an opportunity to learn about an intervention highly associated with positive clinical outcomes, and to use an online platform specifically developed to train psychotherapists. Moreover, participation was voluntary and there were not rewards. After registrations for the study closed, participants were invited to a mandatory online meeting.

The meeting started with a brief lecture on the importance of empathy for clinical outcomes. Then, the schedule of the study was explained, and the importance of participants responding to 2-weekly videos on *Theravue*, followed by a weekly online training session was stressed. In the course of 1 month, participants would self-record responses for 8 videos, and attend 3 online training sessions with 1-hour duration each. Additionally, participants were informed they should fill a 'logbook' when they completed homework's given in training sessions. Lastly, key instructions were delivered regarding the use of *Theravue*, participants filled the informed consent and sociodemographic survey, and there were not mentions to the concept of Deliberate Practice. Later that day, an email was sent to all participants with the necessary credentials to log into *Theravue* accounts, and instructions to self-record and submit empathic responses to the first 2 videos before the initial online training session. There was also information about the group each participant had been allocated to, without explanations about what differed between groups, maintaining internal validity. Before the first training session, procedures were equal for both DP and TAU groups.

Training sessions for DP groups occurred via Zoom in five groups of 5 to 6 participants, so everyone could receive personalized feedback. In these meetings, the coach invited participants to show their previously submitted responses on *Theravue*, and then provided an individual, tailored and detailed feedback to each participant. Afterwards, the coach assigned personal exercises and homework, that was beyond the participant's current abilities, and designed to improve the given empathic interventions. It was also stressed that outside meetings, homework should be repeated at least 3 times for each video, which should happen

before submitting answers to 2 new videos, and recorded in the ‘logbook’. These sessions were built according to Rousmaniere (2017) criteria, with the exception of continuously assessing performance via client-reported outcome, given the study’s specificities.

In the TAU condition, training sessions also occurred via Zoom, and the aim was to create an environment that would have a close proximity to the setting of traditional trainings. To achieve this goal, there was only one group of 19 participants and expositive methods were prioritized. More specifically, an instructor provided lectures about the concept of empathy and its importance in regards to clinical outcomes, simultaneously encouraging participants to engage in debates, and recommending readings as homework. These reading add-ons should happen outside the sessions and the experience recorded in the ‘logbook’, before answering to 2 new videos on *Theravue*. For both groups, participants received a weekly email reminding the main tasks of the study and the specific days in which they should happen: submitting responses to 2 videos on *Theravue*, attending training sessions, and fulfilling the ‘logbook’ whenever a homework was completed.

Specifically about the ‘logbook’, it was a brief questionnaire built with two main purposes. First, it was created so that participants would have a tool that allowed a deeper reflection about the homework they received in the online training sessions. In order to achieve this goal, the content of the questionnaire was different according to the study conditions. In the DP group, the questions revolved around practical exercises (“*How satisfied were you with this training?*”), and for the TAU condition, the focus was on the reading experience with the recommended literature (“*How important do you think this text is for the theme – ‘empathy in psychotherapy?’*”). Second, the use of the ‘logbook’ allowed investigators to monitor, to a certain level, if participants actually did the activities proposed during the training sessions.

Data Analysis

The Intraclass Correlation Coefficients (ICC) was the first aspect to be calculated, since it is considered the most appropriate instrument to simultaneously evaluate correlation and agreement, and its appliance increases trust in measurements. Therefore, the interrater agreement was achieved through a two-way mixed-effects model for the absolute agreement of multiple raters ($k=2$). Absolute agreement happens when independent raters attribute the same score to the same subject, and is considered appropriated for ordinal variables in randomized samples, which is the case of the present study (Field, 2005; Koo & Li, 2016).

After applying the MEE scale, the three hypotheses of this study were analysed with statistical tests, considering that the dependent variable (quality of empathic interventions) is

ordinal. The sample of this study was composed by 42 participants, and it is an established scientific convention that when a sample has more than 30 participants, it has a tendency towards normality (Pestana & Gageiro, 2008). This way, the sample's normality was assumed, making it appropriate to use parametric tests, which are more accurate (Marôco, 2014). Regarding the first hypothesis (H1), to evaluate the differences in the quality of empathic interventions between the DP and the TAU group, a t-student test for independent samples was conducted. As for the second (H2) and third (H3) hypotheses, the aim was to compare scores within DP and TAU groups in each of the eight evaluation moments. Since in these analysis there were paired samples and 8 videos, it implied the use of a repeated measures ANOVA. All analyses were conducted in SPSS Statistical Package version 27.

Results

Interrater Agreement

The average Intraclass Correlation Analysis (ICC) for the 8 videos was .817 with a 95% CI [.772, .854] ($F(313,313) = 5.471, p < .001$) (see Appendix D). According to Koo and Li (2016), if the ICC has values between 0.75 and 0.9, then it means there is a good reliability. As this is the case with the current study, it is possible to conclude that there is a good agreement between raters in regards to the participants' empathy scores.

Responses' Empathic Interventions Quality Between Groups

In order to compare participants' quality of empathic interventions between the Deliberate Practice (DP) and 'Training as Usual' (TAU) conditions, a t-student test for independent samples was conducted in SPSS. There was a significant difference in the scores for the DP ($M = 4.16, SD = 0.70$) and the TAU ($M = 3.57, SD = 0.61$) conditions; $t(40) = 2.83, p = 0.007$. These results suggest that DP had a significant impact on the quality of empathic interventions. More specifically, it suggests that engagement in DP, increased the quality of empathic interventions. These results fully support the first hypothesis of this study, which stated that participants in DP group would show a significant improvement on the quality of empathic interventions, when compared to participants in the TAU condition.

Responses' Empathic Interventions Quality Within Groups

A one-way within subjects (or repeated measures) ANOVA was conducted to compare the effect of the Deliberate Practice (DP) group on the quality of empathic interventions in video 1 ($M = 3.99$, $SD = 0.68$), video 2 ($M = 4.53$, $SD = 0.93$), video 3 ($M = 4.26$, $SD = 0.95$), video 4 ($M = 4.20$, $SD = 1.17$), video 5 ($M = 4.75$, $SD = 0.95$), video 6 ($M = 3.88$, $SD = 1.19$), video 7 ($M = 4.29$, $SD = 0.99$), and video 8 ($M = 4.07$, $SD = 1.04$) conditions. There was not a significant effect of the DP group, Wilks' Lambda = 0.45, $F(7, 12) = 2.11$, $p = 0.122$. These results suggest that there was no statistically significant differences in the quality of empathic interventions between the different evaluation moments within the DP group. This way, the results didn't support the second hypothesis of the study, which stated that within the DP group, participants would increasingly improve the quality of their empathic interventions with each weekly online training session.

A one-way within subjects (or repeated measures) ANOVA was conducted to compare the effect of the 'Training as Usual' (TAU) group on the quality of empathic interventions in video 1 ($M = 3.74$, $SD = 0.90$), video 2 ($M = 4.17$, $SD = 1.11$), video 3 ($M = 3.45$, $SD = 0.81$), video 4 ($M = 3.40$, $SD = 0.66$), video 5 ($M = 4.16$, $SD = 1.06$), video 6 ($M = 3.26$, $SD = 0.98$), video 7 ($M = 3.48$, $SD = 0.88$) and video 8 ($M = 3.03$, $SD = 0.50$) conditions. After verifying that the sphericity assumption had been violated, a Greenhouse-Geisser correction was applied. There was a significant effect of the TAU group, Greenhouse-Geisser = $F(3.87, 58.10) = 6.42$, $p = 0.001$. A post hoc analysis was conducted afterwards, revealing that there was a significant difference specifically in the scores for video 3 ($M = 3.45$, $SD = 0.20$) and video 5 ($M = 4.16$, $SD = 0.27$) conditions ($p = 0.033$); for video 5 ($M = 4.16$, $SD = 0.27$) and video 6 ($M = 3.26$, $SD = 0.25$) conditions ($p = 0.012$); and for video 5 ($M = 4.16$, $SD = 0.27$) and video 8 ($M = 3.03$, $SD = 0.12$) conditions ($p = 0.006$).

These last results suggest that the TAU condition had a significant impact on the eight evaluation moments. More specifically, between video 3 and video 5 participants' empathic interventions had an increase in their quality, and between video 5 and video 6, and also between video 5 and video 8, the quality of empathic interventions significantly decreased. The third and final hypothesis of this study was partially supported by these results, since initially the quality of empathic interventions increased in the TAU group, but then, instead of stabilizing, it decreased until the last evaluation moment.

Discussion

The present study targeted clinical psychology students, and its purpose was to analyse the impact that a Deliberate Practice (DP) training can have in the quality of empathic interventions, when compared to a traditional training ('Training as Usual' – TAU). To this end, a Randomized Controlled Trial (RCT) was conducted with an experimental group (DP) and a control group (TAU) over the course of 4 weeks, with a weekly online training session. Participants also recorded and submitted empathic responses to two videos in the *Theravue* platform in four different evaluation moments. As hypothesized, participants from the DP group had a statistically significant increase in the quality of their empathic interventions, when compared to the TAU condition. Thus, the current study provides further evidence that the use of DP might be more beneficial than TAU in the process of developing essential clinical skills.

Although DP had this positive impact, the results regarding the second hypothesis have also shown that within this specific group, contrary to what was expected, there was not a significant difference in the quality of empathic interventions throughout the four evaluation moments. This way, even though participants in the DP group had higher empathic skills by the end of the study, there was not a statistically significant evolution in empathic interventions with each training session. The absence of substantial progress throughout the 8 videos might have happened due to two reasons. First, it is well established in DP literature that this training method is not associated with immediate results, hence why it is very important that anyone who engages in DP understands its beneficial impacts in the long term (Ericsson et al., 1993; Ericsson, 2006; Ericsson & Pool, 2016). Moreover, one of the basic principles of DP declares that there has to be a continuous effort in order to improve performance, which means training cannot be reduced to a single moment (Miller et al., 2018; Rousmaniere, 2017; Vaz & Rousmaniere, 2021). Considering this, the identification of the 'micro' evolution of empathic interventions might require longer periods of engagement in DP, than the 4 weeks of this study.

Second, the degree of difficulty increased from the first video to the last, and all videos presented different content regarding events from therapeutic sessions. The presence of varied content in the 8 videos prevented the existence of a practice effect and provided a bigger confidence that the results of this study were due to experimental manipulation and not to repeating the same activity (American Psychological Association, 2020). These specificities of the study presented participants with new challenges in each evaluation moment, that could not be solved through the repetition of previous answers. Even though the DP training equipped participants with specific and individualized tools to improve the quality of empathic

interventions, the complete novelty in the videos, combined with the lack of identical responses to follow, made it harder for the statistical results to display significant differences in participants' performance between the videos.

Furthermore, findings partially supported the last hypothesis solely dedicated to the TAU condition, since participants in this group initially improved the quality of their empathic interventions as expected, but then, instead of stabilizing their performance, there was a significant decline. This decrease in performance that started with responses to the fifth video, might also have happened because of the high difficulty level associated with the last videos, and the fact that participants could not achieve a successful response just from practice or repetition of previous answers, since each video exhibited a new situation. Nevertheless, participants in the DP group faced the same situation, but in that case there was not a decline in the quality of empathic interventions. This difference between the DP and TAU group in participants' evolution throughout the 8 videos, suggests a distinct impact that each of these methods have in the process of transferring theoretical knowledge into clinical practice. While in the DP group, participants received individual feedback during the weekly training sessions, which allowed them to improve their empathic interventions and be somewhat more prepared to face new challenges with the increase of difficulty in the videos, participants in the TAU group did not receive that preparation.

The TAU condition was built to resemble as closely as possible the setting of traditional trainings, which are an integral part of continuing education (CE). CE is an ongoing process that allows psychologists to remain updated in terms of theoretical knowledge, but also to refresh their clinical skills (American Psychological Association, 2015). However, it frequently prioritizes knowledge of theoretical nature, and assumes a passive-learning format where the main content is composed by lectures, videos and discussions of the previous elements (Rousmaniere, 2017; Rousmaniere et al., 2017). In addition, it does not provide opportunities for participants to receive personalized feedback, or practice in the moment what was learned (Ericsson & Pool, 2016; Rousmaniere, 2017). Even though this format is effective and important to acquire knowledge on specific subjects, there is not a certainty about its benefits for skill development or actual performance improvement (Rousmaniere et al., 2017; Taylor & Neimeyer, 2015). Comparing the longitudinal analysis within each group (DP and TAU), the results of this study reinforce once again the effectiveness that a DP training has over more traditional trainings, suggesting that its appliance might be promising in CE.

Although the concept of 'Deliberate Practice' has been known for many years, being wildly applied as a training method in other professions, it has only recently become relevant

to the psychotherapy field. Despite the appearance of continuous efforts in the last years to investigate the appliance of DP in psychotherapy, there is still a shortage of scientific evidence. However, it is possible to analyse the studies that have been published so far about the topic. The majority of the studies were accomplished with a sample of therapists, and their results show that not only an engagement in DP leads to positive clinical outcomes (Chow et al., 2015; Goldberg et al., 2016; Hill et al., 2019), but also that studies in which participants are assigned to DP training groups present significant improvements in the competences under study, when compared to the effects caused by traditional trainings (Shukla et al., 2020; Westra et al., 2021). These results are aligned with the present study, supporting the idea that DP can be a decisive method in the development of essential therapeutic skills, having a more positive impact in comparison to traditional trainings.

As seen previously, the scarce investigation that exists about DP in psychotherapy is primarily focused on therapists, which means that DP research in this area that is directed towards psychology students is even more scant. This is an important issue that prompted the execution of the present study, and the results demonstrated that DP had a positive impact in the improvement of empathic interventions. A similar result has also been found in two other studies, in which samples were simultaneously composed by therapists and psychology students. Both studies carried out a comparison between a DP group and a traditional training condition, achieving the result that DP had a significant effect over the selected skills (Di Bartolomeo et al., 2020; Perlman et al., 2020). Specifically in the study from Perlman et al. (2020), the aim was to analyse if DP positively influenced Facilitative Interpersonal Skills (FIS), and results indicated that it did in the following skills: empathy, alliance bond capacity, and alliance rupture-repair responsiveness.

Additionally, a master's thesis composed by two studies was developed, in which the first study aimed at evaluating the impact of a DP and a TAU training in the quality of empathic interventions for undergraduate psychology students. This thesis constituted a model in the process of building the current study, which explains the fact that research designs are identical. Similarly to the findings of the present study, participants in the DP group exhibited a superior quality of empathic interventions, when compared to participants in TAU. However, participants from the DP group had a significant improvement from the first evaluation moment to the last, contrarily to the outcomes of the current investigation. The author of the thesis suggested that as the sample was constituted of undergraduate students, which usually have mostly expositive learning instead of practical, the results might have been enhanced through a novelty effect. This phenomenon was not as likely to happen in the current study, considering

that participants were obtaining the master degree or had just recently finished it, and those are periods with more practice opportunities. Lastly, participants who were allocated to the TAU condition initially had a better performance, and then tended towards stabilization. Therefore, this last result is only partially congruent with the present study, since participants' performance in the TAU group suffered a decline, instead of stabilizing. This difference in results might be explained by the content of the videos, since in the master's thesis there was a repetition of videos, increasing the probability of a practice effect (Barata, 2020).

As participants in the DP group revealed a higher quality of empathic interventions in comparison to participants in TAU condition, findings obtained in the current study also suggest that DP is effective when delivered in a group format. A similar result has been found in the study carried out by Westra et al. (2021), where this training method was also provided in groups and the final results indicated significant improvements in selected skills in the DP condition, when compared to traditional trainings. DP is generally conceived as a solitary activity (Chow, 2017; Rousmaniere, 2017; Westra et al., 2021), but these preliminary results can provide a new path to implement DP. The implementation of this training method in groups instead of in an isolated setting, could help facing some of the barriers surrounding the general application of DP, namely: financial costs; the considerable amount of time it entails; and the coach's availability (Ericsson et al., 1993; Rousmaniere, 2017; Westra et al., 2021). Reducing the aforementioned obstacles would also pave the road to insert DP as part of the educational curricula in psychology, particularly as a fundamental element of Continuing Education (CE), combating its current dominant theoretical nature.

Moreover, Westra et al., (2021) study also points out that a group format could bring the following advantages: an opportunity for participants to learn through the observation of their peers, and the sense of group could enhance the levels of engagement when analysing videos. It is also important to mention that group trainings must meet certain requirements in order to succeed. First, as participants have to share their personal responses in front of other colleagues during training sessions, it is crucial to ensure a safe, supportive and non-judgmental environment (Ericsson et al., 1993; Ericsson & Pool, 2016; Rousmaniere, 2017). An environment that elicits feelings such as anxiety, embarrassment or shame it's not compatible with the emotional vulnerability that DP requires (Rousmaniere, 2017). Second, groups should be composed by a small number of participants in order to guarantee that the specificities of DP trainings are properly delivered, more specifically by assuring everyone can receive an individualized feedback. Although the results from Westra et al. (2021) and the current study

are promising, it is still necessary to conduct more research about the impact of DP's appliance in group formats, and also compare its efficacy to solitary DP.

Contrary to Westra et al. (2021), the dropout rate of the present study was bigger in the DP group. In the course of the study, there was a total subject loss of 7 participants, which was slightly higher in DP group (4 participants), than in the TAU group (3 participants). These dropouts were analysed with a closer frame, revealing that while the three participants from the TAU group left in various moments throughout the study, all four participants from the DP condition exited the study in the last evaluation moment, meaning they submitted responses to every video, except for the last two. This is an important detail, since there was an error in the study's schedule that might explain why the subject loss ended up being greater in the DP group, specifically in the final moments of the experiment. When the schedule of activities was developed, there were only three evaluation moments, which means only six videos were included in the *Theravue* platform. This was also the information that participants received in the first mandatory meeting. However, as the study progressed, it was noticed that a fourth evaluation moment was missing and it should exist, otherwise it would not be possible to assess the impact that the last online training session had on the quality of empathic interventions. As soon as the issue was identified, two more videos were added to the *Theravue* platform and participants were informed about the adjustment in the schedule. As this last evaluation moment was not included in the initial schedule, and also considering that it happened close to Christmas holiday, that might explain why the subject loss in the DP group.

Limitations and Future Research

Although the present study holds promise regarding DP's appliance to clinical psychology students, it had limitations that warrant mention. In regards to internal validity, the following aspects need to be considered. First, as mentioned previously, there were only six videos in the *Theravue* platform at the beginning of the study, which might have had an impact over the subject loss. Second, in the first evaluation moment, there were two participants who submitted responses to all videos, instead of just the first two videos on *Theravue*. Even though the extra responses were quickly erased and not considered in the data analysis, these participants gained knowledge that could influence the remaining evaluation moments. Third, as participants were aware that every submitted response would later be evaluated, feelings of judgement could arise, compromising the potential of the given responses. According to Rousmaniere (2017), these feelings are not compatible with the success of a DP training.

Continuing on the threats to internal validity, the fourth aspect to consider is the fact that this study might have suffered from an experimenter effect, since both the coach from the DP group and the instructor from the TAU group had knowledge about the participants' conditions and the outlined research hypotheses (American Psychological Association, 2020; Rosenthal, 1963). Fifth, as the sample of this study was composed by clinical psychology students who were attaining the master degree or had recently finished it, it is not known if there was an acquaintance with the concept of Deliberate Practice, or any experience with this training method.

Lastly, one of the major differences between the DP and TAU training sessions was that in the former, participants received individualized feedback and in the latter that element was absent. Thus, the improvement in the quality of empathic interventions within the DP group might have exclusively happened due to feedback, and not to the remaining key components of a DP training. Despite the existence of the 'logbook', which confirmed that participants from the DP condition also engaged in solitary practice outside training sessions and reflected on the exercises, there was not a rigorous control that guaranteed all participants from this group performed the assigned homework. Future studies could utilize the 'logbook' as a method to control the number of hours each participant dedicated to solitary practice, and evaluate the impact of those training hours in the quality of empathic interventions. Furthermore, the 'logbook' also included a section where participants could openly write their thoughts about the practice moments, which would be interesting to analyse in a qualitative way.

In terms of external validity, there are also some aspects worth mentioning. For instance, the sample size was small, and while participants came from different portuguese universities, the majority was from Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA). Therefore, future studies should encompass larger and more diverse samples to broadly evaluate the impact of DP trainings in the development of critical competences for clinical psychology students. Moreover, the chosen scale to rate empathic interventions was '*Measure of Expressed Empathy*' (Watson, 1999), which is a non-published scale, raising doubts about its validity. In addition, the scale was built to examine five-minute segments and, for the most part, responses submitted to *Theravue* were much shorter. Last of all, this scale was developed for therapy excerpts where the interaction between the therapist and patient can be seen, and in the current experiment, there was only access to the therapist intervention. As a consequence, even with the exclusion of item 5, some items were harder to rate. Future studies should create an adaptation of the scale that would refer only to the therapist perspective. In conclusion, there should be caution when generalizing the results beyond the scope of the present study.

Conclusions

The present findings support the importance that DP trainings might have in the process of developing skills with great impact in clinical outcomes, such as Facilitative Interpersonal Skills (FIS), for clinical psychology students. More specifically, results have demonstrated that participants in the DP group presented a higher quality in their empathic interventions, in comparison to the TAU condition, which fully supported the first hypothesis. However, contrary to what was expected, there was not a significant evolution of empathic skills within the DP group throughout the four evaluation moments. In regards to results within the TAU condition, the hypothesis was partially supported since participants initially improved their empathic interventions, but afterwards the quality declined instead of stabilizing. These findings were consistent with Di Bartolomeo et al. (2020), Perlman et al. (2020), and Barata (2020) in terms of the positive impact that a DP training can have over key clinical skills for psychology students, when compared to the effects of a traditional training condition. Furthermore, results of the current study were also coherent with Westra et al. (2021) in terms of DP being effective when delivered in a group format. The practice implication for students obtaining a master degree in Clinical Psychology or that recently finished it, is that an engagement in DP with the aim of developing essential clinical skills might create a bridge in the process of transferring theoretical knowledge to clinical practice, allowing young therapists to be better prepared in their first contact with clinical practice.

References

- Ahn, H. -n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251-257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- American Psychological Association. (2015). *Standards and criteria for approval of sponsors of continuing education for psychologists*. <https://www.apa.org/about/policy/approval-standards.pdf>
- American Psychological Association (2020). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/experimenter-effect>.
- American Psychological Association (2020). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/practice-effect>.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology, 76*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapists effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 258-297). John Wiley & Sons.
- Barata, M. (2020). *The application of a deliberate practice training in the improvement of students' and in-training psychotherapists' empathic skills*. (Master's thesis, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal)
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and Why Are Some Therapists Better Than Others? Understanding Therapist Effects* (1st ed., pp. 13-36). American Psychological Association.
- Barrett-Naylor, R., Malins, S., Levene, J., Biswas, S., Mays, C., & Main, G. (2020). Brief training in psychological assessment and interventions skills for cancer care staff: A mixed methods evaluation of deliberate practice techniques. *Psycho-Oncology, 29*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1002/pon.5393>
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct

- comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746-758.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Caspar, F. (2017). Professional expertise in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and Why Are Some Therapists Better Than Others? Understanding Therapist Effects* (1st ed., pp. 193-214). American Psychological Association.
- Chow, D. L. (2017). The practice and the practical: pushing your clinical performance to the next level. In D. S. Prescott, C. L. Maeschalck, & S. D. Miller (Eds.), *Feedback-Informed Treatment in Clinical Practice: Reaching for Excellence* (pp. 323-355). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000039-017>
- Chow, D. L. (2018). *The first kiss: Undoing the intake model and igniting the first sessions in psychotherapy*. Correlate Press.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., & Thornton, J. A. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000015>
- Clements-Hickman, A. L., & Reese, R. J. (2020). Improving therapists' effectiveness: Can deliberate practice help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 606-612. <https://doi.org/10.1037/pro0000318>
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280-291. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., Straten, A. V., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(4). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1), 21-30. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000057>
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566-578. <https://doi.org/10.1080/10503300600756402>
- Di Bartolomeo, A. A., Shukla, S., Westra, H. A., Ghashghaei, N. S., & Olson, D. A. (2020). Rolling with resistance: A client language analysis of deliberate practice in continuing education for psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1-9. <https://doi.org/10.1002/capr.12335>

- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (p. 683-703). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511816796.038>
- Ericsson, K. A., & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, *47*, 273-305. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.273>
- Ericsson, K. A., & Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, *100*(3), 363-406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Field, A. P. (2005). Intraclass correlation. In B. S. Everitt, & D. C. Howell (Eds.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science* (Vol. 2, pp. 948-954). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0470013192.bsa313>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, *53*(3), 367-375. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000131>
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. G., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, *45*(1), 54-65. <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Hill, C. E., Kivlighan, D. M. III, Rousmaniere, T., Kivlighan, D. M., Jr., Gerstenblith, J. A., & Hillman, J. W. (2020). Deliberate practice for the skill of immediacy: A multiple case study of doctoral student therapists and clients. *Psychotherapy*, *57*(4), 587-597. <https://doi.org/10.1037/pst0000247>

- Hill, C. E., Roffman, M., Stahl, J., Friedman, S., Hummel, A., & Wallace, C. (2008). Helping skills training for undergraduates: Outcomes and prediction of outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 55*(3), 359-370. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.3.359>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 7-53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*(3), 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.018>
- Imel, Z. E., Sheng, E., Baldwin, S. A., & Atkins, D. C. (2015). Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Psychotherapy, 52*(3), 329-336. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000023>
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2009). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 533-543. <https://doi.org/10.1037/a0013171>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine, 15*(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 169-218). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Lutz, W., & Barkham, M. (2015). Therapist effects. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1st ed., pp. 1-6). John Wiley & Sons.
- Macnamara, B. N., Hambrick, D. Z., & Oswald, F. L. (2014). Deliberate practice and performance in music, games, sports, education, and professions: A meta-analysis. *Psychological Science, 25*(8), 1608-1618. <https://doi.org/10.1177/0956797614535810>

- Malin, J. A. (2016) *Therapist expressed empathy across experiential treatment for depression: its growth and relationship to other psychotherapy processes* [Unpublished doctoral dissertation]. The York University.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6th ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- McLeod, J. (2021). How students use deliberate practice during the first stage of counsellor training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1-12. <https://doi.org/10.1002/capr.12397>
- Miller, S. D., Chow, D., Wampold, B. E., Hubble, M. A., Del Re, A. C., Maeschalck, C., & Bargmann, S. (2020). To be or not to be (an expert)? Revisiting the role of deliberate practice in improving performance. *High Ability Studies*, 31(1), 5-15. <https://doi.org/10.1080/13598139.2018.1519410>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. L. (2017). Professional development: From oxymoron to reality. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training* (1st ed., pp. 23-47). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch2>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. L. (2018). The question of expertise in psychotherapy. *Journal of Expertise*, 1(2), 1-9.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. L. (2020). *Better results: Using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness*. American Psychological Association.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. (2008). Supershrinks: What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14-22. <https://doi.org/10.1037/e526322010-003>
- Miller, S., Wampold, B., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 5-14. <https://doi.org/10.1080/10503300701472131>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019a, June). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268-274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>

- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019b, June). Let's distinguish relative and absolute efficacy to move psychotherapy research forward. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *65*(2), 178-182. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.178>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86*(4), 384-397. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000284>
- Nikendei, C., Huber, J., Ehrental, J. C., Herzog, W., Schauenburg, H., Schultz, J. -H., & Dinger, U. (2019). Intervention training using peer role-play and standardised patients in psychodynamic psychotherapy trainees. *Counselling and Psychotherapy Research*, *19*(2), 508-522. <https://doi.org/10.1002/capr.12232>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, *55*(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Osler, W. (1905). On the educational value of the medical society. In W. Osler (Writer), *Aequanimitas, with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine* (pp.345-362). Blakiston's Son, & Co.
- Owen, J., Wampold, B. E., Kopta, M., Rousmaniere, T., & Miller, S. D. (2016). As good as it gets? Therapy outcomes of trainees over time. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 12-19. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000112>
- Pascual-Leone, A., Andreescu, C. A., & Yeryomenko, N. (2015). Training novice psychotherapists: Comparing undergraduate and graduate students' outcomes. *Counselling and Psychotherapy Research*, *15*(2), 137-146.
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 871-884. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F., & Sánchez-Reales, S. (2019). Expertise, therapist effects and deliberate practice: The cycle of excellence. *Psychologist Papers*, *40*(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>

- Rosén, E. (2019). *Learning how to learn: Psychology trainees' self-compassion while implementing deliberate practice, with FIT at a psychotherapy training clinic*. (Master's thesis, Umeå University, Umeå, Sweden)
- Rosenthal, R. (1963). On the social psychology of the psychological experiment: The experimenter's hypothesis as unintended determinant of experimental results. *American Scientist*, *51*(2), 268-283.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2017). Introduction. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training* (1st ed., pp. 3-22). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch1>
- Shukla, S., Di Bartolomeo, A. A., Westra, H. A., Olson, D. A., & Ghashghaei, N. S. (2020). The impact of a deliberate practice workshop on therapist demand and support behavior with community volunteers and simulators. *Psychotherapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pst0000333>
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, *32*(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos*. Fim de Século.
- Taylor, J. M., & Neimeyer, G. J. (2015). The assessment of lifelong learning in psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(6), 385-390. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000027>
- Theravue (2021). Theravue.com. Retrieved August 3, 2021 from <https://www.theravue.com>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, *69*(3), 218-229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Vaz, A., & Rousmaniere, T. (2021). *Reaching for expertise: A primer on deliberate practice for psychotherapists*. Deliberate Practice Institute.

- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 110*(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. (2013). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy, 50*(1), 16-24. <https://doi.org/10.1037/a0030570>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2017). What should we practice?: A contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training* (1st ed., pp. 49-65). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch3>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (J.). (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914-923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research, 27*(1), 14-32. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., & Ahn, H. -n. (1997). The flat earth as a metaphor for the evidence for uniform efficacy of bona fide psychotherapies: Reply to Crits-Christoph (1997) and Howard et al. (1997). *Psychological Bulletin, 122*(3), 226-230. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.226>
- Westra, H. A., Norouzian, N., Poulin, L., Coyne, A., Constantino, M. J., Hara, K., Olson, D., & Antony, M. M. (2021). Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers. *Psychotherapy, 58*(2), 175-185. <https://doi.org/10.1037/pst0000311>

Appendices

Appendix A – Revisão de Literatura

Eficácia da Psicoterapia

Sensivelmente em 1950, iniciou-se o debate da eficácia e benefícios da psicoterapia (Wampold & Imel, 2015). A primeira revisão de literatura sobre o tema foi realizada por Hans Eysenck (1952), que concluiu que quanto mais psicoterapia houvesse, menor seria a taxa de recuperação de pacientes neuróticos, levando à conclusão de que a taxa de sucesso da psicoterapia era igual ou inferior à taxa de remissão espontânea. Estes resultados levaram vários terapeutas e a população leiga a acreditar que a psicoterapia era desnecessária, podendo até ser prejudicial (Wampold & Imel, 2015). No entanto, a primeira metanálise sobre resultados da psicoterapia publicada por Smith e Glass (1977), veio demonstrar que a psicoterapia é eficaz, particularmente em casos de alívio de medo, ansiedade ou aumento da autoestima. Este artigo, juntamente com a sequência de 1980, estabeleceram claramente os benefícios da psicoterapia, sendo que, em média, no fim da terapia a pessoa encontra-se 80% melhor, comparativamente a quem não a realizou (Wampold, 2013; Wampold & Imel, 2015).

O estudo de Eysenck acabou por destacar os problemas existentes na investigação em psicoterapia, incentivando ao surgimento de uma proliferação de estudos acerca da eficácia da psicoterapia, com recurso a procedimentos de investigação mais adequados (Miller et al., 2013; Munder et al., 2019a; Wampold, 2013). Os resultados dessas várias metanálises corroboraram as conclusões obtidas por Smith e Glass, estabelecendo-se a eficácia da psicoterapia num intervalo entre 0.75 e 0.85 (Wampold & Imel, 2015). No entanto, é de salientar que estudos mais recentes que consideraram os problemas metodológicos das metanálises, obtiveram tamanhos do efeito mais pequenos. Apesar destas diferenças, mesmo os tamanhos do efeito mais pequenos (0.40) demonstram que a psicoterapia funciona (Lambert, 2013a).

Após 68 anos da afirmação polémica de Eysenck, surgiu um estudo que pretendeu verificar os efeitos reais da psicoterapia no tratamento da depressão, depois de ajustadas as limitações das metanálises. Quando três aspetos foram excluídos (uso de listas de espera como controlo; risco de enviesamento; país onde cada estudo foi conduzido), o tamanho do efeito foi 0.31. Isto levou os autores a concluir que metanálises prévias sobrestimaram a eficácia da psicoterapia, e que esta pode não ter efeitos superiores à remissão espontânea (Cuijpers et al., 2019). Como resposta a este estudo surgiu uma reanálise, na qual se defendeu que as listas de espera são adequadas como controlo, visto que a ausência de tratamento representa uma

estimativa do percurso natural da perturbação. Para além disso, muitos dos estudos na amostra não estavam classificados como psicoterapia, e o termo *'treatment as usual'* (grupo de controlo) poderia incluir psicoterapia. Assim, o tamanho do efeito foi novamente calculado (0.75), confirmando uma vez mais a eficácia da psicoterapia face à ausência de tratamento (Munder et al., 2019a; Munder et al, 2019b). Deste modo, é possível concluir que a eficácia da psicoterapia é consensual na literatura atual (Lambert, 2013a; Lambert, 2013b; Miller et al., 2013; Munder et al., 2019a; Munder et al, 2019b; Sousa, 2017; Wampold, 2013).

Estando garantida a eficácia absoluta da psicoterapia, a investigação dirigiu-se para uma questão mais específica: perceber se a psicoterapia também era eficaz para os pacientes do “mundo real” (Wampold & Imel, 2015). Sabe-se atualmente que os efeitos da psicoterapia não são apenas estatisticamente significativos, indicando que em contextos naturais este tratamento não só facilita a nível da remissão sintomática, como também ajuda à criação de novas estratégias de *coping*, melhorando o funcionamento geral do sujeito (Lambert, 2013a; Sousa, 2017; Wampold & Imel, 2015). Outra questão que mereceu destaque foi a comparação da psicoterapia a intervenções medicamentosas. Na maioria das situações, a psicoterapia é igualmente eficaz à farmacoterapia no momento em que termina o tratamento (Imel et al., 2008; De Maat et al., 2006; Sousa, 2017). Particularmente no estudo realizado por De Maat et al. (2006), os resultados demonstraram que a taxa de *dropout* era significativamente superior no caso da farmacoterapia, e que o número de pacientes que sofria recaídas após o fim desta era o dobro comparativamente ao término da psicoterapia. Ademais, os ganhos da psicoterapia tendem a ser geralmente mais duradouros (Cuijpers et al., 2013; Imel et al., 2008).

Desde o início da psicoterapia que sempre existiu uma rivalidade entre diferentes orientações teóricas, tentando-se constantemente provar a superioridade de uma terapia. Quando se estabeleceu claramente a eficácia geral da psicoterapia, tornou-se ainda mais saliente a “corrida” para verificar a eficácia relativa de cada terapia. Esta análise é determinante, dado que se existir uma psicoterapia mais eficaz, esta deve ser adotada para melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental. No entanto, conclusões precoces podem limitar o acesso a psicoterapias igualmente eficazes, provocando um decréscimo na qualidade destes serviços (Wampold et al., 2017). Por um lado, o modelo médico defende a existência de psicoterapias mais eficazes, pois o nível de eficácia depende de ingredientes específicos. Por outro lado, o modelo contextual assenta na ideia de que as psicoterapias produzem resultados idênticos, sendo os fatores comuns responsáveis pela eficácia (Sousa, 2017; Wampold & Imel, 2015).

O estudo de Smith e Glass (1977) foi novamente pioneiro nesta área, ao demonstrar que não existiam diferenças significativas nos efeitos produzidos por diferentes terapias. Este

resultado foi corroborado em diversos estudos com amostras constituídas por adultos (Benish et al., 2008; Imel et al., 2009; Munder et al., 2019a; Wampold et al., 2017). A igualdade da eficácia foi também verificada em crianças e adolescentes, onde foi analisado o impacto das psicoterapias sobre as perturbações mais prevalentes nestes períodos do desenvolvimento, nomeadamente, a depressão, ansiedade, perturbações do comportamento e défices de atenção (Miller et al., 2008). A seguinte citação corrobora que, até ao momento atual, não existem psicoterapias com resultados significativamente superiores:

We would cherish the day that a treatment is developed that is dramatically more effective than the ones we use today. But until that day comes, the existing data suggest that whatever differences in treatment efficacy exist, they appear to be extremely small, at best (Wampold, 1997, p. 230).

Rosenzweig (1936) foi um dos primeiros autores a sugerir que os fatores comuns seriam responsáveis pela mudança terapêutica, justificando assim o facto de todos os métodos psicoterapêuticos serem igualmente eficazes. O autor reforçou o seu argumento recorrendo à frase da obra *Alice no País das Maravilhas*: “Todos ganharam e todos devem receber um prémio”. O estudo de Luborsky et al., (1975) foi de encontro às afirmações de Rosenzweig, ao demonstrar que a proporção de pacientes com melhorias no fim da psicoterapia não variava significativamente entre os tipos de tratamento, e que todas as psicoterapias produziam grandes benefícios. Estas conclusões incentivaram os autores a defender aquilo que apelidaram de o “*Veredito do Pássaro Dodo*”, estando este termo bastante presente na literatura atual quando se pretende afirmar que as várias psicoterapias apresentam resultados equivalentes. Outrossim, foi realizada uma metanálise onde através da adição ou remoção de componentes cruciais, se verificou que os ingredientes específicos das psicoterapias não foram responsáveis pelos resultados benéficos, o que incentivou uma maior dúvida sobre a existência de psicoterapias superiores e suportou a hipótese dos fatores comuns (Ahn & Wampold, 2001). Em suma, a convergência de evidência no sentido da eficácia idêntica das diferentes psicoterapias constituiu uma primeira prova de que o modelo médico falha em explicar alguns resultados da investigação em psicoterapia (Wampold & Imel, 2015).

Fatores Comuns

Os fatores comuns ou não-específicos dizem respeito aos elementos transversais a diferentes tipos de psicoterapia, além de que parecem explicar a eficácia relativa da psicoterapia

(Sousa, 2017). Com o propósito de investigar a contribuição relativa de fatores específicos e não-específicos para a melhoria de pacientes adultos com depressão, a meta-análise de Cuijpers et al. (2012) analisou 31 estudos. Os resultados demonstraram que 33.3% da melhoria dos pacientes se deveu a fatores extra-terapêuticos, 49.6% a fatores comuns e 17.1% a técnicas específicas, de onde se concluiu que os fatores comuns são o que mais contribui para resultados clínicos eficazes (Cuijpers et al., 2012). O modelo contextual defende que a psicoterapia produz benefícios nos seus pacientes devido a três vias: a relação real terapeuta-paciente, a criação de expectativas positivas, e a implementação de ações promotoras de saúde através de estratégias terapêuticas específicas. Os fatores comuns vão influenciar estas três vias (Wampold, 2015).

A abordagem dos fatores comuns assenta num conjunto de princípios necessários e suficientes para a mudança: uma ligação emocional terapeuta-paciente; um ambiente seguro, com propriedades curativas; uma explicação psicológica adaptativa para a angústia do paciente, que considere a sua cultura e seja aceite por este; e um conjunto de procedimentos / rituais úteis e adaptativos para o paciente (Laska et al., 2014; Sousa, 2017). É comum surgir uma resistência à adoção desta abordagem, pois é interpretada erradamente como defensora de que a mera relação é suficiente para a mudança terapêutica (Laska et al., 2014). A importância da relação terapêutica é reconhecida tanto pelos pacientes, que a consideram um dos aspetos mais úteis na psicoterapia, como pelos terapeutas e investigadores, que a perspetivam enquanto preditor de eficácia clínica. No entanto, é crucial realçar que a relação terapêutica é interdependente do método de tratamento implementado (Norcross & Lambert, 2018).

As variáveis terapêuticas que são comuns às diversas psicoterapias e que apresentam maior impacto nos resultados clínicos são: o consenso de objetivos e a colaboração; empatia; aliança; olhar positivo e afirmação; efeitos do terapeuta; congruência e genuinidade; adaptação cultural da terapia; e expectativas (Laska et al., 2014; Norcross & Lambert, 2018; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015). Como se pode verificar pelas variáveis supracitadas, é mais importante um envolvimento ativo e uma colaboração do paciente no processo terapêutico, do que analisar qual o tipo de psicoterapia utilizado (Lambert, 2013a).

Fatores do Terapeuta

Os efeitos do terapeuta são um dos fatores comuns com grande influência na eficácia da psicoterapia, e referem-se exclusivamente à contribuição dos terapeutas para os resultados (Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Lutz & Barkham, 2015). Estes efeitos surgem quando alguns terapeutas atingem consistentemente melhores resultados clínicos,

comparativamente aos restantes colegas, independentemente do paciente ou tratamento em causa (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015). Caso não existissem estes efeitos, não se verificaria variabilidade nos resultados, deixando de ser pertinente o processo de seleção do profissional, aspeto intrínseco ao início de um acompanhamento psicoterapêutico. Pelo contrário, a presença de efeitos do terapeuta eleva a necessidade de tomada de atenção a esta figura (Barkham et al., 2017).

Considerando que cada ser humano é único, surge como lógico pensar que o desempenho de cada profissional varia, sendo difícil atingirem-se níveis semelhantes de competência numa mesma profissão (Barkham et al., 2017). Esta ideia é reforçada por Osler (1905): “Variability is the law of life, and as no two faces are the same, so no two bodies are alike, and no two individuals react alike and behave alike (. . .)” (p. 348). Especificamente nos terapeutas, a prática clínica é influenciada pela personalidade do profissional, o que se reflete em variações na adoção de ações terapêuticas, e leva a que alguns terapeutas sejam mais eficazes (Wampold & Imel, 2015). Neste sentido, a complexidade inerente ao ser humano impulsionou a que os fatores do terapeuta fossem de grande interesse, de modo a determinar as qualidades do terapeuta responsáveis pela produção de resultados benéficos (Lambert, 2013a; Wampold & Imel, 2015).

Segundo Barkham et al. (2017) e Miller et al. (2018), o primeiro reconhecimento de terapeutas com resultados consistentemente e marcadamente melhores foi em 1974, por Frank D. Ricks. Todavia, a identificação deste fenómeno não provocou alterações na assunção da uniformidade dos terapeutas, além de que se verificou posteriormente uma tentativa de eliminação do terapeuta enquanto elemento influente no processo terapêutico, em detrimento de estudos de comparação de modelos de tratamento (Anderson et al., 2009; Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Lambert, 2013a; Lutz & Barkham, 2015; Miller et al., 2008; Norcross & Lambert, 2018; Wampold & Imel, 2015). Ademais, a deteção dos efeitos do terapeuta implica uma monitorização sistemática dos resultados, o que eleva o controlo dentro das sessões, e situa a *performance* dos terapeutas relativamente aos pares, podendo ser interpretado como ameaçador (Baldwin & Imel, 2013). Assim, durante vários anos, a consciência da variabilidade entre terapeutas foi acompanhada de um desconhecimento e incompreensão relativamente ao papel dos efeitos do terapeuta (Laska et al., 2014).

Apesar deste evitamento, o que se verifica na investigação é que mesmo perante esforços para eliminar os efeitos do terapeuta, com recurso a terapias manualizadas e formação idêntica dos terapeutas, acabam por surgir diferenças significativas no impacto de cada terapeuta nos seus pacientes (Anderson et al., 2009; Laska et al., 2014; Norcross & Lambert,

2018). Deste modo, a pessoa do terapeuta é uma variável incontornável no processo terapêutico, podendo ter um impacto imediato na prática ao assegurar resultados clínicos positivos (Lambert, 2013a; Norcross & Lambert, 2018). Esta conclusão é congruente com a abordagem dos fatores comuns, que defende o terapeuta como essencial para o sucesso da intervenção e prevê a existência de terapeutas mais competentes, sendo este outro motivo para a contribuição do terapeuta não poder ser ignorada (Laska et al., 2014; Sousa, 2017; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015).

A acumulação de estudos denotou efeitos consistentes e robustos de que os terapeutas são responsáveis por 3-7% da variabilidade nos resultados clínicos (Owen et al., 2016; Wampold & Imel, 2015). Este intervalo varia entre autores, podendo também situar-se entre os 5% e os 8% (Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Lutz & Barkham, 2015; Sousa, 2017; Wampold & Brown, 2005). Independentemente destas variações, é possível concluir que alguns terapeutas são mais eficazes, e que embora as percentagens aparentem ser pequenas, os efeitos do terapeuta têm um impacto significativo nos cuidados de saúde a longo-prazo (Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Imel et al., 2015; Wampold & Imel, 2015). Já os diferentes métodos psicoterapêuticos são responsáveis por cerca de 1% da variabilidade total, o que significa que os efeitos do terapeuta têm um maior peso e o tratamento particular não afeta significativamente os resultados (Baldwin & Imel, 2013; Laska et al., 2014; Wampold & Imel, 2015). A descoberta da diferença significativa de eficácia entre terapeutas acarreta implicações importantes na seleção e treino, além da monitorização dos resultados na prática clínica (Barkham et al., 2017). Os efeitos do terapeuta são assim, indubitavelmente relevantes para a melhoria dos cuidados de saúde e para dar respostas mais adequadas às necessidades dos pacientes (Laska et al., 2014; Wampold & Imel, 2015).

Regressando à abordagem dos fatores comuns, há um ênfase sobre a investigação de terapeutas que obtêm melhores resultados, com o intuito de determinar as ações que os distinguem dos restantes terapeutas, e promover a melhoria dos terapeutas que falham consistentemente (Laska et al., 2014). Estando a variabilidade entre terapeutas identificada e eliminada a assunção de uniformidade, tornou-se relevante identificar estas ações e características dos terapeutas mais eficazes (Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Prado-Abril et al., 2019; Wampold & Brown, 2005; Wampold & Imel, 2015; Wampold et al., 2017). Um dos maiores desafios para concretizar esta tarefa remete para o isolamento das contribuições do paciente e do terapeuta (Wampold et al., 2017).

Em 2005, Wampold e Brown realizaram um estudo no qual concluíram que os dados sociodemográficos (idade, género do terapeuta), a par de outras características (formação, anos

de experiência) não explicavam a variabilidade encontrada entre terapeutas na prática clínica. Ainda dentro deste âmbito, foi realizado um estudo por Anderson et al., (2009) onde se concluiu que as competências interpessoais facilitadoras ou FIS (fluência verbal, expressão emocional, persuasão, esperança, afeto, empatia, capacidade de estabelecer aliança e foco nos problemas) constituíam preditores significativos dos resultados, o que veio reforçar a importância do terapeuta.

Mais recentemente verificou-se que as ações dos terapeutas mais eficazes alinham-se com a abordagem dos fatores comuns, privilegiando-se a capacidade de estabelecer alianças terapêuticas fortes e a formação de relações ativas a nível emocional, além da presença de FIS e do treino destas fora do ambiente terapêutico (Laska et al., 2014; Prado-Abril et al., 2019; Sousa, 2017; Wampold, 2015). Outrossim, a capacidade de responsividade do terapeuta, que conduz à adaptação da intervenção às especificidades do paciente, é outro atributo de extrema importância (Sousa, 2017). Outra característica destes terapeutas remete para a capacidade de se questionarem sobre a sua competência para ajudar os pacientes (Chow, 2017; Wampold, 2017; Prado-Abril et al., 2019). Por fim, outro aspeto a ser considerado é o nível de severidade inicial do paciente, visto que quanto mais severa a perturbação, maiores os efeitos do terapeuta, e mais importante a escolha do terapeuta (Barkham et al., 2017).

Outro tópico de interesse para a investigação, correspondeu a perceber se os anos de experiência de um terapeuta contribuíam para uma melhoria dos seus resultados (Goldberg et al. 2016). Em 2016 surgiram dois estudos longitudinais para responder à questão. O primeiro, conduzido por Owen et al., 2016, demonstrou que os meses de experiência num estágio levou os formandos a melhorar ligeiramente os resultados, o que foi moderado pela severidade inicial dos pacientes. Já o segundo estudo, um dos maiores realizados até à data, dirigiu-se a terapeutas já formados e verificou que, apesar de estes variarem nas suas trajetórias desenvolvimentais, a tendência geral era surgirem resultados ligeiramente mais baixos com o aumento dos anos de experiência. No entanto, também se apurou que as taxas de *dropout* eram menores nos terapeutas com mais experiência (Goldberg et al. 2016). Esta sugestão de que os terapeutas deterioram na capacidade de ajudar pacientes à medida que a experiência aumenta, remete para a urgência destes profissionais reconhecerem a importância de adotarem uma postura de aprendizagem contínua nas suas carreiras (Clements-Hickman & Reese, 2020).

Finalmente, a evidência de enviesamentos no autojulgamento ajudou a dirigir a atenção dos investigadores para o impacto dos efeitos dos terapeutas. Ao longo dos anos, verificou-se um efeito consistente de que as pessoas de diversas profissões perspetivavam-se a si mesmas como mais competentes do que os colegas, a um nível que ultrapassava não só as capacidades

reais, como também o que seria possível de um ponto de vista estatístico (Walfish et al., 2012). Naturalmente, em 2012, Walfish et al., pretenderam testar estes efeitos nos profissionais de saúde mental. Os resultados demonstraram que, em média, os participantes situaram as suas competências clínicas no percentil 80, e nenhum se autoavaliou abaixo do percentil 50. Ademais, mais de metade da amostra acreditava que 80% dos seus pacientes melhorava como resultado das suas competências. Esta atitude de sobrestimar as próprias competências clínicas e subestimar as taxas de deterioração dos pacientes apenas confirma a necessidade de existir uma monitorização dos resultados clínicos através de ferramentas formais, não deixando esta avaliação apenas ao critério do clínico (Walfish et al., 2012).

Expertise na Psicoterapia

Após a confirmação da existência de efeitos do terapeuta e identificação das características dos terapeutas mais eficazes, procurou-se obter uma maior compreensão sobre o que leva os terapeutas a uma melhor ou pior *performance*, e qual o método de treino que pode incidir sobre as competências determinantes, melhorando assim a *performance* (Caspar, 2017; Prado-Abril et al., 2019). A escassez de investigação sobre *expertise* na psicoterapia, direcionou os investigadores a procurar orientação noutros domínios profissionais (Caspar, 2017). K. Anders Ericsson foi um dos pioneiros no estudo geral da *expertise*, tendo dedicado grande parte da sua carreira à análise dos melhores profissionais de diversas áreas, os *experts*. Neste percurso, concluiu que todos os *experts* partilhavam uma característica: grande dedicação à prática de competências (Ericsson & Pool, 2016; Miller et al., 2008). Isto fragilizou a crença de que os profissionais com melhor *performance* derivam de um talento inato. Apesar de algumas características à nascença facilitarem a aprendizagem de competências, à medida que o tempo passa, as componentes mais determinantes são a quantidade e qualidade da prática realizada (Ericsson & Pool, 2016).

A descoberta de que os *experts* não são condicionados por aspetos genéticos, mas pela dedicação ao desenvolvimento contínuo das capacidades, potenciou uma revolução sobre a perspetiva do potencial humano, transmitindo a mensagem que todos podem melhorar as suas competências profissionais (Ericsson & Pool, 2016). A melhoria da *performance* é um objetivo que apela não só ao próprio indivíduo, como também à sociedade na qual se encontra inserido (Miller et al., 2020). Caso se descobrisse que os *experts* dependiam de características presentes à nascença, não faria sentido continuar a dedicar esforços para compreender o processo de desenvolvimento de *expertise*. O conhecimento de que o talento não é o fator determinante

trouxe implicações para a formação, treino e entrega dos serviços nas várias áreas profissionais (Miller et al., 2008).

Especificamente na psicoterapia, é necessário perceber se a *expertise* se aplica a este campo, e se o seu desenvolvimento decorre do treino e da experiência. Se não for o caso, os modelos de formação e treino em vigor devem ser atualizados (Hill et al., 2017). Na verdade, não existe evidência de que os métodos tradicionais (supervisão, cursos, *workshops*, terapia pessoal e experiência clínica) sejam suficientes para um terapeuta melhorar a sua *performance* (Miller et al., 2017; Prado-Abril et al., 2019). Assim, a compreensão da *expertise* é bastante relevante, podendo melhorar a formação / treino dos psicoterapeutas e, conseqüentemente, potenciar uma maior qualidade dos serviços de saúde mental. Um dos problemas emergentes na *expertise* em psicoterapia consiste na operacionalização de um ‘*expert*’ (Tracey et al., 2014). Hill et al. (2017), consideram que a *expertise* se expressa num contínuo e que os indivíduos altamente *expert* apresentam os níveis mais elevados de capacidade, competência profissional e eficácia para uma variedade de sessões e pacientes. Outra possível definição, adotada por Goodyear et al. (2017), é que os *experts* são os indivíduos que manifestam melhorias ao longo da carreira e apresentam uma *performance* superior.

De acordo com Tracey et al. (2014), o desenvolvimento de *expertise* é muito ligeiro na carreira dos terapeutas, o que os autores justificam pela: ausência de informação sobre os resultados das intervenções; carência de explicações sobre como a psicoterapia produz benefícios; e dificuldade em aproveitar a informação existente. Adicionalmente, os autores consideram que as maiores barreiras para atingir *expertise* são: variações individuais no processamento de informação; inexistência de rotinas de prática deliberada; enviesamentos nos autojulgamentos de competência; e falta de *feedback* preciso. De modo a combater estas lacunas, Tracey et al. (2014) referem a importância de se obter *feedback* acerca da intervenção, seja através do questionamento do paciente (informal) ou da aplicação de instrumentos (formal). Todavia, os autores admitem que apenas este fator não é suficiente, pois não providencia informação sobre quais as condutas que potenciam a melhoria da *performance*.

Em 2008, Miller et al., delinearam uma fórmula para o desenvolvimento de *expertise* nos terapeutas. Em primeiro lugar, o profissional deve identificar o seu nível base de *performance*, de modo a localizar as suas competências e o que pode ser melhorado. No entanto, a maioria dos psicoterapeutas não recolhe dados acerca dos seus resultados. Como mencionado anteriormente, determinar onde se situa realmente a *performance* pode ser sentido como ameaçador e ansiogénico, contudo, deve-se ter em consideração que a maioria dos clínicos desenvolve um bom trabalho com os seus pacientes. Ademais, o próprio ato de procurar o nível

base de *performance* produz, por si só, uma melhoria dos resultados clínicos. Em segundo lugar, o profissional deve envolver-se em prática deliberada. Por fim, é também extremamente importante que o terapeuta procure obter *feedback* sobre o seu desempenho (Miller et al., 2008).

De acordo com Hill et al. (2017), os mecanismos que levam ao desenvolvimento de *expertise* correspondem à experiência, terapia pessoal, supervisão, prática deliberada e *feedback*. No entanto, no mesmo ano surgiu um artigo que criticou os mecanismos selecionados por estes autores. Neste, identificou-se que a experiência dos terapeutas não é suficiente quando utilizada de forma isolada, considerando até a evidência de que os terapeutas não melhoram com os anos de experiência clínica. Ademais, não existe suporte científico de que a terapia pessoal esteja associada a impactos positivos nos resultados, e os efeitos da supervisão são ainda bastante ambivalentes na literatura. Já em termos dos critérios de prática deliberada e de *feedback*, estes são suportados (Goodyear et al., 2017). Seria expectável que todos os clínicos quisessem atingir a excelência. No entanto, este é um caminho longo, exigente e solitário, estando sempre em risco de desaparecer, caso os esforços do profissional não sejam contínuos (Prado-Abril et al., 2019).

Prática Deliberada

De forma geral, um nível mínimo e aceitável de *performance* é suficiente para que os profissionais se sintam satisfeitos com a prática. Nestes casos, quando o grau de *performance* desejado é alcançado, resta apenas garantir a estabilidade do desempenho ao longo da carreira, o que requer apenas esforços ligeiros. Este é um motivo que leva os investigadores a concluir que a quantidade de experiência tem uma correlação baixa com a *performance*, depois de ultrapassados os desafios de entrada no mercado laboral (Ericsson, 2006). Talvez esta reduzida ambição dos profissionais, denuncie uma escassez de oportunidades para a aprendizagem eficaz, e melhoria de competências-chave (Ericsson & Lehmann, 1996). A evidência de que os anos de experiência de um terapeuta não correspondem necessariamente à *expertise*, corrobora o facto de a maioria destes profissionais atingir rapidamente um patamar estável de *performance*. Outrossim, os terapeutas sobrestimam a sua eficácia clínica. Estes dois fatores reduzem a motivação e disponibilidade para o envolvimento num processo de melhoria da *performance*, mantendo a crença errada de que a prática clínica é suficiente (Chow et al., 2015; Prado-Abril et al., 2019; Shukla et al., 2020; Westra et al., 2021).

Como referido anteriormente, Ericsson descobriu que a prática é a chave para atingir *expertise* em qualquer domínio profissional. Mais especificamente, o autor identificou uma

prática particular para alcançar este objetivo, que denominou de ‘Prática Deliberada’ (PD) (Ericsson & Pool, 2016). Isto significa que o envolvimento contínuo na PD é um veículo primário para a obtenção de uma *performance expert* (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson et al., 1993). A PD difere das restantes práticas essencialmente por dois motivos: aplica-se a qualquer área que tenha profissionais com *performance expert*, e na qual existam professores capacitados para proporcionar atividades inerentes à PD (Ericsson & Pool, 2016).

A PD é um treino particular cujo objetivo é o desenvolvimento de *expertise*, isto é, elevar os níveis atuais de *performance* de um sujeito (Ericsson et al., 1993; Ericsson & Pool, 2016). Esta caracteriza-se por atividades personalizadas e altamente estruturadas, delineadas com a ajuda de um ‘*coach*’, para a melhoria de aspetos particulares da *performance* individual, e recorrendo a métodos como a repetição e ajustamento contínuo das tarefas às necessidades do profissional (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson & Lehmann, 1996; Ericsson & Pool, 2016). As atividades devem ser construídas considerando o sujeito, pois pretende-se que este desenvolva competências além daquilo que já consegue fazer. Isto significa abandonar a zona de conforto e enfrentar os limites e fraquezas da *performance*, suscitando frequentemente uma oscilação entre sentimentos de frustração e tédio, e levando a que o treino não seja descrito como agradável (Ericsson et al., 1993; Ericsson & Pool, 2016; Rousmaniere, 2017).

A PD é suportada por quatro pilares fundamentais: objetivos, *coach*, *feedback* e aperfeiçoamento (Chow, 2017; Chow, 2018; Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson, 2006; Miller et al., 2018; Miller et al., 2020; Miller et al., 2020). Em primeiro lugar, deve-se estabelecer de forma clara e específica os objetivos de aprendizagem, o que depende dos limites da *performance* e do ritmo de desenvolvimento do sujeito. Em segundo lugar, a obtenção de *feedback* imediato e contínuo diminui as discrepâncias entre os objetivos finais e iniciais. Em terceiro lugar, um ‘*coach*’ deve orientar o processo de aprendizagem, especialmente no início. Esta figura está atenta a aspetos particulares da *performance* que prejudicam o sucesso, permitindo que mais tarde o indivíduo internalize as suas funções (Clements-Hickman & Reese, 2020; Miller et al., 2020). A independência do ‘*coach*’ é progressiva, consoante a aquisição de maior capacidade de controlo, automonitorização e avaliação da *performance* (Ericsson, 2006). Por fim, o *feedback* e oportunidades de repetição de tarefas, produzem um aperfeiçoamento gradual da *performance* (Ericsson, 2006; Miller et al., 2020). Esta evolução não se relaciona com a quantidade de treino, mas com o esforço dedicado à mudança de comportamentos que influenciam positivamente a *performance* (Miller et al., 2020).

A implementação deste método de treino requer a presença de algumas condições. Primeiro, o sujeito deve assegurar o acesso a recursos externos e internos que permitam o

sucesso do treino, tais como: ‘*coach*’, materiais de treino, instalações, e disponibilidade energética e temporal (Ericsson et al., 1993). Este tipo de treino não é intrinsecamente motivador, o que se deve a dois motivos: ausência quase total de recompensas externas, e necessidade de monitorizar atividades com concentração e ações conscientes, de modo a retirar-se benefícios do *feedback* (Ericsson et al., 1993; Ericsson & Lehmann, 1996; Ericsson & Pool, 2016). Os indivíduos raramente iniciam a PD espontaneamente devido aos motivos supracitados, pelo que é essencial a compreensão do impacto positivo desta a longo-prazo e haver motivação para a realização de tarefas (Ericsson et al., 1993). Considerando que a PD exige um grande esforço, e de modo a maximizar os benefícios futuros, devem ser impostos limites na quantidade de treino diário, para que seja possível uma recuperação total e, assim, evitar um estado de exaustão (Ericsson et al., 1993; Ericsson & Pool, 2016).

Em 2014, Macnamara et al., realizaram a primeira metanálise sobre a relação entre a PD e a *performance*, onde se concluiu que níveis elevados de PD estavam associados a uma melhor *performance*. Este método de treino explicou 12% da variância na *performance*, sendo o valor moderado pela previsibilidade do ambiente e domínio profissional em causa. Como grande parte da variância podia ser explicada por outros fatores, os autores concluíram que a PD não é tão importante como se defendia inicialmente, apesar de permanecer um preditor determinante das diferenças individuais na *performance* (Macnamara et al., 2014). Os resultados desta metanálise vieram fragilizar a ideia de que a prática é o mais importante para o desenvolvimento de *expertise*. Todavia, uma reflexão aprofundada da metanálise demonstrou que foi utilizada uma definição abrangente de PD, levando a que alguns dos estudos incluídos não utilizassem efetivamente este treino. Nos tempos atuais, ainda se verifica um debate para determinar se a PD é ou não o principal contributo para o desenvolvimento de *expertise*. No entanto, o valor da correlação após a correção das falhas da metanálise (0.40) é suficiente para que este treino seja recomendado a todos os indivíduos que pretendam melhorar a *performance* (Miller et al., 2020). Atualmente é consensual na literatura, que os profissionais com melhor *performance* manifestam um grande envolvimento em PD (Miller et al., 2008; Miller et al., 2018).

A maioria da investigação sobre PD localiza-se noutras profissões, o que constituiu um modelo para a compreensão sobre como se processa o desenvolvimento de *expertise* na psicoterapia (Chow et al., 2015; Clements-Hickman & Reese, 2020). Nos vários domínios, o envolvimento na PD proporcionou uma *performance* superior, bem como a manutenção da mesma (Chow et al., 2015). Assim, este método de treino parece ser o percurso mais eficaz para a obtenção de *expertise* (Caspar, 2017). Ademais, a evidência científica já demonstrou que a prática clínica não é o mesmo que a PD, e sendo a experiência insuficiente, este novo método

emerge como crucial para a obtenção e manutenção de um desempenho superior (Chow, 2017; Chow, 2018; Rousmaniere, 2017). O possível papel da PD na melhoria da eficácia terapêutica tornou-se recentemente relevante na investigação em psicoterapia. No entanto, a permanência de dúvidas face aos benefícios da psicoterapia e a ambiguidade inerente à profissão, constituem obstáculos à evolução na investigação, pelo que a adaptação deste conceito à área ainda é instável (Clements-Hickman & Reese, 2020; Miller et al., 2018).

Apesar das dificuldades, sabe-se atualmente que algumas componentes indispensáveis à implementação da PD na psicoterapia vão de encontro à literatura geral: estabelecimento de objetivos de aprendizagem individuais, colaboração com um *'coach'*, existência de *feedback* imediato, repetição das atividades e aperfeiçoamento contínuo (Clements-Hickman & Reese, 2020). Em 2017, Tony Rousmaniere estabeleceu os cinco processos base da PD na psicoterapia: visualização da *performance*; obtenção de *feedback* com um *'coach expert'*; estabelecimento de objetivos de aprendizagem; comportamentos repetitivos; e avaliação contínua dos progressos. É possível discernir quatro novidades que a PD traz, comparativamente a outros treinos utilizados na psicoterapia: a competência selecionada é dividida em pequenas partes que o sujeito atinge gradualmente; a maioria do tempo é dedicado à prática e não à formação teórica; o treino não se restringe a um momento único, mas a uma melhoria contínua; e é tipicamente solitário. A prática das competências pode ser realizada através de duas ferramentas: vídeos das sessões terapêuticas e *roleplays* (Rousmaniere, 2017). Outra especificidade da PD é que esta proporciona um treino de competências num contexto semelhante à prática clínica real, permitindo uma transferência mais espontânea dos conhecimentos em ambientes de pressão (Vaz & Rousmaniere, 2021).

Demais, a PD deverá ser orientada para as competências interpessoais do terapeuta, considerando que os fatores comuns têm um impacto preponderante na variância dos resultados clínicos (Clements-Hickman & Reese, 2020). A PD deve ser utilizada especialmente nos casos clínicos em que o terapeuta verifica estagnação do processo, deterioração do paciente ou risco de deterioração. Assim, devem ser aplicados procedimentos no processo terapêutico que permitam identificar esses aspetos. Apesar de todos terem fragilidades, os métodos mais utilizados são: *feedback* do paciente; julgamento clínico do terapeuta ou *'coach'*; monitorização de resultados; dados qualitativos do paciente; e informações de outros profissionais ou pessoas significativas na vida do paciente (Rousmaniere, 2017). Como um dos critérios principais para avaliar a *performance* dos terapeutas são os resultados, é lógico que este instrumento seja também empregue para verificar os efeitos da PD sobre a prática clínica, mesmo que os resultados sejam influenciados por múltiplos fatores (Clements-Hickman & Reese, 2020).

Já foram identificadas barreiras teóricas e clínicas que dificultam a transição da PD para a psicoterapia. Relativamente aos obstáculos conceituais, um dos que se destaca é a perspetiva da PD ser reducionista, dado que trabalha apenas uma competência de cada vez, o que pode ser interpretado como desprezo face à complexidade do processo terapêutico. Outra dificuldade diz respeito à falta de conhecimento sobre os mecanismos específicos de mudança, o que impede a identificação e seleção das competências a trabalhar. As competências interpessoais facilitadoras emergem enquanto resposta a esta falha, no entanto, deve-se também considerar a variância que o próprio paciente introduz no processo terapêutico. Por fim, uma das críticas à PD relaciona-se com a desvalorização que esta parece manifestar face às características pessoais do terapeuta, quando este tem um grande peso na variância dos resultados clínicos (Clements-Hickman & Reese, 2020).

Em termos das barreiras clínicas, destacam-se: ausência de um ambiente de suporte; dificuldade no equilíbrio entre PD e descanso; ansiedade dos terapeutas face à monitorização constante dos resultados; e dúvidas acerca dos benefícios deste treino, derivado dos enviesamentos nos autojulgamentos de eficácia (Clements-Hickman & Reese, 2020). Outra barreira clínica remete para o *feedback*, pois este é habitualmente dado pelos supervisores, não sendo imediato e muitas vezes baseado numa descrição indireta da sessão (Caspar, 2017; Chow et al., 2015). Além de que a utilização de *feedback* na PD acarreta um custo financeiro, que nem todos os terapeutas conseguem sustentar (Rousmaniere, 2017). Para além disso, a necessidade de avaliação objetiva dos resultados pode ser interpretada como um julgamento ou punição, provocando maior resistência (Prado-Abril et al., 2019). Talvez mais importante do que estes obstáculos, o próprio campo da psicoterapia apresenta uma atitude prejudicial para com a PD, ao não reconhecer o seu valor e não encorajar, nem recompensar os terapeutas que nela se envolvem (Rousmaniere, 2017). De facto, um envolvimento contínuo na PD só se torna realista, se o campo defender este treino como essencial e criar as condições necessárias à sua aplicação (Vaz & Rousmaniere, 2021).

De forma geral, há três equívocos que podem emergir quando um terapeuta adota a PD na sua rotina profissional. Em primeiro lugar, este treino não equivale à prática clínica, visto que se relaciona com o tempo passado fora das sessões, onde o terapeuta realiza atividades para melhorar competências essenciais à profissão. Em segundo lugar, a PD não é uma fórmula fixa que se aplique de forma idêntica a todas as pessoas. Deve ser encarada enquanto modelo, onde as particularidades do treino dependem das necessidades de cada terapeuta. Finalmente, a PD pretende desenvolver o terapeuta e não um modelo de tratamento, até porque a investigação já

comprovou que a aderência e competência não são assim tão determinantes nos resultados clínicos (Miller et al., 2020).

Devido à ausência de conhecimento sobre a implementação de PD na psicoterapia, Chow et al. (2015), realizaram um estudo pioneiro para investigar se este treino potenciava a melhoria da *performance* nos terapeutas. Os resultados foram de encontro à literatura de outros domínios, dado que a quantidade de tempo dedicada pelos terapeutas à PD solitária fora do contexto clínico apresentou uma relação significativa com os resultados dos pacientes. Mais do que isso, os terapeutas mais eficazes envolviam-se neste treino cerca de 2.8 mais horas por semana, comparativamente aos colegas. Todavia, estes dados devem ser interpretados com cautela, visto que a amostra era pequena, a medição do tempo passado na PD ocorria através do autorrelato, e os terapeutas situavam-se em diversos momentos da carreira. Sobre a última limitação, estudos futuros devem incluir terapeutas nos momentos iniciais da carreira, dado apresentarem maior probabilidade de dedicação ao treino. Assim, uma conclusão preliminar relevante é a possibilidade de a PD ser um catalisador determinante para o desenvolvimento aprofundado de competências terapêuticas essenciais (Chow et al., 2015).

Em 2016 foi conduzido um estudo longitudinal de 7 anos numa agência de saúde mental, com o intuito de perceber se as estratégias de ROM e PD utilizadas, surtiam efeitos positivos nos resultados clínicos. Finda a recolha de dados, os resultados da agência foram superiores devido à melhoria dos resultados de cada terapeuta, verificando-se crescimentos significativos com a passagem dos anos. Congruente com a literatura PD, este artigo sublinha o potencial que pequenas mudanças sucessivas na prática podem surtir a longo-prazo. Neste contexto, foi também lançada uma semente de esperança de que os terapeutas podem maximizar a sua *performance* ao longo dos anos, impulsionando melhorias na qualidade dos serviços de saúde mental (Goldberg et al., 2016).

Um estudo de 2018 aplicou um treino de aliança terapêutica baseada em princípios PD a terapeutas no início da carreira profissional. A aplicação deste treino resultou em melhorias significativas na expressividade do paciente e na compreensão do terapeuta, corroborando a hipótese de que treinos PD para terapeutas jovens podem ser benéficos e duradouros (Muran et al., 2018). Já em 2019, Nikendei et al., pretenderam investigar o impacto de um treino de 2 dias com *roleplays* e simulação de consultas, em psicólogos do 3º e 4º ano de psicoterapia psicodinâmica. Este treino provocou uma melhoria na perceção de competência dos psicólogos, verificando-se um efeito de transferência para as sessões reais. No *follow-up* qualitativo, destacou-se uma apreciação positiva do treino para o desenvolvimento profissional, e os

participantes indicaram a experiência prática e o *feedback* como cruciais para o sucesso da aprendizagem.

A necessidade de avaliar a pertinência da adição da PD aos modelos de supervisão e treino em vigor, levou a que Hill et al. (2019), averiguassem quais os aspetos benéficos e prejudiciais relatados pelos terapeutas face à integração deste treino na rotina; e qual o impacto do treino na capacidade de imediatismo do terapeuta, e na perceção da aliança terapêutica pelo paciente e terapeuta. De forma geral, os terapeutas sentiram-se mais confortáveis e confiantes na profissão. Entre os aspetos mais úteis da PD, os terapeutas reportaram: o estabelecimento de uma relação positiva com o ‘*coach*’ salientou os benefícios de uma comunicação direta; a prática de diferentes respostas potenciou a flexibilidade de intervenções; permitiu a orientação do foco para momentos mais exigentes das sessões; e presença de comportamentos de suporte e reforço no ‘*coach*’. No que se refere aos elementos conotados de prejudiciais, alguns terapeutas desgostaram do treino solitário; preferiam ter mais racionais associados à PD e às decisões do ‘*coach*’; depararam-se com uma falta de coordenação entre o supervisor e o ‘*coach*’; e mencionaram dificuldades na gestão de tempo. Por fim, verificaram-se aumentos significativos na capacidade de imediatismo e não houveram diferenças na perceção da aliança terapêutica (Hill et al., 2019).

O estudo de Westra et al. (2021) pretendeu verificar as diferenças no desenvolvimento de responsividade entre um *workshop* PD e um *workshop* tradicional (ausência de *feedback* e pouca prática). Numa amostra de 88 terapeutas, verificou-se maior taxa de *dropout* no grupo tradicional; níveis mais reduzidos de resistência no *follow-up* do grupo PD; e níveis mais elevados de confiança nas competências e na capacidade de lidar com a resistência dos pacientes no grupo PD. Salienta-se também uma manutenção a longo-prazo da capacidade de lidar com a resistência no grupo PD, enquanto no grupo tradicional houve uma erosão significativa com o tempo. Deste modo, quando os terapeutas não se envolvem num treino contínuo ao longo da carreira, dá-se uma deterioração das competências aprendidas. Estes resultados revelam as fragilidades dos *workshops* tradicionais, um dos meios principais de aprendizagem na psicoterapia. As preocupações não terminam aqui, pois no grupo tradicional houve uma menor capacidade de reconhecer a deterioração das competências, devido à confiança depositada no *workshop*. No entanto, descobriu-se que a PD em formato *workshop* pode impactar o desenvolvimento e manutenção de competências a longo-prazo. Para além disso, o estudo comprova que é possível realizar PD em grupo e não apenas de forma solitária, permitindo ultrapassar algumas barreiras à sua aplicação (Westra et al., 2021).

Ainda sobre as diferenças entre *workshops* tradicionais e PD, Shukla et al. (2020), executaram um estudo para verificar o impacto destes nos comportamentos de suporte dos terapeutas, perante pessoas e simuladores. Os resultados revelaram níveis significativamente reduzidos de comportamentos de exigência, e maior demora no seu aparecimento no grupo PD. Mesmo com os simuladores, que propiciavam comportamentos de exigência, estes mantiveram-se reduzidos no grupo PD. Já no grupo tradicional, a resistência nos pacientes despoletou nos terapeutas uma redução dos comportamentos de suporte e aumento dos comportamentos de exigência. Este estudo contribui para a evidência de que a PD promove uma responsividade mais apropriada (Shukla et al., 2020). Na linha dos últimos estudos, Di Bartolomeo et al. (2020) investigaram se um *workshop* PD teria impacto na linguagem motivacional dos pacientes, comparativamente a *workshops* tradicionais (menos prática, *feedback* e repetição). A aquisição de competências de 60 terapeutas e estudantes de psicoterapia, foi avaliada por meio de duas entrevistas (pessoa real / simulador) realizadas uma semana e quatro meses após o *workshop*. Os resultados do estudo suportaram novamente a utilização da PD em psicoterapia, visto que a linguagem motivacional menos produtiva (resistência) apareceu significativamente menos no grupo PD, mesmo no *follow-up*. Ademais, a capacidade dos participantes responderem com suporte à ambivalência dos pacientes foi um preditor da linguagem emocional dos pacientes no *follow-up* (Di Bartolomeo et al., 2020).

Continuando em 2020, Perlman et al., pretenderam medir os efeitos de um treino PD sobre competências interpessoais facilitadoras (FIS) e aliança terapêutica, em 58 terapeutas e estudantes, comparativamente a um treino controlo (ausência de *roleplays* e *feedback*). Outro objetivo foi analisar as relações entre as autoavaliações dos participantes e a *performance* nas FIS. Após análise dos resultados, concluiu-se que o treino PD teve um efeito significativo nas FIS às quais se dirigia (empatia, capacidade de estabelecer aliança terapêutica e de reparar ruturas), sendo o primeiro estudo que obteve estes resultados numa população de terapeutas. Apesar de as variáveis género e nível base de competência terem influenciado os resultados, comprovou-se novamente que os preditores tradicionais de experiência (idade, horas de prática...) não foram significativos. Na análise qualitativa, ambos os grupos percecionaram o treino como credível e benéfico para a prática clínica, e no grupo PD reportaram-se diferenças na empatia, capacidade de estabelecer aliança e responsividade nas ruturas da aliança (Perlman et al., 2020).

No âmbito do cuidado de pacientes com cancro, realizou-se um estudo para avaliar o impacto de um treino PD com duração de 1 dia sobre a confiança dos profissionais na aplicação de avaliações psicológicas breves e de intervenções. Durante 7 anos, 263 profissionais de saúde

de uma unidade de cancro e cuidados paliativos participaram no estudo. O treino PD provocou melhorias significativas na confiança dos participantes, tendo-se aproximado dos mesmos resultados alcançados num programa PD de 5 dias. O *feedback* dos participantes sobre o treino foi predominantemente positivo, contudo a grande carga de conteúdo num curto espaço de tempo foi mencionada várias vezes. Apesar dos resultados promissores sobre um treino PD breve, não foram avaliados os efeitos do mesmo na prática clínica e a longo-prazo (Barrett-Naylor et al., 2020).

A maior parte da investigação sobre os efeitos do treino em psicoterapia dirige-se a estudantes recentemente formados ou a terapeutas. Verifica-se então uma escassez de estudos que incidam sobre estudantes de psicologia em formação, sendo este o período onde surge o primeiro contacto com a prática clínica (Hill et al., 2008; Pascual-Leone et al., 2015). Para contrariar esta tendência Hill et al. (2008), conduziram um estudo que averiguou o impacto de um treino de competências de ajuda em 85 estudantes de psicologia. Os participantes tiveram aulas semanais com as seguintes componentes: discussão teórica sobre competências; investigação; e prática em *roleplays*. Após 15 semanas, os participantes aumentaram a sua confiança e perceção de autoeficácia, o que se refletiu nas avaliações dos pacientes.

Mais tarde, um estudo avaliou os efeitos de um treino de competências em 24 estudantes de psicologia. Durante 13 semanas, os participantes tiveram aulas semanais (leituras, discussões, vídeos, prática), que resultaram numa melhoria significativa das competências após 9 semanas. Mais do que isso, comparando a um estudo de 2013, os participantes conseguiram atingir a mesma *performance* do que estudantes já formados, em algumas áreas. Assim, concluiu-se que os estudantes de psicologia melhoram as suas competências com o treino, inicialmente com ganhos rápidos, seguido de uma estabilização. O estudo mostra também que treinos económicos e limitados no tempo, são viáveis e valiosos, constituindo uma introdução às competências clínicas básicas (Pascual-Leone et al., 2015). Com o objetivo de testar se um treino breve com princípios PD melhorava as FIS comparativamente a treino controlo, Anderson et al. (2019), reuniram 101 estudantes com interesse em ingressar numa profissão de ajuda. Os dois princípios PD utilizados foram: visualização repetida de vídeos estruturados, e foco na melhoria de competências interpessoais. Os participantes do grupo PD apresentaram FIS superiores na avaliação final, mesmo sem o treino incluir as seguintes componentes: comentários didáticos; explicações verbais das competências; e *feedback* de um ‘coach’. Este estudo retira a conclusão importante de que uma semi-prática deliberada pode aumentar as competências interpessoais (Anderson et al., 2019).

Em 2020, foi efetuada uma dissertação de mestrado, de modo a perceber se o treino PD podia melhorar a qualidade das intervenções empáticas em 26 estudantes de psicologia. Estes foram distribuídos por um grupo PD e um grupo ‘*Training as Usual*’ (TAU), e instruídos a responder empaticamente a dois vídeos, que se repetiam em três momentos diferentes. Entre os momentos de resposta aos vídeos, os participantes participavam numa reunião congruente ao grupo em que estavam inseridos (PD ou TAU). Comparativamente ao grupo TAU, os participantes do grupo PD deram respostas empáticas significativamente melhores após o segundo momento de resposta. Estes resultados corroboram a eficácia do treino PD, e sendo a amostra composta por estudantes, reforçam a necessidade de repensar os métodos de aprendizagem atualmente em vigor. No entanto, devem-se destacar algumas limitações, tais como: pode ter existido um efeito de repetição devido aos vídeos iguais; a amostra era pequena; e a gravação das respostas pode ter induzido sentimentos de insegurança / julgamento (Barata, 2020).

Um dos estudos mais recentes pretendeu aumentar a evidência sobre a eficácia da PD no desenvolvimento de terapeutas. Nesse sentido, 42 estudantes de psicologia foram incentivados a realizar PD no decorrer de um ano letivo, comprometendo-se a reportar frequentemente os progressos, e a discutir os benefícios / prejuízos da PD no final do ano. Durante o 1º semestre, a PD centrou-se nas competências delineadas no currículo, e no 2º semestre, nas competências interpessoais e desenvolvimento pessoal. A maioria dos estudantes perspetivou a PD como valiosa, embora a sua implementação tenha sido descrita como desafiante, exigente e consumidora de tempo. Os participantes reconheceram diferentes ganhos profissionais e pessoais, destacando-se o aumento da confiança na capacidade de ajudar e selecionar os aspetos mais significativos. Por fim, os estudantes perspetivaram a PD como um veículo que simplifica a complexidade da prática clínica (McLeod, 2021). Os estudos supracitados revelam resultados promissores para a aplicação de treinos PD em estudantes de psicologia. É importante salientar que enquanto método de aprendizagem, a PD não implica o abandono das técnicas em vigor. A maior mudança para a sua integração é o proporcionar de estruturas e recursos que impulsionem o envolvimento dos estudantes em PD fora do contexto escolar (McLeod, 2021).

Verifica-se ainda uma grande escassez na evidência científica acerca da utilização da PD na psicoterapia (Clements-Hickman & Reese, 2020; Shukla et al., 2020). No entanto, o conhecimento existente das investigações preliminares, demonstra que a PD tem o potencial de ajudar terapeutas a melhorarem os seus resultados clínicos, o que acompanha uma necessidade de revisão da formação e treino atualmente utilizados na área (Miller et al., 2017; Miller et al.,

2018). Um método promissor parece ser o treino sistemático de terapeutas e estudantes de psicologia nas competências mais associadas a resultados clínicos eficazes e com aplicabilidade a diferentes terapias (Anderson et al., 2019; Perlman et al., 2020). É então necessária a realização de mais estudos cujo propósito seja avaliar o impacto do envolvimento em PD, sendo que uma motivação para este processo e para a integração deste treino na psicoterapia é o facto de existirem grandes benefícios decorrentes da sua aplicação noutros domínios profissionais (Clements-Hickman & Reese, 2020; Di Bartolomeo et al., 2020; Shukla et al., 2020).

Appendix B – Measure of Expressed Empathy (MEE)

Measure of Expressed Empathy (MEE)

(Watson, J. C., 1999)

Unpublished Measure, Department of Adult Education & Counselling Psychology
OISE/University of Toronto, Ontario, Canada

Five-minute segments should be rated. Each segment is given a global rating on a nine-point scale on therapist's behaviors that reflects aspects of expressed empathic communication. To score the measure, add the items and calculate the mean.

1. Does the therapist's voice convey concern?

Listen for high energy, colour (expressive of the emotions that it is trying to convey, flexible, musical), soft resonance that matches the verbal expression of concern; calmness, a grounded, open quality to the therapist's voice. The voice should not sound rigid)

0.....2.....4.....6.....8

Never 25% Half the time 75% All the time

2. Is the therapist's voice expressive?

(Listen for high energy, colour, varied pitch; is it expressive where it needs to be?)

0.....2.....4.....6.....8

Never 25% Half the time 75% All the time

3. Does the therapist's vocal tone or response match the intensity of the client's feelings?

(Listen for high energy, colour, emphasis, pitch variation that matches intensity of client's feelings). Note: There are neutral states and in that case the therapist would match that state – doesn't necessarily have to be highly emotional or field with intense feeling. (The vocal tone should convey a sense that therapist can meet the client at the same level of intensity; voice should show that therapist can handle the intensity and can hold client's feelings e.g. show comfort when client is depressed; A score of 0 = nonchalant, non-caring attitude captured in vocal tone or complete mismatch between the subject matter that the client is conveying and the therapists response (e.g. vocal tone worried or flat if client excited).

0.....2.....4.....6.....8

Never 25% Half the time 75% All the time

4. Does the therapist convey warmth and an atmosphere of safety?

(Does the therapist smile, maintain eye contact, convey softness, and appear receptive to the client’s concerns (receptiveness is not involvement; more low key respectful, open); (0 = “cold fish”; blank); (Does the therapist communicate an atmosphere of safety, of “holding” for the client?)

0.....2.....4.....6.....8
Never 25% Half the time 75% All the time

5. Is the therapist responsively attuned to the client’s inner world moment by moment in the session?

(Does the therapist provide moment-to-moment acknowledgements, not let things go by; pick up the live edges of the client’s experience; fine-tune their responses to fit with their client’s? Is the therapist attuned to client’s facial and/or non-verbal behaviour that may be different from the content of client’s responses? Is the therapist attentive to nuances of meaning and feeling (doesn’t package what was said and just reiterate it back?). Responses are not just a reflection of surface content but show an understanding of the client’s inner world. (Inner world is defined as client’s feelings, perceptions, memories, construal, bodily sensations (felt sense, and core values).

0.....2.....4.....6.....8
Never 25% Half the time 75% All the time

6. Does the therapist look concerned?

(Does the therapist look engaged and involved and maintain eye contact, or does the therapist look bored, disengaged, blank, and listless? Being attentive is an aspect of concern)

0.....2.....4.....6.....8
Never 25% Half the time 75% All the time

7. Is the therapist responsive to the client?

(Does he or she adjust his/her responses to follow the client’s track?

0.....2.....4.....6.....8
Never 25% Half the time 75% All the time

8. Do the therapist’s responses convey an understanding of the client’s feelings, and inner experience?

(Do the therapist’s responses show a sensitive appreciation and gentle caring for the client’s feelings and inner world? Do the therapist’s responses convey an emotional understanding of the client’s inner world, for example – “so you’re just like a little girl in the corner?”. Does the therapist convey the emotional meaning and emotional significance of events? Feelings are not just labels of anger, sadness, etc. but can also be metaphors. Keep in mind that if the therapist hasn’t said much 5-minute segment that may be appropriate.

0.....2.....4.....6.....8
Never 25% Half the time 75% All the time

9. Do the therapist’s responses convey an understanding of the client’s cognitive framework and meanings?

(It is expected that most therapists will show an understanding of what their clients are saying. To score 0 one person would have to be saying the sky is blue and the other talking about loud music so that there is no overlap in content or continuity between the participants). Ask yourself “Are they on the same page?”. Is there a back and forth quality to the interaction? Is the therapist following what the client is saying? To score highly the therapist captures the client’s construal/or idiosyncratic perception.

0.....2.....4.....6.....8
Never 25% Half the time 75% All the time

10. Is the therapist accepting the clients feeling and inner experience?

(8 = sincere i.e. conveying that you mean what you say – being authentic, open, prizing, genuine; 0 = invalidating of the client’s experience and dismissing their perspective or being insincere, putting on an act; trying to appear empathic but coming across as inauthentic.).

0.....2.....4.....6.....8
Never 25% Half the time 75% All the time

Appendix C – Cronbach's Alpha

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	42	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.934	9

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	42	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.938	9

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	95.2
	Excluded ^a	2	4.8
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.972	9

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	95.2
	Excluded ^a	2	4.8
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.956	9

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	95.2
	Excluded ^a	2	4.8
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.959	9

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	95.2
	Excluded ^a	2	4.8
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.965	9

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	35	83.3
	Excluded ^a	7	16.7
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.943	9

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	35	83.3
	Excluded ^a	7	16.7
	Total	42	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.937	9

Appendix D – Interrater Agreement (ICC)

Two-way mixed effect Intraclass Correlation Coefficient (ICC) for absolute agreement of multiple raters ($k = 2$).

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	314	93.5
	Excluded ^a	22	6.5
	Total	336	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.817	2

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	.691 ^a	.629	.745	5.471	313	313	<.001
Average Measures	.817 ^c	.772	.854	5.471	313	313	<.001

Two-way mixed effects model where people effects are random and measures effects are fixed.

- a. The estimator is the same, whether the interaction effect is present or not.
- b. Type A intraclass correlation coefficients using an absolute agreement definition.
- c. This estimate is computed assuming the interaction effect is absent, because it is not estimable otherwise.

Appendix E – Descriptive Statistics

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MédiaV1_mt * Group	42	100.0%	0	0.0%	42	100.0%
MédiaV2_mt * Group	42	100.0%	0	0.0%	42	100.0%
MédiaV3_mt * Group	40	95.2%	2	4.8%	42	100.0%
MédiaV4_mt * Group	40	95.2%	2	4.8%	42	100.0%
MédiaV5_mt * Group	40	95.2%	2	4.8%	42	100.0%
MédiaV6_mt * Group	40	95.2%	2	4.8%	42	100.0%
MédiaV7_mt * Group	35	83.3%	7	16.7%	42	100.0%
MédiaV8_mt * Group	35	83.3%	7	16.7%	42	100.0%

Case Summaries

Group		MédiaV1_mt	MédiaV2_mt	MédiaV3_mt	MédiaV4_mt	MédiaV5_mt	MédiaV6_mt	MédiaV7_mt	MédiaV8_mt
PD	Mean	3.8889	4.4638	4.1208	4.0628	4.6908	3.8261	4.2924	4.0702
	Median	4.0000	4.4444	4.1111	3.8889	4.6667	3.5556	3.7778	3.8889
	Minimum	2.22	2.78	2.56	2.33	2.89	2.33	2.44	2.78
	Maximum	5.22	6.11	6.33	6.56	6.00	6.22	6.11	6.33
	Range	3.00	3.33	3.78	4.22	3.11	3.89	3.67	3.56
	Std. Deviation	.74986	.89308	.93138	1.11455	.96804	1.16815	.99533	1.03784
	Variance	.562	.798	.867	1.242	.937	1.365	.991	1.077
	Kurtosis	.286	-.286	.339	-.016	-1.203	-1.060	-.731	-.643
	Skewness	-.554	.141	.549	.666	-.190	.408	.130	.560
TAU	Mean	3.6842	4.0819	3.3856	3.3595	4.1503	3.2549	3.4792	3.0278
	Median	3.6667	3.8889	3.2222	3.3333	4.0000	3.1111	3.5000	3.0556
	Minimum	2.44	2.56	2.22	1.89	2.33	2.00	2.00	2.33
	Maximum	5.44	6.67	5.44	4.78	6.22	5.89	5.67	4.00
	Range	3.00	4.11	3.22	2.89	3.89	3.89	3.67	1.67
	Std. Deviation	.83745	1.08604	.82694	.65326	1.02736	.94833	.88305	.49773
	Variance	.701	1.179	.684	.427	1.055	.899	.780	.248
	Kurtosis	-.519	.497	1.007	1.101	.037	2.796	1.577	-.702
	Skewness	.333	.760	.755	-.045	.498	1.196	.568	.488
Total	Mean	3.7963	4.2910	3.8083	3.7639	4.4611	3.5833	3.9206	3.5937
	Median	3.7778	4.2778	3.7222	3.6667	4.2222	3.3333	3.7778	3.2222
	Minimum	2.22	2.56	2.22	1.89	2.33	2.00	2.00	2.33
	Maximum	5.44	6.67	6.33	6.56	6.22	6.22	6.11	6.33
	Range	3.22	4.11	4.11	4.67	3.89	4.22	4.11	4.00
	Std. Deviation	.78756	.99137	.95149	.99990	1.01728	1.10475	1.01855	.97832
	Variance	.620	.983	.905	1.000	1.035	1.220	1.037	.957
	Kurtosis	-.472	-.199	.272	1.027	-.950	-.314	-.296	.519
	Skewness	-.124	.353	.576	.919	.062	.698	.331	1.047

Appendix F – Differences between groups – t-student for independent samples

Group Statistics

	Grouping Variable	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
MédiaVÍdeosT	PD	23	4.1576	.70464	.14693
	TAU	19	3.5746	.61255	.14053

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
MédiaVÍdeosT	Equal variances assumed	.925	.342	2.829	40	.007	.58305	.20609	.16652	.99958
	Equal variances not assumed			2.868	39.876	.007	.58305	.20331	.17210	.99400

Independent Samples Effect Sizes

		Standardizer ^a	Point Estimate	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
MédiaVÍdeosT	Cohen's d	.66478	.877	.235	1.509
	Hedges' correction	.67758	.860	.231	1.481
	Glass's delta	.61255	.952	.260	1.623

- a. The denominator used in estimating the effect sizes.
 Cohen's d uses the pooled standard deviation.
 Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.
 Glass's delta uses the sample standard deviation of the control group.

Appendix G – Differences within groups – Repeated Measures ANOVA PD

General Linear Model

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

Empatia	Dependent Variable
1	EmpatiaV1
2	EmpatiaV2
3	EmpatiaV3
4	EmpatiaV4
5	EmpatiaV5
6	EmpatiaV6
7	EmpatiaV7
8	EmpatiaV8

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
EmpatiaV1PD	3.9942	.68240	19
EmpatiaV2PD	4.5322	.93299	19
EmpatiaV3PD	4.2573	.94793	19
EmpatiaV4PD	4.1988	1.16568	19
EmpatiaV5PD	4.7485	.94994	19
EmpatiaV6PD	3.8772	1.18686	19
EmpatiaV7PD	4.2924	.99533	19
EmpatiaV8PD	4.0702	1.03784	19

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Empatia	Pillai's Trace	.552	2.111 ^b	7.000	12.000	.122
	Wilks' Lambda	.448	2.111 ^b	7.000	12.000	.122
	Hotelling's Trace	1.232	2.111 ^b	7.000	12.000	.122
	Roy's Largest Root	1.232	2.111 ^b	7.000	12.000	.122

a. Design: Intercept
Within Subjects Design: Empatia

b. Exact statistic

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Empatia	.251	21.371	27	.779	.768	1.000	.143

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept
Within Subjects Design: Empatia

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Empatia	Sphericity Assumed	10.817	7	1.545	3.016	.006
	Greenhouse-Geisser	10.817	5.376	2.012	3.016	.012
	Huynh-Feldt	10.817	7.000	1.545	3.016	.006
	Lower-bound	10.817	1.000	10.817	3.016	.100
Error(Empatia)	Sphericity Assumed	64.552	126	.512		
	Greenhouse-Geisser	64.552	96.761	.667		
	Huynh-Feldt	64.552	126.000	.512		
	Lower-bound	64.552	18.000	3.586		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	Empatia	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Empatia	Linear	.179	1	.179	.322	.578
	Quadratic	1.690	1	1.690	1.820	.194
	Cubic	.541	1	.541	1.989	.175
	Order 4	.142	1	.142	.275	.607
	Order 5	.533	1	.533	1.226	.283
	Order 6	4.140	1	4.140	10.063	.005
	Order 7	3.591	1	3.591	7.707	.012
Error(Empatia)	Linear	10.007	18	.556		
	Quadratic	16.710	18	.928		
	Cubic	4.899	18	.272		
	Order 4	9.311	18	.517		
	Order 5	7.833	18	.435		
	Order 6	7.406	18	.411		
	Order 7	8.386	18	.466		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	2740.780	1	2740.780	624.876	<.001
Error	78.950	18	4.386		

Appendix H – Differences within groups – Repeated Measures ANOVA TAU

General Linear Model

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

EmpatiaTAU	Dependent Variable
1	EmpatiaV1TAU
2	EmpatiaV2TAU
3	EmpatiaV3TAU
4	EmpatiaV4TAU
5	EmpatiaV5TAU
6	EmpatiaV6TAU
7	EmpatiaV7TAU
8	EmpatiaV8TAU

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
EmpatiaV1TAU	3.7361	.89799	16
EmpatiaV2TAU	4.1667	1.11407	16
EmpatiaV3TAU	3.4514	.80683	16
EmpatiaV4TAU	3.3958	.65668	16
EmpatiaV5TAU	4.1597	1.06030	16
EmpatiaV6TAU	3.2639	.97868	16
EmpatiaV7TAU	3.4792	.88305	16
EmpatiaV8TAU	3.0278	.49773	16

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
EmpatiaTAU	Pillai's Trace	.755	3.958 ^b	7.000	9.000	.030
	Wilks' Lambda	.245	3.958 ^b	7.000	9.000	.030
	Hotelling's Trace	3.078	3.958 ^b	7.000	9.000	.030
	Roy's Largest Root	3.078	3.958 ^b	7.000	9.000	.030

a. Design: Intercept
Within Subjects Design: EmpatiaTAU

b. Exact statistic

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
EmpatiaTAU	.036	41.448	27	.045	.553	.770	.143

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept
Within Subjects Design: EmpatiaTAU

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EmpatiaTAU	Sphericity Assumed	18.719	7	2.674	6.423	<.001
	Greenhouse-Geisser	18.719	3.873	4.833	6.423	<.001
	Huynh-Feldt	18.719	5.390	3.473	6.423	<.001
	Lower-bound	18.719	1.000	18.719	6.423	.023
Error(EmpatiaTAU)	Sphericity Assumed	43.713	105	.416		
	Greenhouse-Geisser	43.713	58.102	.752		
	Huynh-Feldt	43.713	80.855	.541		
	Lower-bound	43.713	15.000	2.914		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EmpatiaTAU	Linear	6.395	1	6.395	14.733	.002
	Quadratic	.818	1	.818	2.285	.151
	Cubic	.379	1	.379	.580	.458
	Order 4	.457	1	.457	1.587	.227
	Order 5	2.680	1	2.680	5.972	.027
	Order 6	4.699	1	4.699	15.845	.001
	Order 7	3.291	1	3.291	7.541	.015
	Error(EmpatiaTAU)	Linear	6.511	15	.434	
Quadratic		5.370	15	.358		
Cubic		9.789	15	.653		
Order 4		4.319	15	.288		
Order 5		6.730	15	.449		
Order 6		4.449	15	.297		
Order 7		6.546	15	.436		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	1645.149	1	1645.149	494.770	<.001
Error	49.876	15	3.325		

Estimated Marginal Means

EmpatiaTAU

Estimates

Measure: MEASURE_1

EmpatiaTAU	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	3.736	.224	3.258	4.215
2	4.167	.279	3.573	4.760
3	3.451	.202	3.021	3.881
4	3.396	.164	3.046	3.746
5	4.160	.265	3.595	4.725
6	3.264	.245	2.742	3.785
7	3.479	.221	3.009	3.950
8	3.028	.124	2.763	3.293

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) EmpatiaTAU	(J) EmpatiaTAU	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-.431	.345	1.000	-1.737	.876
	3	.285	.226	1.000	-.573	1.142
	4	.340	.218	1.000	-.484	1.165
	5	-.424	.268	1.000	-1.438	.591
	6	.472	.223	1.000	-.372	1.316
	7	.257	.195	1.000	-.483	.997
	8	.708	.220	.159	-.124	1.540
	2	1	.431	.345	1.000	-.876
3		.715	.274	.556	-.324	1.755
4		.771	.225	.104	-.080	1.622
5		.007	.224	1.000	-.843	.857
6		.903	.302	.258	-.242	2.048
7		.687	.310	1.000	-.488	1.863
8		1.139	.309	.061	-.030	2.308
3		1	-.285	.226	1.000	-1.142
	2	-.715	.274	.556	-1.755	.324
	4	.056	.208	1.000	-.732	.843
	5	-.708 [*]	.178	.033	-1.381	-.035
	6	.188	.230	1.000	-.684	1.059
	7	-.028	.187	1.000	-.735	.679
	8	.424	.155	.435	-.164	1.012
	4	1	-.340	.218	1.000	-1.165
2		-.771	.225	.104	-1.622	.080
3		-.056	.208	1.000	-.843	.732
5		-.764	.221	.100	-1.602	.074
6		.132	.192	1.000	-.596	.860
7		-.083	.205	1.000	-.860	.693
8		.368	.162	1.000	-.246	.983

5	1	.424	.268	1.000	-.591	1.438
	2	-.007	.224	1.000	-.857	.843
	3	.708*	.178	.033	.035	1.381
	4	.764	.221	.100	-.074	1.602
	6	.896*	.200	.012	.139	1.652
	7	.681	.202	.116	-.083	1.444
	8	1.132*	.234	.006	.244	2.020
	6	1	-.472	.223	1.000	-1.316
2		-.903	.302	.258	-2.048	.242
3		-.188	.230	1.000	-1.059	.684
4		-.132	.192	1.000	-.860	.596
5		-.896*	.200	.012	-1.652	-.139
7		-.215	.123	1.000	-.680	.250
8		.236	.218	1.000	-.588	1.060
7		1	-.257	.195	1.000	-.997
	2	-.687	.310	1.000	-1.863	.488
	3	.028	.187	1.000	-.679	.735
	4	.083	.205	1.000	-.693	.860
	5	-.681	.202	.116	-1.444	.083
	6	.215	.123	1.000	-.250	.680
	8	.451	.184	.760	-.247	1.150
	8	1	-.708	.220	.159	-1.540
2		-1.139	.309	.061	-2.308	.030
3		-.424	.155	.435	-1.012	.164
4		-.368	.162	1.000	-.983	.246
5		-1.132*	.234	.006	-2.020	-.244
6		-.236	.218	1.000	-1.060	.588
7		-.451	.184	.760	-1.150	.247

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	.755	3.958 ^a	7.000	9.000	.030
Wilks' lambda	.245	3.958 ^a	7.000	9.000	.030
Hotelling's trace	3.078	3.958 ^a	7.000	9.000	.030
Roy's largest root	3.078	3.958 ^a	7.000	9.000	.030

Each F tests the multivariate effect of EmpatiaTAU. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

Appendix I – Demographic Questionnaire and Consent

Consentimento Informado

A presente investigação será desenvolvida pelo Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), em conjunto com a Academia de Psicoterapeutas, no âmbito da unidade curricular 'Seminário de Dissertação', pela discente Margarida Maria Silva Tomás, segundo orientação do Professor Doutor Daniel Sousa.

Pretende-se investigar o impacto do estudo / treino de competências clínicas, nomeadamente de intervenções empáticas, na formação de estudantes do mestrado de psicologia clínica. O presente estudo implica a gravação de som e imagem dos participantes.

Todos os dados obtidos no decorrer do estudo serão utilizados apenas para fins académicos e publicação científica, sendo sempre garantida a confidencialidade e anonimato. A participação neste estudo é voluntária e gratuita, e os participantes são livres de desistir e interromper o seu envolvimento a qualquer momento, sem que exista qualquer prejuízo associado a essa decisão. Para mais esclarecimentos, poderá contactar os seguintes endereços de e-mail: 24889@alunos.ispa.pt ; daniel@ispa.pt.

Eu declaro que li e compreendi os objetivos e termos em que decorrerá este estudo, e consinto em participar no mesmo.

Eu não consinto em participar neste estudo.



Indique o seu género:

Feminino

Masculino

Outro/ prefiro não dizer

Indique a sua idade (por favor, preencha o espaço utilizando apenas **números**)

Indique a sua nacionalidade

Indique a sua etnia

Indique as suas habilitações literárias e área de estudos

Encontra-se a fazer estágio curricular?

Sim

Não

Encontra-se a fazer estágio profissional (psicólogo júnior)?

Sim

Não



Appendix J – DP ‘Logbook’

Bem-vindo ao diário de bordo!

Este é um questionário breve que tem como objetivo acompanhar o treino solitário realizado entre as sessões de workshop.

Atenção: o número mínimo obrigatório de sessões de treino solitário é de três vezes por semana, entre os workshops, e deves preencher este questionário sempre que realizares o treino.

De modo a ser possível juntar os dados dos treinos solitários de cada participante e a assegurar simultaneamente a confidencialidade e anonimato dos dados, pede-se que construa um código de identificação que deve estar presente em todos os questionários que preencheres.

Exemplo: se o nome for 'Beatriz Cerqueira', deve colocar a primeira letra do primeiro nome, seguida da primeira e última letra do apelido e finalizando com 2020. Assim, o código para esta participante seria o seguinte: BCA2020

Coloque o seu código na caixa de texto abaixo.



Indique a data do treino solitário (dd/mm/yyyy):

Indique a duração do treino:

15 20 25 30 35 40 45 50 55 60

Tempo em minutos

Quão desgastante / cansativo foi o treino?

1 - Nada desgastante / cansativo	2 - Ligeiramente desgastante / cansativo	3 - Moderadamente desgastante / cansativo	4 - Neutro	5 - Bastante desgastante / cansativo	6 - Muito desgastante / cansativo	7 - Totalmente desgastante / cansativo
----------------------------------	--	---	------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--

Quão difícil foi o treino?

1 - Nada difícil	2 - Ligeiramente difícil	3 - Moderadamente difícil	4 - Neutro	5 - Bastante difícil	6 - Muito difícil	7 - Totalmente difícil
------------------	--------------------------	---------------------------	------------	----------------------	-------------------	------------------------

Quão satisfeito ficou com este treino?

1 - Nada satisfeito	2 - Ligeiramente satisfeito	3 - Moderadamente satisfeito	4 - Neutro	5 - Bastante satisfeito	6 - Muito satisfeito	7 - Totalmente satisfeito
---------------------	-----------------------------	------------------------------	------------	-------------------------	----------------------	---------------------------

Notas Livres (impressões, dificuldades, opiniões, reflexões...)



Appendix K – TAU ‘Logbook’

Bem-vindo ao diário de bordo!

Este é um questionário breve que tem como objetivo acompanhar as tuas leituras realizadas entre as sessões de workshop.

Atenção: deves preencher este questionário sempre que realizares uma leitura.

De modo a ser possível juntar os dados das tuas leituras e assegurar simultaneamente a confidencialidade e anonimato dos dados, peço que construas um código de identificação que deve estar presente em todos os questionários que preencheres.

Exemplo: se o nome for 'Beatriz Cerqueira', deves colocar a primeira letra do primeiro nome, seguida da primeira e última letra do apelido e finalizando com 2020. Assim, o código para esta participante seria o seguinte: BCA2020

Coloca o teu código na caixa de texto abaixo.



Indique a data em que foi realizada a leitura (dd/mm/yyyy):

Quão difícil foi manter-se atento na leitura deste texto?

1 - Nada difícil	2 - Ligeiramente difícil	3 - Moderadamente difícil	4 - Neutro	5 - Bastante difícil	6 - Muito difícil	7 - Totalmente difícil
------------------	--------------------------	---------------------------	------------	----------------------	-------------------	------------------------

Quão abrangente é o texto?

1 - Nada abrangente	2 - Ligeiramente abrangente	3 - Moderadamente abrangente	4 - Neutro	5 - Bastante abrangente	6 - Muito abrangente	7 - Totalmente abrangente
---------------------	-----------------------------	------------------------------	------------	-------------------------	----------------------	---------------------------

Quão importante é este texto para o tema "empatia em psicoterapia"?

1 - Nada importante	2 - Ligeiramente importante	3 - Moderadamente importante	4 - Neutro	5 - Bastante importante	6 - Muito importante	7 - Totalmente importante
---------------------	-----------------------------	------------------------------	------------	-------------------------	----------------------	---------------------------

Reflexão crítica do texto:

