



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Mestrado em Psicologia Clínica

**A PERSUASÃO DO TERAPEUTA COMO CAPACIDADE PREDITORA
DE RESULTADOS CLÍNICOS EM PSICOTERAPIA**

JOÃO MOURATO

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Co-Orientador de Dissertação:

ALEXANDRE VAZ

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2019

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

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este percurso queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Gostaria de agradecer ao coordenador de Seminário de Dissertação, Professor Doutor Daniel Sousa, e ao Alexandre Vaz, pela orientação, disponibilidade e sugestões na elaboração deste trabalho.

À Luísa e ao Ricardo, à Tia Xana e ao Tio Nuno, à tia Francisca, ao Miguel e ao Luís Filipe, à avó Beatriz, ao Jorge, à Mafalda e aos piolhos por me ensinarem que não é preciso ter o mesmo sangue para se ser da mesma família.

À Beatriz, pelo apoio, respeito, carinho, paciência em doses generosas e por ser a melhor pessoa que conheci até hoje.

Por fim, à minha mãe e ao meu pai, o meu mais profundo e especial agradecimento pelo apoio, por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos, e pela enorme dedicação ao longo destes anos

RESUMO

Objetivo: A literatura tem vindo a revelar que grande parte dos resultados clínicos podem ser explicados por um conjunto de fatores transversais a qualquer abordagem terapêutica. A pessoa do terapeuta surge neste contexto como um dos fatores que mais influencia o processo e os resultados terapêuticos (Baldwin & Imel 2013). No entanto, ainda pouco se sabe quanto aos factores que moderam estes efeitos do terapeuta e o que poderá ser feito para os potenciar (Cuijpers, 2018a). A literatura disponível sugere que uma atitude persuasiva do terapeuta em contexto clínico poderá influenciar significativamente os resultados terapêuticos (Anderson et al., 2013). Assim sendo, este estudo pretende investigar, detalhadamente, o impacto da persuasão no processo terapêutico, focando o comportamento persuasivo do terapeuta e o impacto desse comportamento no cliente, ao longo acompanhamento.

Método: Foram selecionadas de forma aleatória vinte e sete gravações em vídeo de sessões psicoterapêuticas de nove díades, cada uma constituída por um cliente e um psicoterapeuta, tendo sido analisadas três sessões de psicoterapia por díade. Os principais instrumentos para recolha de dados foram o Psychotherapy Persuasiveness Scale (PPS), Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) e Penn State Worry Questionnaire PSWQ. Os dados foram analisados através de procedimentos estatísticos com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Resultados: Os resultados obtidos revelam que a persuasão se encontra associada aos resultados terapêuticos obtidos, sendo capaz de prever estes mesmo resultados de forma significativa, em sensivelmente 17%. Emergiram ainda outros resultados pertinentes no contexto desta investigação, como é o caso dos resultados que revelam uma forte associação entre o nível de persuasão dos psicoterapeutas ao longo das sessões terapêuticas e o resultado clínico após a intervenção.

Conclusões: A persuasão parece constituir-se como uma capacidade interpessoal facilitadora do psicoterapeuta relevante no contexto clínico, ao longo do processo terapêutico, contribuindo para uma melhoria dos resultados terapêuticos.

Palavras-chave: Persuasão; Investigação em psicoterapia; Competências Interpessoais Facilitadoras.

ABSTRACT

Objective: The literature has revealed that much of the clinical results can be explained by a set of factors transversal to any therapeutic approach. The therapist's person emerges in this context as one of the factors that most influences the therapeutic process and outcomes (Baldwin & Imel 2013). However, little is known about the factors that moderate these therapist effects and what can be done to enhance them (Cuijpers, 2018a). The available literature suggests that a persuasive attitude of the therapist in a clinical context may significantly influence therapeutic outcomes (Anderson et al., 2013). Therefore, this study intends to investigate in detail the impact of persuasion on the therapeutic process, focusing on the therapist's persuasive behavior and the impact of this behavior on the client over the course of follow-up.

Method: Twenty-seven video recordings of nine dyad psychotherapeutic sessions were randomly selected, each consisting of one client and one psychotherapist, and three dyad psychotherapy sessions were analyzed. The main instruments for data collection were the Psychotherapy Persuasiveness Scale (PPS), Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) and Penn State Worry Questionnaire PSWQ. Data were analyzed using statistical procedures using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program.

Results: The results show that persuasion is associated with the therapeutic results obtained, being able to predict these same results significantly, by approximately 17%. Other pertinent results emerged in the context of this investigation, such as the results that reveal a strong association between the level of persuasion of psychotherapists throughout the therapeutic sessions and the clinical outcome after the intervention.

Conclusions: Persuasion seems to be a facilitating interpersonal capacity of the relevant psychotherapist in the clinical context, throughout the therapeutic process, contributing to an improvement of the therapeutic results.

Keywords: Persuasion, Research in psychotherapy; Facilitative Interpersonal Skills.

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	9
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	10
1. Investigação em psicoterapia.....	10
1.1 A eficácia da Psicoterapia.....	10
1.2 Fatores Comuns.....	13
1.3. Efeitos do Terapeuta.....	15
2. Investigação das Capacidades Interpessoais Facilitadoras.....	17
2.1 O constructo das capacidades interpessoais facilitadoras: o “FIS”.....	17
2.2 As capacidades interpessoais facilitadoras do terapeuta como preditor do resultado terapêutico.....	19
2.3 FIS análise crítica.....	20
3. Investigação sobre a persuasão em psicoterapia.....	21
3.1 A história da persuasão em psicoterapia.....	21
3.2 A importância da persuasão em psicoterapia.....	22
3.3 Efeitos placebo.....	24
4. Objetivos do estudo.....	26
MÉTODO.....	28
1. Caracterização da amostra.....	28
2. Instrumentos.....	29
2.1 Escala de Persuasão - Psychotherapy Persuasiveness Scale (PPS).....	29
2.2 Avaliação de Sintomas - Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).....	31
2.3 Penn State Worry Questionnaire PSWQ.....	31

3. Procedimento.....	32
RESULTADOS.....	33
1. Análise dos resultados.....	33
1.1 Resultados da Abordagem Cognitivo-Comportamental (CBT).....	34
1.2 Resultados da Abordagem Teoria Focada nas Emoções (EFT).....	35
1.3 Resultados da Abordagem Psicodinâmica-Experiencial (AEDP).....	36
1.4 Resultados Finais da Escala de Persuasão	37
2. Resultados da Intervenção.....	38
3. Resultados Obtidos na Regressão Linear.....	40
DISCUSSÃO.....	41
1. Discussão dos Resultados.....	41
2. Limitações do Estudo.....	44
3. Sugestões para Investigações Futuras.....	44
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS.....	59
I. Regressão Linear da relação entre os índices globais do SCL-90-R, PSWQ e o Resultado Total de Persuasão da PPS.....	60
II. RESULTADOS OBTIDOS NA ESCALA DE PERSUASÃO.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultados da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas CBT (CBT T1, CBT T2, CBT T3).....	34
Figura 2. Resultados da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas EFT (EFT T1, EFT T2, EFT T3).....	35
Figura 3. Resultados da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas AEDP (AEDPT1, AEDP T2, AEDP T3).....	36
Figura 4. Resultados Totais Acumulados na Escala de Persuasão ao longo dos três momentos.....	37
Figura 5. Resultados totais médios por sessão da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas por ordem decrescente.....	37
Figura 6. Resultados Terapêuticos Totais dos Psicoterapeutas nas escalas PSWQ e SCL-90-R.....	38
Figura 7. Resultados Totais (em média) da escala de Persuasão e Resultados Terapêuticos obtidos pós-intervenção.....	39
Figura 8. Resultado da Regressão Linear.....	40

INTRODUÇÃO

Contrariamente ao que sucedia nos meados dos anos 80, onde a investigação em psicoterapia era dominada pela procura do tipo de abordagem terapêutica mais eficaz e comparação entre as diferentes abordagens psicoterapêuticas, hoje sabe-se que estas diferenças não são significativas. O fenómeno que ficou associado à expressão, o *Verdicto do Pássaro Dodo*, personagem de “Alice no País das Maravilhas”: todos ganharam, e todos devem ganhar prémios (Wampold & Imel, 2015), Rosenzweig (1936) sugeria que os resultados comparativos entre as diferentes abordagens psicoterapêuticas não eram relevantes e que existiam fatores comuns às diferentes psicoterapias, responsáveis pela mudança, i.e., independentes do modelo teórico, frequentemente apelidados de fatores comuns (Rosenzweig, 1936, Frank, 1961, 1973; Frank & Frank, 1991).

Numa tentativa de aprofundar o conhecimento sobre estes fatores, vários autores começaram a investigar o processo terapêutico, originando diversos estudos e meta-análises que vieram salientar a importância dos fatores comuns, como será referido mais à frente neste trabalho. Por sua vez, esta mudança colocou em evidência o impacto da pessoa do terapeuta no processo psicoterapêutico, ou seja, de que forma as suas características e os seus efeitos se relacionavam com os resultados clínicos obtidos, constituindo-se como uma das áreas mais investigadas pelos autores contemporâneos.

A relevância destes resultados tem vindo a justificar a necessidade de mais e melhor investigação neste campo, o que se reflete, naturalmente, no ensino e na prática da psicoterapia. Entre os fatores do terapeuta, a capacidade de persuasão (ou racional convincente) é, porventura um dos temas sobre os quais existe menos investigação atualmente. Todavia, a persuasão encontra-se presente em todas as terapias não numa vertente de controlar ou “vender” algo ao cliente mas sim influenciar, de forma positiva a experiência de vida dos mesmos, de uma forma colaborativa.

O presente trabalho consiste numa pesquisa e reflexão teórica e crítica sobre a eficácia em psicoterapia, os fatores comuns e mais especificamente nos efeitos do terapeuta, nomeadamente a capacidade de persuasão, focada predominantemente em autores contemporâneos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Investigação em psicoterapia

1.1 A eficácia da psicoterapia

A eficácia da psicoterapia é um tema que tem sido foco de vários estudos no decorrer dos últimos anos. Apesar de relativamente recente, o aumento considerável de investigação sobre este tema resultou num aumento de quantidade e qualidade da informação, o que, por sua vez, tornou possível afirmar inequivocamente coisas que outrora eram controversas. Entre elas, sobressai o facto de que a psicoterapia ser eficaz (Cuijpers et al., 2018a; Sousa, 2017; Lambert, 2015). Todavia, para que assim fosse, vários obstáculos tiveram de ser ultrapassados e, nesse aspeto, muito importa salientar as conclusões das múltiplas meta-análises realizadas até hoje que englobam centenas de estudos e vieram confirmar a eficácia das intervenções psicoterapêuticas (Miller et al., 2018; Miller et al., 2013).

A psicoterapia tem sido consistentemente eficaz no aliviar do sofrimento psicológico em cerca de 50% dos pacientes que frequentam entre 10 a 20 sessões de psicoterapia, sendo que esta percentagem sobe para 75% no caso daqueles que frequentam entre 30 e 50 sessões (Lambert, 2015). A eficácia da psicoterapia verifica-se igualmente quando comparada à condição de placebo ou situações de não tratamento, sendo que a investigação sugere que a pessoa em tratamento psicológico tem, em média, melhorias mais significativas que 80% da amostra não tratada (Miller et al., 2013; Lambert, 2013a; Wampold e Imel, 2015). Adicionalmente, a psicoterapia é, em muitos casos, igualmente eficaz quando comparada a intervenções medicamentosas, sendo que os ganhos terapêuticos são, em regra, mais duradouros e naturalmente livres dos efeitos secundários que encontram associados à medicação. (Cuijpers et al., 2013, Huhn et al. 2014; Lambert, 2015).

Importa igualmente referir que estes resultados são independentes da abordagem ou “escola” psicoterapêutica. Tendo em conta os resultados das meta-análises disponíveis na literatura, concluiu-se que não existem diferenças significativas em relação à eficácia entre as diferentes abordagens terapêuticas, isto é, não foi identificada nenhuma abordagem que seja significativamente e de forma consistente mais eficaz que as restantes (Laska et., 2014; Wampold et al. 2017a). Desta forma, múltiplas abordagens

psicoterapêuticas possuem, atualmente, bases empíricas sólidas que suportam a respetiva eficácia, como são os casos da abordagem psicodinâmica; (Driessen et al., 2015a; Leichsenring, 2014), cognitivo-comportamental (Lambert et al. 2018; Wampold et al., 2017a; McMMain, 2015); humanista (Angus et al. 2015), sistémica-familiar (Heatherington, 2015) e existencial (Vos et al. 2015). Adicionalmente, a eficácia psicoterapêutica estende-se a um vasto conjunto de perturbações psicológicas, sendo comprovada pelos vários estudos e meta-análises focadas em perturbações específicas, tais como as perturbações de ansiedade (Yulish et al., 2017; Pompoli et al. 2018; Cuijpers et al. 2014), depressão (Munder et al. 2018; Cuijpers et al. 2018b; Biesheuvel-Leliefeld et al., 2015), *stress* pós-traumático (Cusack et al., 2016; Gerger *et al.* 2014), perturbação obsessivo-compulsiva (Olatunji et al. 2013); perturbações psicóticas (Velthorst et al., 2015); perturbações alimentares (Godfrey et al., 2015); perturbação bipolar (Chatterton et al., 2017; Oud et al., 2016) e perturbações de personalidade (Budge, 2015; Cristea et al. 2017).

Todavia, mesmo tendo em conta que estes resultados são positivos para comprovarem a eficácia das intervenções psicológicas, a investigação neste campo também revela questões preocupantes (Sousa, 2017), como é o caso da taxa de abandono prematuro do tratamento de forma unilateral, o “*dropout*”, que continua bastante elevada. Uma meta-análise baseada em 668 estudos, com 83834 clientes, concluiu que o valor do *dropout* médio seria 19.7% (Swift & Greenberg, 2012), i.e, estima-se que 1 em cada 5 clientes abandona prematuramente o tratamento sem ganhos terapêuticos significativos (Sousa, 2017), sendo que este valor acresce significativamente em crianças e adolescentes, com uma taxa de *dropout* a variar entre 40% a 60% (Boswell, Kraus, Miller & Lambert, 2015). O risco de *dropout* é superior em pacientes com resposta desadequada à fase inicial do processo (Fernandez et al., 2015) e isso deve-se, em parte, a fracas alianças terapêuticas e características de pacientes e terapeutas (Swift & Greenberg, 2014; Sousa, 2017). Congruente com esta informação, um estudo recente de Erekson e colaboradores (2015) avaliou a variabilidade do numero de sessões e concluiu que as intervenções feitas semanalmente obtinham resultados significativamente superiores às intervenções com sessões quinzenais (Erekson et al. 2015). Ainda assim, importa referir que não existe propriamente um consenso em relação ao número estandardizado de sessões, dado que alguns clientes variam substancialmente em relação ao número de

sessões necessário para que se verifiquem ganhos significativos em terapia (Owen et al. 2015a).

Para além do *dropout*, existem ainda outras questões preocupantes, como a percentagem elevada de efeitos adversos da psicoterapia que se tem verificado um pouco em todas as faixas etárias, abordagens terapêuticas, terapia familiar e também terapia em grupo (Lambert, 2015). Uma parte significativa da população adulta, entre 5% a 10%, que termina a intervenção psicológica encontra-se em pior estado do que quando a começou (Lambert, 2015, Wampold & Imel, 2015). Esta percentagem é ainda mais elevada em intervenções psicológicas em crianças e adolescentes, verificando-se que entre 14% e 24% das mesmas acabam por piorar (Lambert, 2015; Lambert, 2013a). Importa referir que apesar de preocupantes, estes valores não dizem respeito unicamente a fatores terapêuticos (como uma conceptualização inadequada, aplicação de uma intervenção que não abrange a totalidade dos problemas do cliente ou tratamento impróprio), sendo que os efeitos negativos da terapia podem ter origem em fatores externos, que não envolvem o terapeuta ou o tratamento em si (Lambert, 2015).

Complementarmente, importa realçar o facto de não existir qualquer evidência de um aumento da eficácia geral psicoterapêutica nas últimas décadas (Wampold & Imel, 2015), verificando-se algum enviesamento em determinadas publicações, inflacionando os resultados a respeito da eficácia terapêutica (Driessen et al, 2015b). Estudos apontam que a maioria dos terapeutas não é eficaz no reconhecimento de clientes em risco de deterioração clínica (Goldberg et al., 2016a; Lambert, 2013a) e na avaliação do estado da relação terapêutica (Hartmann et al. 2015). Verifica-se igualmente que, em relação à avaliação aliança terapêutica, onde tendencialmente não existe correlação entre a perspetiva dos clientes e terapeutas, existindo uma sobrevalorização por parte dos terapeutas (Dinger et al., 2016). Clientes e terapeutas parecem igualmente não concordar em relação à importância de variados aspetos inerentes ao processo terapêutico (Bachelor, 2013).

Finalmente, é importante realçar que apesar das dificuldades descritas anteriormente, diversos autores têm-se dedicado a inovar e desenvolver novos métodos que permitam aumentar a eficácia da psicoterapia. Em particular, os sistemas de *feedback* são uma alternativa que se tem mostrado particularmente viável em clientes em risco de deterioração clínica por permitir aceder ao progresso clínico em terapia e assim realizar uma melhor monitorização dos resultados obtidos a cada sessão (Miller et al., 2015;

Lambert, 2015a; Lambert et al., 2018). Intervenções com este tipo de *feedback* resultaram numa redução das taxas de deterioração de 20% para 13% e quando efetivamente foi possível identificar as possíveis causas para a resposta negativa do cliente e fornecer possíveis soluções ou alternativas para as intervenções, esta taxa desceu para 8%. Por sua vez, 38% dos clientes revelaram melhorias significativas (Lambert, 2015a; Shimokawa et al. 2010). A utilização e os resultados obtidos pelos sistemas de *feedback* constitui um exemplo que vem reforçar a importância de mais investigação em torno de novas variáveis que se correlacionem com o resultado terapêutico, e, por sua vez, expliquem a eficácia geral da psicoterapia para lá do tipo de orientação teórica do psicoterapeuta.

1.2 Fatores Comuns

Tendo em conta o facto de que nenhuma abordagem terapêutica é, com base nas investigações realizadas, significativamente, e de forma consistente, mais eficaz do que as restantes, o foco da investigação passou a ser direcionado para outros fatores que possam justificar os mesmos resultados clínicos. É neste contexto que surge uma hipótese defendida originalmente por Rosenzweig (1936) e, posteriormente, popularizada por Jerome Frank nas várias edições do seu livro *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (Frank, 1961): a existência de fatores comuns em psicoterapia. Por outras palavras, fatores transversais a qualquer abordagem terapêutica, com um impacto maior comparativamente com as diferenças específicas de cada abordagem e, assim, capazes de influenciar os resultados clínicos (Laska et al., 2014; Castonguay et al., 2015; Cuijpers et al., 2018a).

Os trabalhos de Rosenzweig e Jerome Frank inspiraram diversos autores e, desde então, vários modelos de fatores comuns foram criados e, apesar das diferenças, nenhum modelo invalidou o impacto que os fatores comuns têm na eficácia clínica (Wampold, 2015). Um dos autores que aprofundou esta hipótese foi John Norcross (2011), que reuniu um conjunto vasto de revisões de literatura, com a colaboração com vários investigadores e clínicos, e chegou à conclusão que as variáveis terapêuticas com melhor correlação com os resultados clínicos são transversais a qualquer abordagem, confirmando assim a hipótese dos fatores comuns mencionada anteriormente. Em *Psychotherapy that works* (2011), o autor destaca a qualidade da aliança terapêutica, a empatia do terapeuta, a adaptação da terapia às expectativas, cultura, preferências, grau de reactância e estágio de mudança do cliente e a capacidade reparar rupturas na aliança terapêutica (Norcross, 2011).

Porventura o modelo de fatores comuns mais atual e melhor desenvolvido (Cuijpers et al., 2018a) é o Modelo contextual (Wampold e Imel, 2015) – um meta-modelo sobre o funcionamento da psicoterapia que clarifica de que forma os diferentes modelos de intervenção psicológica são eficientes na promoção de resultados significativos (Wampold & Imel, 2015). Sucintamente, o modelo contextual postula que existem três vias através das quais a psicoterapia é eficaz: a) o relacionamento real entre terapeuta e cliente; b) a criação de expectativas através de explicação da perturbação e do tratamento envolvido; e c) a promoção de ações terapêuticas dentro e fora da sessão (Wampold & Imel, 2015). Importa ainda referir que, antes de qualquer uma destas vias ter lugar, é necessário estabelecer uma relação emocional com o paciente, isto é, um “vínculo” (*bond*) que vem antes da própria terapia e consiste, essencialmente, no processo em que o paciente passa a ver o terapeuta como alguém confiável, com a *expertise* necessária e que irá dedicar o seu tempo e esforços para compreender o seu problema e o contexto em que se situa (Wampold & Imel 2015; Wampold, 2015).

À semelhança do trabalho de Norcross (2011), o modelo contextual contempla ainda a correlação entre diversas variáveis estudadas em psicoterapia e os resultados clínicos. Estas variáveis encontram-se divididas em fatores comuns e os ingredientes específicos. O primeiro grupo contempla a aliança terapêutica (que inclui a relação emocional com o paciente, consenso entre terapeuta e cliente nos objetivos terapêuticos e a colaboração entre ambos), empatia e constructos relacionados (tais como a genuinidade, congruência, aceitação e consideração pelo cliente); expectativas; efeitos do terapeuta (que serão aprofundados no ponto seguinte) e uma adaptação incondicional ao cliente (nomeadamente adaptação cultural). Por sua vez, os ingredientes específicos referem-se ao tipo de tratamento administrado, diferentes abordagens, aderência ao protocolo e outras técnicas específicas (Wampold & Imel 2015; Wampold, 2015).

Hoje em dia sabe-se que os fatores comuns explicam cerca 30% dos resultados psicoterapêuticos (Lambert, 2013) e que são transversais às principais abordagens terapêuticas. Por sua vez, as técnicas específicas de cada abordagem têm um impacto consideravelmente menor nos resultados psicoterapêuticos, representando cerca de 15% (Duncan, 2015; Lambert, 2013), o que reforça a ideia de que os fatores comuns poderão explicar melhor estes resultados (Marcus et al., 2015; Flückiger et al., 2015; Bell et al., 2013). Contudo, apesar das investigações feitas até ao momento, as evidências são insuficientes para afirmar inequivocamente que a psicoterapia funciona através de fatores

comuns, de fatores específicos ou de ambos. A psicoterapia é um processo multifatorial complexo e é provável que tanto os fatores comuns como os específicos participem, de alguma forma, no tratamento do cliente. De forma a dar resposta a estas questões é necessária mais e melhor investigação para estabelecer de que forma a psicoterapia funciona (Cuijpers et al. 2018a). Dito de outra forma, sabendo-se que a psicoterapia é eficaz, importa agora compreender o processo e mecanismos por detrás dessa eficácia.

1.3 Efeitos do terapeuta

Reforçando a ideia de que a psicoterapia é eficaz, bem como o facto de existem outras variáveis, para além da abordagem terapêutica e modelo teórico que expliquem essa mesma eficácia, nomeadamente os fatores comuns, importa destacar uma variável que, apesar de poder ter um impacto consideravelmente maior do que o tipo de tratamento administrado (Wampold & Imel 2015) ainda é pouco estudada na literatura – os efeitos do terapeuta, ou seja, o próprio terapeuta e de que forma este pode influenciar o processo e os resultados terapêuticos. (Baldwin & Imel 2013; Lutz e Barkham 2015, Barkham et al., 2017; Johns et al., 2018)

A ideia de que o psicoterapeuta, por si só, se encontra ligado à variabilidade de resultados pressupõe um dado importante: existem uns psicólogos melhores que os outros. Estudos têm demonstrado que pacientes tratados por diferentes psicoterapeutas revelam diferentes níveis de redução dos sintomas durante o tratamento (Dinger et al., 2016) e que existe uma maior variabilidade dos resultados terapêuticos entre psicoterapeutas, comparativamente com psicoterapias (Imel et al., 2015). Ou seja, é mais importante ter em conta quem está a fazer terapia e como a faz, do que propriamente a intervenção ou modelo teórico desse mesmo terapeuta (Owen et al., 2015b; Baldwin e Imel 2013), até porque esta diferença se encontra em terapeutas com a mesma orientação teórica (Wampold & Imel, 2015). Tendo em conta esta variabilidade de resultados, seria de esperar que a mesma se verificasse quando fosse pedido aos terapeutas para avaliarem a eficácia clínica dos seus próprios resultados, todavia não é isso que acontece. A investigação sugere que nenhum terapeuta se avaliou como sendo abaixo da média e 25% dos mesmos ainda acredita que se encontra no percentil 90 de eficácia clínica, quando estatisticamente se sabe que não é possível estarem todos ao mesmo nível (Goldberg et al., 2016a; Walfish et al. 2012).

Atendendo ao facto de que alguns terapeutas têm resultados consistentemente superiores aos dos seus pares, importa quantificar estas diferenças. Num estudo de Baldwin e Imel (2013) o efeito desta variável foi tão significativo que se chegou à conclusão que um cliente que estivesse a ser acompanhado por um dos 10% melhores terapeutas teria duas vezes mais probabilidade de melhorar e menos de metade da probabilidade de deterioração do que se estivesse a ser acompanhado por um dos 10% piores terapeutas.

É igualmente importante destacar que estas diferenças de resultados entre terapeutas não se correlacionam diretamente com a sua idade, género, etnia, a orientação terapêutica (Johns et al., 2018, Duncan, 2015; Owen et al., 2014) e os anos de experiência clínica do terapeuta (Chow et al., 2015; Goldberg et al., 2016a). O mesmo pode ser dito em relação aos anos de treino e supervisão (Chow et al., 2018), avaliações do terapeuta quanto à sua própria eficácia, competência em administrar ingredientes específicos e, por fim, o uso e grau de adesão a protocolos manualizados de intervenções psicológicas não parece justificar estas diferenças de eficácia entre terapeutas (Owen & Hilsenroth, 2014, Wampold, 2017; Wampold et al., 2017b). Um estudo longitudinal particularmente extenso (até 17 anos) em contexto naturalista, já referido, por Goldberg e colaboradores (2016a), analisou os resultados obtidos por 170 terapeutas e respetivos 6591 pacientes, e concluiu que os terapeutas não melhoraram com mais experiência (tempo e número de consultas), existindo até uma tendência generalizada para os terapeutas piorarem ao longo dos anos. A maioria dos psicoterapeutas parece atingir um “pico” de *performance* nos primeiros anos de profissão, isto é, um nível de eficácia em psicoterapia satisfatório que posteriormente se vai esbatendo, semelhante a um fenómeno de “cristalização”. O facto de os resultados terapêuticos terem sido eficazes mas sensivelmente 60% dos psicoterapeutas terem deteriorado (e 40% melhorado) (Goldberg et al., 2016a) reforça a hipótese de que existem terapeutas melhores que os seus pares.

Assim sendo, com base em investigações recentes, é possível identificar algumas características importantes do terapeuta que poderão estar na origem de melhores resultados em terapia (Wampold et al., 2017b). Entre elas, a formação e a manutenção da aliança terapêutica (Johns et al., 2018), capacidade de duvidar (de forma saudável) das suas decisões (Nissen-lie et al., 2012; Nissen-lie et al., 2015), a monitorização do progresso clínico, i.e., utilização de sistemas de *feedback* (Prescott et al., 2017; Miller et al., 2015; Lambert et al., 2018), realização de prática deliberada (Chow et al., 2015a;

Goldberg et al., 2016a) e, por fim, um domínio das capacidades interpessoais facilitadoras (*facilitative interpersonal skills*), nomeadamente a empatia (Elliot et al., 2018), flexibilidade (Owen & Hilsenroth, 2014), fluência verbal, a criação de expectativas positivas, a persuasão (ou racional convincente), a expressividade emocional, a identificação e a reparação de ruturas na aliança terapêutica (Wampold, 2017; Wampold et al., 2017b; Castonguay et al., 2017), aceitação, afeto e compreensão (Anderson, 2013). Tendo em conta a investigação recente, é possível estimar que os efeitos do terapeuta justifiquem entre 6% a 9% dos resultados em psicoterapia. Ou seja, comparativamente com o 1% atribuído às técnicas específicas utilizadas, o impacto dos efeitos do terapeuta poderá ser até, sensivelmente, 10 vezes maior (Lambert, 2013a; Baldwin e Imel 2013; Duncan, 2015).

Os efeitos do terapeuta parecem ter um efeito cada vez mais evidente ao nível da variabilidade dos resultados em psicoterapia (Owen et al., 2015b; Duncan, 2015), contudo aquilo que distingue um terapeuta com um desempenho consistentemente superior ao dos seus pares ainda não é bem compreendido. Estes resultados estão na origem de novas linhas de investigações focadas na “pessoa do terapeuta”, isto é, o estudo das características dos terapeutas com resultados clínicos superiores, as suas ações dentro e forma da sessão, como as pratica e o porque as praticar assim e não de outra forma (Tracey et al. 2014; Chow et al., 2015b).

2. Investigação das Capacidades Interpessoais Facilitadoras

2.1 O constructo das capacidades interpessoais facilitadoras: o “FIS”

A escassa informação que existe na literatura sobre as características dos terapeutas mais eficazes e o que os diferencia dos seus pares contrasta com o impacto que estes efeitos do terapeuta têm nos resultados clínicos. (Castonguay et al., 2017; Barkham et al., 2017) O psicoterapeuta em si pode ser mais importante que o tipo de intervenção, seja pela sua capacidade de facilitar a formação de alianças terapêuticas, a mestria com que aplica determinadas técnicas ou o “*timing*” das suas intervenções, transcendendo qualquer abordagem terapêutica (Owen et al., 2015b). O tremendo impacto que a pessoa do terapeuta poderá ter na saúde pública torna crítico que se identifique as características específicas que tornam os psicólogos melhores. É nesta conjuntura que se insere o constructo de capacidades interpessoais facilitadoras do terapeuta (“*facilitative interpersonal skills*”, ou “*FIS*”). Criado por Anderson, Patterson e Weiss, em 2006, este

constructo deriva do estudo dos fatores comuns em psicoterapia e surge devido à falta de métodos que pudessem aceder às características do terapeuta, de forma fiável e convincente. Adicionalmente, dada a pouca investigação sobre a pessoa do terapeuta e a importância dos processos relacionais em terapia, os autores consideraram útil a existência de um constructo que identificasse um conjunto de atributos do terapeuta que consistentemente contribuísem para o processo terapêutico. O FIS baseia-se, então, numa metodologia que acede a um determinado conjunto de variáveis (atributos do terapeuta), que a teoria e investigação em psicoterapia sugerem ser essenciais para facilitar a criação de um relação eficiente entre terapeuta e cliente e a própria mudança terapêutica (Anderson et al. 2006, Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013). O FIS pode definir-se, então, da seguinte forma:

“Capacidades interpessoais facilitadoras são as qualidades gerais e pessoais de pessoas capazes de 1) perceber, compreender e enviar uma ampla gama de mensagens interpessoais e 2) persuadir outras pessoas com problemas pessoais a aplicar soluções propostas para esses mesmos problemas e abandonar padrões desadaptativos” (Anderson et.al., 2006, Anderson & Patterson. 2013).

Anderson e Patterson (2013) desenvolveram um manual de codificação designado para a avaliação destas capacidades interpessoais facilitadoras, o FIS-IS (*in session*). Este manual engloba o total de 8 domínios: 1) fluência verbal, a capacidade de comunicar clara e sucinta, adaptando o seu discurso ao cliente; 2) criação de expectativas positivas, i.e., aceder às expectativas do cliente e promover uma sensação de esperança quanto aos possíveis benefícios da psicoterapia; 3) persuasão, a capacidade de induzir no outro uma nova perspectiva ou ideia que pode ser diferente da sua, implicando a transmissão de um racional relevante para os problemas do cliente, envolvendo a capacidade de “vender” esse racional; 4) expressividade emocional, referente à forma e conteúdo do discurso (tom de voz utilizado, por exemplo), à energia e emoção colocada na resposta ao cliente, mostrando interesse e comunicando de forma a que este sinta que está focado nele 5) aceitação, afeto e compreensão, 6) empatia adequada pelo cliente, no sentido de compreender a experiência subjetiva do cliente, transmitindo a compreensão e precisão dos pensamentos e emoções do mesmo; 7) aliança terapêutica, capacidade de criar um “laço” com o cliente e providenciar um ambiente colaborativo, em que existe

reconhecimento da necessidade de trabalhar com o cliente num conjunto de problemas e 8) a capacidade de identificação e reparação de rupturas na aliança, transformando uma possível deterioração numa oportunidade terapêutica (Anderson e Patterson, 2013)

2.2 As capacidades interpessoais facilitadoras do terapeuta como preditor do resultado terapêutico

A primeira tentativa de correlacionar as capacidades interpessoais facilitadoras do terapeuta (fatores do terapeuta) com o resultado terapêutico ocorreu em 2009, num estudo desenvolvido por Timothy Anderson e colaboradores, que contou com a participação de 25 psicoterapeutas que, por sua vez, viram um total combinado de 1141 clientes. Aos participantes foi pedido que dessem resposta a um conjunto de vídeos de clientes em momentos considerados potencialmente desafiantes dentro de uma sessão terapêutica, já os investigadores avaliaram esses terapeutas com base no seu desempenho, recorrendo, entre outros constructos, ao FIS. As conclusões desse estudo revelaram que apenas o FIS foi considerado preditor do resultado terapêutico, reforçando a ideia de que a variabilidade de resultados entre terapeutas se justifica, em parte, pelas diferenças no que toca às respetivas competências para lidar com situações desafiantes a nível interpessoal com clientes (FIS). Adicionalmente, salienta-se a ideia de que fatores como a idade do terapeuta não se encontra necessariamente correlacionada com o resultado terapêutico (Anderson et al. 2009), como foi referenciado neste trabalho anteriormente.

Um segundo estudo que propôs correlacionar o FIS e o resultado terapêutico ocorreu em 2015. Desta vez, 23 terapeutas estiveram com 2 clientes cada, ao longo de 7 sessões. Os resultados deste estudo indicam que os terapeutas com FIS mais elevado são melhores em relação à qualidade das suas alianças terapêuticas, comparativamente aos terapeutas com FIS inferior. Esta diferença também se verifica no que toca às melhorias ao longo das sessões terapêuticas, às melhorias quanto à avaliação da aliança terapêutica quando relatada pelos clientes e também ao resultado pré-pós sessões. Os autores concluíram que as competências interpessoais facilitadoras comuns dos terapeutas contribuem para o resultado e para a formação da aliança terapêutica, consistente com a hipótese inicialmente proposta pelos mesmos (Anderson et al. 2015)

Por sua vez, um terceiro estudo dedicado a este tema (2016) revelou que o FIS foi eficaz na previsão da mudança sintomática dos clientes, mais de um ano depois de ser aplicado. Por outras palavras, os terapeutas com FIS elevado foram mais eficazes do que

os terapeutas com FIS baixo e, desta forma, o FIS previu, acertadamente, quais iriam melhorar e piorar. Todavia, esta eficácia não foi uniforme, ou seja, terapeutas com FIS elevado foram consistentemente superiores em sessões de curta duração (até às 8 sessões) mas as diferenças começam a esbater-se ao longo das sessões (entre as 8 e as 16 sessões), sendo praticamente nulas em sessões de longa duração (20 sessões), o que, segundo os autores poderia sugerir que o FIS não afeta os resultados em terapia no longo prazo, contudo existem dois pontos-chave a considerar antes de tirar qualquer conclusão. Primeiramente, mais de metade dos clientes em terapia (52.3%) terminaram os respectivos acompanhamentos por volta da 8ª sessão e 75.7% terminaram por volta da 15ª sessão, ou seja, apenas uma minoria da amostra inicial contribuiu para os resultados de longa duração (20 sessões). Em segundo lugar, a própria duração da terapia pode ser um indicador de diferentes tipos de clientes, já que quanto mais difíceis de tratar são os clientes, mais tempo eles passam em terapia (DeRubeis et al. 2014, Anderson et al. 2016). Isto é, existe a possibilidade desta amostra conter um conjunto de clientes mais difíceis do que o “normal” (alguns deles até “intratáveis”) e, desta forma, mesmo os terapeutas com um FIS mais elevado acabam por passar mais tempo em terapia, não por causa das suas competências mas por causa do tipo de cliente. Desta forma, os autores concluíram que o FIS poderá ter um impacto significativo na progressão do cliente em terapia embora ainda não sejam claras as competências em particular (tais como a aliança terapêutica, empatia, persuasão, etc.) que mais contribuem para a mudança terapêutica e se as mesmas contribuem de igual forma ao longo do processo terapêutico (Anderson et al. 2016).

2.3 FIS análise crítica

O FIS engloba um conjunto de competências importantes do terapeuta associadas a uma maior eficácia que, com base nos dados disponíveis na literatura, têm vindo a demonstrar um impacto significativo nos resultados psicoterapêuticos (Owen et al., 2016a; Anderson et al. 2016; Chow, 2017). Atualmente restam poucas dúvidas de que estas capacidades relacionais do terapeuta são completamente independentes do contexto, das características do cliente, do *setting*, tipo de tratamento ou às técnicas específicas administradas (Anderson et al. 2015). Entre as capacidades que melhor conseguiram prever os resultados terapêuticos salientam-se a fluência verbal, expressão emocional e persuasão (Anderson et al., 2013; Armstrong, 2013)

Todavia ainda existe uma lacuna na literatura em torno de quais as capacidades do FIS que moderam determinados resultados terapêuticos, isto é, sabe-se que existem terapeutas com diferentes níveis de FIS e que, tendencialmente, os terapeutas com um FIS mais elevado obtêm resultados melhores clínicos, comparativamente com os seus pares. No entanto, teoricamente o impacto das diferentes capacidades interpessoais facilitadoras não é igual em todos os clientes, ou seja, diferentes terapeutas com um FIS elevado produzirão diferentes resultados terapêuticos consoante o tipo de cliente, o que na prática resulta em que alguns terapeutas com FIS elevado sejam mais eficientes do que outros com base no cliente que estão a tratar. (Anderson et al. 2016).

O presente trabalho insere-se precisamente nessa lacuna, colocando em foco uma destas capacidades interpessoais facilitadoras – a persuasão. Uma variável proposta no FIS que atualmente é pouco investigada mas cuja importância em psicoterapia parece ser incontornável seja pelo facto de estar presente em todas as abordagens psicoterapêuticas ou pelo facto de estar intimamente relacionada com fatores comuns, referidos anteriormente, tais como o acordo nos objetivos e tarefas terapêuticas, esperança, criação de expectativas positivas e até a aliança terapêutica (Norcross e Lambert, 2018), que por sua vez estão fortemente associados à eficácia da psicoterapia (Wampold & Imel, 2015).

3. Investigação sobre a persuasão em psicoterapia

3.1 A história da persuasão em psicoterapia

Apesar de ser dos fatores menos estudados atualmente, existe uma considerável quantidade de informação sobre a persuasão em psicoterapia na literatura. Historicamente, um dos autores mais influentes neste campo foi Jerome Frank, autor mencionado anteriormente e cuja obra *Persuasion and Healing: A comparative study* (Frank, 1961) serviu de base à noção atual de fatores comuns, influenciou diversos autores contemporâneos. Frank defendia que existiam 4 elementos essenciais inerentes a qualquer terapia: (1) uma relação única e funcional entre cliente; (2) um *setting* cujo objetivo, independentemente da técnica utilizada, é o de clarificar os sintomas e problemas do cliente, inspirar esperança, facilitar experiências de sucesso e estimular as emoções do cliente; (3) que o efeito destas ações seria o de aliviar a sensação de impotência que o cliente sente em relação a si próprio e ao meio que o rodeia, algo que Frank apelidou de “desmoralização” (*desmoralization*) e que (4) surgiria desta interação uma explicação lógica para os sintomas do cliente, que fosse credível para o mesmo. Frank salientava que

esta explicação não teria de ser necessariamente verdadeira mas sim aceite pelo próprio cliente, daí também apelidar esta “explicação” de mito (Frank, 1961, 1973; Frank & Frank, 1991).

Para Frank a psicoterapia consistiria na estimulação e exposição de atitudes do cliente em condições nas quais estas pudessem ser influenciadas, isto é, um processo aprendizagem entre a pessoa em sofrimento e o psicólogo, que assume o papel de persuasor, estimulando essa exposição, lidando com seu o desespero, insegurança ou receio, compreendendo os seus problemas e formas de lidar com eles, ao mesmo tempo que incentiva a participação em atividades que levem à mudança comportamental fora do espaço terapêutico, isto é, a psicoterapia como um processo de influência social (Frank, 1961, 1973; Frank & Frank, 1991).

Esta ideia é igualmente partilhada por outros autores, como é o caso da teoria da influência social de *Strong* (1968) focada na perceção do paciente a respeito da credibilidade da intervenção e do próprio terapeuta, onde o autor defende que a perícia como terapeuta também engloba a capacidade de estruturar os problemas do cliente, assim como a solução do mesmos, de uma forma que faça sentido para o cliente, que lhe assente pessoalmente, o que, por sua vez, tornaria mais o tratamento mais credível. A crença na credibilidade do terapeuta já era tida em conta como um factor comum significativo na eficácia da terapia (Strong, 1968) e, sabendo que é um fator determinante para conseguir influenciar alguém (Hovland et al., 1953), o processo terapêutico poderia ser, assim, comparado a um processo de influência social onde os terapeutas se estabeleceriam como profissionalmente credíveis ao serem confiáveis, peritos (*experts*) e atrativos (no sentido de serem simpáticos e vistos como semelhantes) e utilizariam estas componentes para fazer com que os clientes adotassem determinadas atitudes e comportamentos. (Strong, 1968).

3.2 A importância da persuasão em psicoterapia

Segundo Wampold & Imel (2015) o próprio modelo contextual deriva das ideias defendidas por Frank (Frank, 1961, 1973; Frank & Frank, 1991) e defende igualmente a importância da persuasão no sentido de que a construção de uma explicação credível para o cliente irá criar novos significados para aquilo que são as suas dificuldades ou problemas e de que forma a intervenção terapêutica o poderá ajudar. Assim sendo, os terapeutas mais persuasivos acabam por ser também mais eficazes (Wampold, 2015), já

que a clarificação da origem dos problemas do cliente e como os enfrentar faz com que o cliente desenvolva expectativas positivas em relação à terapia (Ametrano et al., 2017). Por sua vez, isso pode contribuir para que o cliente sinta que é possível viver e sentir-se de outra, e perceber que a execução de ações terapêuticas poderá levar a uma melhoria. (Wampold & Imel, 2015).

De acordo com o Modelo Contextual (2015), uma das principais tarefas do psicoterapeuta eficaz é precisamente a co-criação de um racional clínico credível e aceite pelo cliente, que promova uma melhoria da sua qualidade de vida e redução do sofrimento em que se encontram, mediante o processo terapêutico e ações dentro e fora de sessão que promovam a sua saúde e bem-estar psicológico. A persuasão do terapeuta assume, assim, um papel determinante ao fazer com que os pacientes acreditem que o processo terapêutico e essas ações são fundamentais para lidarem com os seus problemas (Wampold & Imel, 2015). Importa igualmente salientar que a credibilidade da intervenção percebida pelo cliente não é um fator constante ao longo da terapia, podendo ser mudada através de ações do terapeuta ou de um maior envolvimento com o racional clínico co-construído (Ametrano et al., 2017; Mooney et al. 2014).

Como referido anteriormente, as expectativas do cliente, isto é, a crença em relação aos resultados terapêuticos, têm vindo a ser cada vez mais estudadas na última década, dada a importância que tem para a eficácia em psicoterapia (Visla et al. 2016; Owen et al. 2016b). Uma meta-análise recente e particularmente robusta, (Constantino et al. 2018a) avaliou a relação entre as expectativas do cliente em relação à intervenção, numa fase inicial, e os resultados terapêuticos após a intervenção, numa amostra com base em 72 estudos e 12722 clientes. Os resultados desta meta-análise, que consiste numa réplica de uma outra realizada em 2011 (constantino et al. 2011), sugerem que as expectativas do cliente em relação ao tratamento constitui um preditor empiricamente validado no que diz respeito ao resultado terapêutico, comprovada pela correlação entre estas duas variáveis. Segundo os mesmos autores, estes resultados aumentam a credibilidade deste fator comum e concluem que o facto implementação de técnicas que permitam aceder às expectativas do cliente, bem como estar recetivo à hipotética partilha dessas expectativas por parte do cliente, acelera o início do tratamento, assumindo assim um carácter facilitador (Constantino et al., 2018a).

Reforçando esta ideia, a perspectiva do cliente em relação ao tratamento é igualmente um fator importante pela forma como informa o psicoterapeuta em relação às

suas expectativas (Constantino et al. 2018b; Kemp et al. 2014). Adicionalmente, investigações nesta área têm demonstrado que a credibilidade da intervenção e o resultado final da intervenção se correlacionam significativamente (Ametrano et al., 2017; Constantino et al. 2014). Estudos mostram, igualmente, que Uma meta-análise recente avaliou a correlação entre a credibilidade do tratamento, segundo a perspectiva do cliente, e o resultado terapêutico numa amostra com 1504 pacientes (Constantino et al. 2018b). Os resultados revelaram uma correlação significativamente positiva entre as variáveis em questão, levando os autores a defender a incorporação de estratégias persuasivas e que promovam a credibilidade da intervenção em sessões terapêuticas, tais como: tentar perceber qual a credibilidade que o tratamento tem para o paciente no princípio e durante o tratamento (seja verbalmente ou através de um instrumento); entrar em diálogo com o cliente frequentemente sobre aquilo que ele considera ser mais apelativo em termos de objetivos terapêuticos, isto é, aquilo que parece ser mais convincente; ou ter em atenção as características do paciente que promovam, ou não promovam, a credibilidade da intervenção (Constantino et al. 2018b).

Apesar destes dados ilustrarem a importância da persuasão em psicoterapia continua a existir pouca investigação neste campo, nomeadamente em relação às expectativas do cliente ao longo do tratamento (Constantino et al. 2018a; Constantino et al. 2018a). Até à data não existem, igualmente, estudos que tenham testado a expectativa do cliente face ao tratamento como moderador entre a credibilidade da intervenção e o resultado terapêutico (Constantino et al. 2018b), o que reforça a ideia de que são necessárias mais e melhores maneiras de testar a credibilidade do tratamento percebida pelo cliente; testar outras estratégias que promovam essa mesma credibilidade para posteriormente melhorar a eficácia clínica e investigar pormenorizadamente de que forma cliente e terapeuta contribuem para a criação desta credibilidade para posteriormente isso poder ser praticado e treinado fora da sessão terapêutica (Ametrano et al., 2017; Constantino et al. 2018b).

3.3 Efeitos placebo

Por fim, devido ao facto de possuírem uma enorme componente psicológica e dada a proximidade com a noção de persuasão, importa igualmente destacar os efeitos placebo, que estão intimamente ligados à promoção de expectativas (Ashar et al., 2017; Benedetti, 2014), principalmente ao nível da justificação de um racional clínico que ajude

a construção de significado para o paciente e de previsões futuras de ganhos de saúde (Wampold, 2018; Kirsh, 2018).

Devido à inércia dos placebos, hoje sabe-se, na comunidade científica, que o efeito placebo não é causado por placebos. Desta forma, a importância do efeito deve-se ao significado do efeito e não ao placebo em si. Introduzido por Kirsh, em 1985, a “resposta à expectativa” é o termo utilizado para apelidar as consequências destes estímulos, referentes às sensações não-voluntárias provocadas em resposta a uma determinada informação. Num estudo de reação à dor, por exemplo, quando um investigador diz que um determinado estímulo irá ser mais fraco, isto é, causar menos dor, o participante irá criar a expectativa de que irá sentir menos dor, todavia, o facto de efetivamente sentir menos quando na verdade esse estímulo se manteve inalterado, define-se como resposta à expectativa (Kirsh, 2018; Kirsh 1985).

Apesar de ainda não serem totalmente compreendidos, os mecanismos através dos quais os efeitos placebo têm origem parecem estar ligados à relação entre a pessoa que administra o placebo e o cliente (Wampold, 2018). Segundo os resultados de uma meta-análise, o valor terapêutico desta relação tem implicações no bem-estar físico e mental dos clientes (2014) e, de acordo com Wampold (2018), faz-se sentir de três formas possíveis: (1) combate a solidão, que se sabe estar associada a diferentes patologias (Holt-Lunstad et al., 2017; Holt-Lunstad et al., 2015); (2) potencia a sensação de alívio, através da criação de expectativas positivas em relação ao tratamento e (3) através da co-regulação afetiva (Butler e Randall, 2013) do cliente e diminuição do impacto de situações stressantes, onde a empatia assume um papel crucial (Goldstein et al., 2017)

Kirsh e colaboradores (2016) desenvolveram um modelo integrativo dos efeitos placebo, onde estipulam uma relação bidimensional causal entre a resposta à expectativa e a relação terapêutica. Os autores defendem que quando existe confiança no terapeuta, que se mostre competente e preocupado, isso resultará em expectativas positivas, isto é, num melhor resultado da intervenção terapêutica. Por conseguinte, o facto de o cliente acreditar que pode melhorar devido ao tratamento pode promover uma melhor aliança terapêutica (Kirsh et al. 2016, Kirsh, 2018). Na mesma linha de investigação, tem sido comprovado que terapeutas com um comportamento mais afetivo (como por exemplo, o contacto visual), são percebidos como mais empáticos e competentes (Kraft-Todd et al., 2017) e que, por sua vez, isso pode levar a melhores resultados clínicos (Kaptchuk et al. 2008, citado por Kirsh et al. 2018).

Em suma, à semelhança do que acontece na persuasão em psicoterapia, o efeito placebo envolve igualmente a transmissão de um racional clínico, i.e., a expectativa de um determinado acontecimento é criada por alguém em quem o cliente confia através dessa transmissão. Nos efeitos placebo, as expectativas do cliente face às consequências das suas ações, dos seus pensamentos ou sentimentos são fruto, precisamente, dessa transmissão (Geers et al., 2018; Wampold, 2018). Assim, no contexto terapêutico, os efeitos placebo são particularmente importantes, nomeadamente, ao nível da promoção de expectativas positivas e de mudança e, posteriormente, nos resultados finais do tratamento (Kirsh et al. 2016; Kirsh, 2018).

4. Objetivos do estudo

Embora tenha sido demonstrado que as psicoterapias são eficazes no tratamento de perturbações psicológicas, existe uma lacuna na literatura quanto aos estudos que comprovam quais as características específicas do terapeuta eficaz e de que forma estas influenciam o contexto terapêutico. (Cuijpers, 2018a). Concretamente em relação aos fatores comuns, apesar do crescente interesse por este tema tem resultado em vários estudos, algumas questões permanecem de certo modo por serem esclarecidas. Neste contexto insere-se o conceito de persuasão em psicoterapia, que consiste no objeto de estudo principal na presente investigação.

A capacidade de persuasão surge como uma característica que pode ser encontrada transversalmente em todas as intervenções eficazes em psicologia clínica, que se distinguem pelo facto dos clientes realizarem atividades promotoras da sua saúde e bem-estar, o que resulta, direta ou indiretamente, do facto de terem sido persuadidos a tal comportamento. Contudo, as relações formadas entre a persuasão e os resultados não são claros, importando compreender se, efetivamente, estas relações existem e de que forma se processam. Devido à pouca investigação conduzida sobre este tema, o presente estudo visa contribuir para o avanço da literatura neste domínio. Deste modo, propõe-se abordar o impacto da persuasão em psicoterapia, dando respostas às seguintes questões de investigação:

- De que forma a capacidade de persuasão dos psicoterapeutas influenciou o processo e os resultados da psicoterapia?

- De que modo os diferentes modelos teóricos dos psicoterapeutas influenciaram os níveis de persuasão observados em psicoterapeutas?

- De que forma os níveis de persuasão observados nos psicoterapeutas se alteram ao longo das sessões terapêuticas?

MÉTODO

O presente trabalho é um estudo de natureza quantitativa, que procura investigar as relações entre o conceito de persuasão e os resultados terapêuticos, tendo como base o espectro da psicopatologia, avaliado através do Symptom Checklist90-R (SCL-90 R) e do Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Assim, de modo a estudar a forma como estes dois conceitos interagem entre si e de forma a decifrar as teorias inerentes através de experimentação, a metodologia escolhida para a elaboração desse estudo é o de pesquisa explicativa, de carácter exploratório, por consistir numa tentativa de conectar ideias e fatores identificados pelo investigador, de forma a compreender as causas e efeitos de um determinado fenómeno, fazendo-se acompanhar por uma explicação para determinados acontecimentos envolvidos no processo.

Em relação ao tipo de amostragem escolhida no presente trabalho, foi realizada uma amostragem aleatória e de conveniência. Esta técnica é muito comum e consiste em seleccionar uma amostra da população que seja acessível. Ou seja, os indivíduos utilizados neste estudo foram seleccionados porque estavam prontamente disponíveis e não porque foram seleccionados através de um critério estatístico. Esta conveniência representa uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem, porém tem como consequência a incapacidade de fazer afirmações gerais com rigor estatístico sobre a população.

1. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo consiste em 27 gravações em vídeo de sessões de psicoterapia de 9 psicoterapeutas (3 gravações de cada terapeuta). Esta amostra de vídeos provém de uma investigação de doutoramento a decorrer no ISPA-Instituto Universitário e em colaboração com as Universidades de Massachusetts, Universidade de Chicago e da Ochanomizu University, em Tóquio.

As gravações em vídeo destas sessões de psicoterapia foram, assim, fornecidas através de parcerias estabelecidas com três investigadores: Michael Constantino (2011, 2017) da Universidade de Massachusetts, Rhonda Goldman (2015) da Universidade de Chicago, e Shigeru Iwakabe (2009, 2000) da Ochanomizu University, Tóquio.

Constantino proporcionou o acesso a sessões filmadas de terapia cognitivo-comportamental, provenientes de um recente estudo extenso (Westra, Constantino, & Antony, 2016). Goldman deu acesso à base de vídeos da Universidade de York, onde vários estudos prévios com base neste material demonstraram a eficácia da terapia focada nas emoções (Greenberg, 2017). Finalmente, Iwakabe deu o acesso a uma recente base de vídeos proveniente de um estudo de eficácia a decorrer para o modelo psicodinâmico-experiencial AEDP (Fosha, 2000).

2. Instrumentos

2.1 Escala de Persuasão

Para a recolha de dados relevantes para este estudo, foi criada pelos investigadores deste projeto uma nova escala de persuasão: a Psychotherapy Persuasiveness Scale (PPS). Esta escala foi construída devido à inexistência de um instrumento dedicado à avaliação dos níveis de persuasão do psicoterapeuta segundo a perspetiva de um observador externo. Ao longo do processo de construção, esta escala foi sofrendo algumas alterações, tendo sido composta, inicialmente, por 22 itens e posteriormente reduzida para 20 itens. Os itens são avaliados numa escala tipo likert de 0 a 3, A pontuação máxima (*score*) máximo é de 600 e a pontuação mínima 0. (Anexo X – Escala de Persuasão: Psychotherapy Persuasiveness Scale (PPS)). Em relação à fiabilidade, a escala fornece estimativas fiáveis correspondendo a um índice do alfa de Chronbach de 0.76.

Os critérios de inclusão dos itens prendem-se essencialmente com o facto de respeitarem as condições para a existência de uma atitude persuasiva do psicoterapeuta, com base na literatura relevante em efeitos de influência social (Heppner & Claiborn, 1989; Frank & Frank, 1991). A escala é aplicada em excertos de 5 minutos, isto é, todos os itens são codificados para cada excerto de 5 minutos observados na gravação da psicoterapia. Por outras palavras, estes itens pretendem dar resposta à questão: “quão persuasivo foi o psicoterapeuta ao longo dos últimos 5 minutos?” e, assim, na tentativa de dar resposta a esta questão surgiram duas condições principais que, por sua vez resultaram em dois tipos de itens: 1) itens que efetivamente avaliam o nível de persuasão do psicoterapeuta ao longo de um intervalo de 5 minutos, como é caso exemplo do item 5: “*Therapist states directly what’s wrong with the client*” e 2) itens que constituem um

pré-requisito necessário para que o terapeuta possa introduzir um racional clínico. Por outras palavras, certos itens que não estão diretamente relacionados com o nível de persuasão do terapeuta mas sem os quais seria difícil a introdução de um racional clínico, como é, por exemplo, o caso do item 1: “*Therapist mostly guides Client’s attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)*”.

Ainda em relação ao tipo de itens, desta vez em relação à pessoa avaliada, estes podem dividir-se em dois grupos: 1) itens que dizem respeito ao psicoterapeuta, isto é, avaliam diretamente o nível de persuasão identificado nas respetivas intervenções e 2) itens que dizem respeito ao cliente, por outras palavras, itens através dos quais é medido o efeito da persuasão por parte do psicoterapeuta, através da avaliação comportamental verbal e não-verbal do cliente. Importa clarificar que para além da atitude ou comunicação persuasiva do terapeuta, a persuasão se estende até ao impacto da mensagem no receptor, neste caso, o cliente. À semelhança do que acontece com a empatia, a investigação em psicoterapia sugere que a empatia do terapeuta só tem verdadeiramente valor quando o terapeuta se sente empatizado por, e não apenas por o terapeuta ter um certo tipo de comportamentos. Assim, a pertinência em incluir marcadores referentes ao receptor (cliente) justifica-se por se poder inferir que estes estão necessariamente relacionados com o impacto da atitude ou comunicação persuasiva do terapeuta.

No que diz respeito à cotação propriamente dita, ainda que os itens sejam avaliados numa escala tipo likert de 0 a 3, entende-se que a cotação deva incidir na qualidade do item em detrimento da quantidade. Assim, a pontuação máxima (3) num item é atribuída quando o terapeuta intervém a um nível que se considera satisfatório, qualitativamente, cumprindo aquilo que o item designa, independentemente do número de intervenções. A pontuação mínima (0) é atribuída quando o comportamento designado no item em questão efetivamente não existiu e, por sua vez, as pontuações 2 (dois) e 1 (um) são atribuídas quando a intervenção não atingiu um nível satisfatoriamente suficiente, sendo que 1 (um) corresponde a um nível de satisfação inferior ao valor 2 (dois).

2.2 Avaliação de Sintomas - Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

As dados utilizados neste estudo para avaliar os resultados foram, em parte, extraídos através do SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R (Anexo 2), que é um inventário clínico de auto-avaliação composto por 90 itens, que se referem a problemas psicológicos ou queixas sintomáticas médicas e psiquiátricas, pretendendo obter-se uma medição do estado de sintomas psicológicos no momento presente (Marques, 2003). Os itens são pontuados através do método de Likert que vai de 0 a 4 pontos, correspondentes a “Nunca”, “Pouco”, “Moderadamente”, “Bastante” e “Extremamente” respectivamente, que avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e em três índices globais, apresentando-se validado tanto para uma população clínica como não clínica. Como dimensões entende-se um modo geral de comportamento ou uma espécie de facilidade para reagir, com um marcado grau de consistência, a um conjunto de situações, funcionalmente equivalentes para um indivíduo, sendo os índices globais desenvolvidos para fornecer índices sumários dos níveis de sintomatologia e perturbação psicológica, deste modo, o SCL-90-R permite proceder a uma interpretação dos resultados a nível global e dimensional do sintoma (Marques, 2003).

2.3 Penn State Worry Questionnaire PSWQ

O Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) é uma escala de autorrelato desenvolvida por Meyer e colaboradores (1990), para avaliar o tipo, frequência, intensidade e a tendência para que a preocupação seja generalizada e não restrita a um pequeno número de situações em populações adultas clínicas e não-clínicas. O PSWQ é constituído por 16 itens que avaliam a preocupação em populações clínicas e não-clínicas, 11 itens descritos positivamente em relação ao fator preocupação e cinco itens invertidos que caracterizam a maneira como o indivíduo gere a preocupação (Meyer et al., 1990). A pontuação total é obtida somando todas as pontuações dos 16 itens, sendo que resultados elevados representam níveis de preocupação patológica (Borkovec, 1990). Todos os itens são cotados numa escala tipo Likert com 5 pontos, desde 1 ("nada típico de mim") até 5

("muito típico de mim"). No que concerne à consistência interna da escala original os valores obtidos nos estudos realizados indicaram muito bons níveis de fidelidade que variam entre valores de alfa de Cronbach 0,91 – 0,95.

2.3 Procedimento

A amostra de gravações de sessões psicoterapêuticas utilizadas neste estudo, provenientes de uma parceria entre múltiplas universidades, foi escolhida aleatoriamente entre as gravações disponíveis. Como foi referido anteriormente, foram escolhidas 27 gravações, pertencentes a 9 psicoterapeutas, contabilizando assim 3 sessões por psicoterapeuta, que por sua vez seguiam 3 referenciais teóricos diferentes, isto é. Assim, no total, foram analisadas 9 gravações de intervenções psicoterapêuticas que seguiam o referencial teórico cognitivo-comportamental; 9 gravações com o referencial teórico da teoria focada nas emoções; e finalmente, 9 sessões com o referencial teórico AEDP.

Numa primeira fase, as gravações foram analisadas com base na escala de persuasão e após essa análise procedeu-se à análise dos resultados quantitativos. Numa fase posterior, teve lugar uma leitura cuidadosa dos resultados terapêuticos dos acompanhamentos psicoterapêuticos em causa (medidos através das escalas SCL-90-R e PSWR), cujos dados foram fornecidos em conjunto com a amostra. Estes dados dizem respeito aos resultados terapêuticos no início e final de cada um dos 9 acompanhamentos. Com o objetivo de manter os critérios de confidencialidade e de privacidade, foram atribuídos códigos a cada um dos psicoterapeutas e respetivas sessões psicoterapêuticas.

A análise dos dados obtidos foi processada utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Os procedimentos estatísticos utilizados incluem modelos de regressão linear (após verificação dos devidos pressupostos de aplicação, nomeadamente ao nível da variância e distribuição normal dos erros, homogeneidade e homocedasticidade dos resíduos bem como ao nível da multicolinearidade das diferentes variáveis independentes envolvidas) e o teste Kruskal-Wallis para posterior identificação das variáveis onde existirão diferenças significativas (Maroco, 2007). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Por fim, importa referir que os resultados pré-intervenção e pós intervenção, obtidos através da escala PSWQ, e correspondentes ao Psicoterapeutas de abordagem cognitivo-comportamental (CBT T1, CBT T2, CBT T3) foram ajustados de forma a permitir uma análise fiável dos resultados obtidos. Este ajuste consistiu em diminuir em 1 (um) ponto os resultados obtidos, o que deriva do facto das duas escalas em questão serem diferentes em relação aos valores de medição da escala. Como foi referido anteriormente, a escala PSWQ é medida através de 5 itens, começando num “1” e terminado no “5”, por sua vez a escala SCLR-90-R, apesar de ser igualmente medida por 5 itens, inicia a sua medição no valor zero “0”. Esta alteração foi realizada para possibilitar uma futura comparação entre os resultados obtidos que, de outra forma, estaria comprometida e iria adulterar os resultados comparativos. Assim, de forma a não comprometer a análise posterior, os resultados obtidos na escala PSWQ foram adaptados a uma escala com uma medição de 0 a 4, resultando na redução dos resultados totais obtidos mencionada. Importa salientar que o valor dos ganhos terapêuticos não sofreu qualquer alteração durante este processo de adaptação, verificando-se apenas alterações nos casos dos resultados pré-intervenção e pós-intervenção dos psicoterapeutas de abordagem cognitivo-comportamental (por exemplo, onde se lê “2.5”, deveria ler-se “3.5”)

RESULTADOS

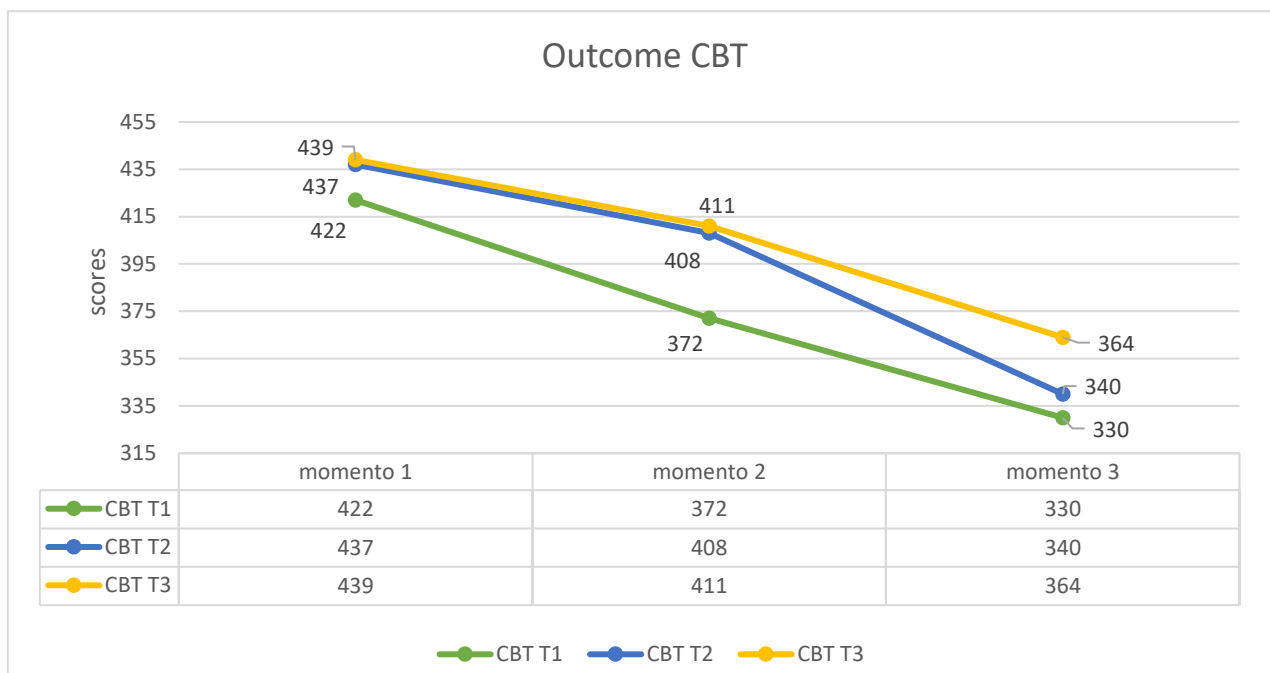
1. Análise dos resultados na escala de Persuasão

Os dados quantitativos deste estudo, recolhidos através da Escala de Persuasão, mostram-se discriminados nas figuras 1, 2, 3, 4 e 5. Na figura 6 encontra-se representados os resultados obtidos nas escalas SCL-90-R e PSWQ, antes da intervenção, após a intervenção e os ganhos terapêuticos (resultantes da subtração de ambos). A figura 7 representa os valores totais médios obtidos na escala de persuasão (que resulta da divisão do total médio acumulado por sessão pelo número de itens, neste caso 20) e os valores totais médios após a intervenção para posterior análise. Por fim, a figura 8 diz respeito

aos resultados obtidos através do SPSS, tendo por base os resultados terapêuticos obtidos nas escalas SCL-90-R e PSWQ.

1.1 Resultados da Abordagem Cognitivo-Comportamental

Figura 1: Resultados da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas CBT (CBT T1, CBT T2, CBT T3)

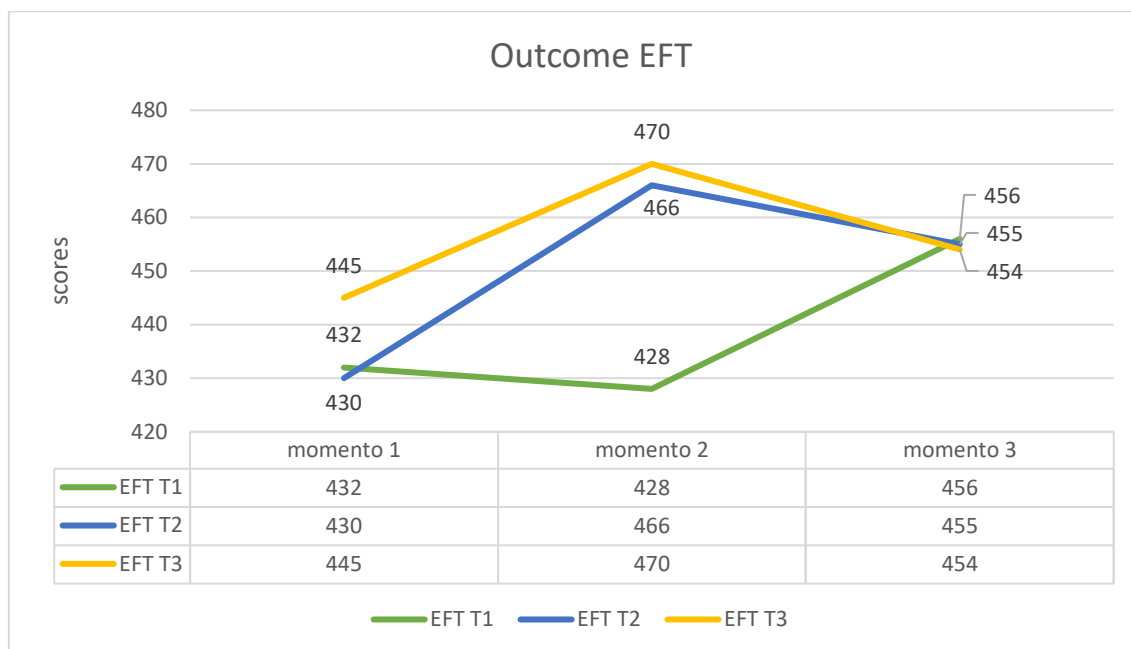


Na figura 1, é possível observar o resultado total obtido pelos psicoterapeutas T1, T2 e T3 de abordagem cognitivo-comportamental ao longo de 3 sessões psicoterapêuticas. Numa análise comparativa, é possível observar que os três psicoterapeutas em questão diminuíram os resultados na escala de persuasão do primeiro momento para o segundo momento e que, adicionalmente, diminuíram novamente do segundo momento para o terceiro momento.

O resultado mais elevado foi de 439 (CBT T3) correspondente a um primeiro momento e o resultado mais baixo foi de 330 (CBT T1), correspondente a um terceiro momento. Com base nestes resultados conclui-se, então, que houve uma diminuição generalizada dos resultados de persuasão nos 3 psicoterapeutas em causa, com base nas 9 sessões psicoterapêuticas analisadas, verificando-se uma diminuição significativa entre momentos.

1.2 Resultados da Abordagem Teoria Focada nas Emoções (EFT)

Figura 2: Resultados da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas EFT (EFT T1, EFT T2, EFT T3)

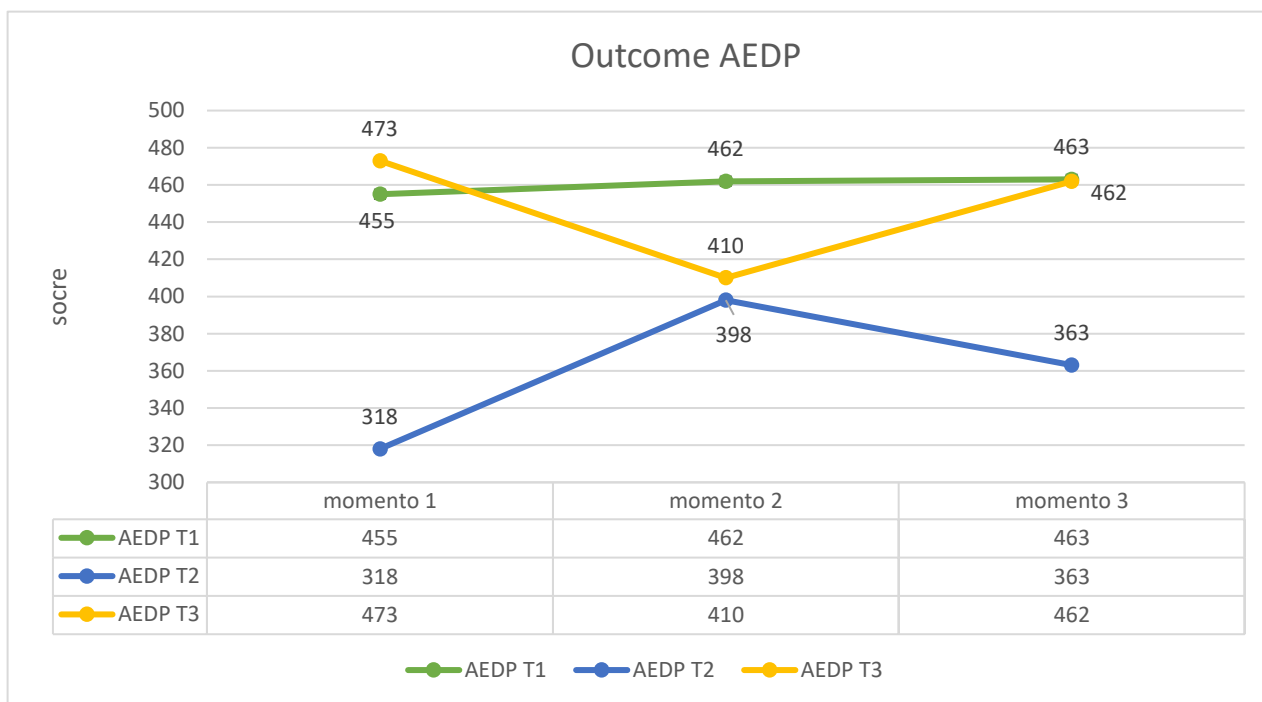


Na figura 2, é possível observar o resultado total obtido pelos psicoterapeutas T4, T5 e T6 que utilizaram uma abordagem com base na teoria focada nas emoções ao longo de 3 sessões psicoterapêuticas. Numa análise comparativa, é possível observar que dois dos psicoterapeutas em questão aumentaram os resultados na escala de persuasão do primeiro momento para o segundo momento mas que, no terceiro momento, diminuíram novamente, ainda que para um valor superior ao que estavam no primeiro momento. Contrariamente a estes, o psicoterapeuta IV (CBT T1) diminuiu ligeiramente do primeiro momento para o segundo mas aumentou consideravelmente num terceiro momento, obtendo uma pontuação semelhante à dos seus pares.

Assim, o resultado mais elevado foi de 470 (EFT T3) correspondente a um segundo momento e o resultado mais baixo foi de 428 (EFT T1), também correspondente a um segundo momento. Com base nestes resultados conclui-se, então, que nos 3 casos se verificou um momento entre o primeiro e o terceiro momento, ainda que, em dois destes casos, este valor vem de uma descida, tendo atingido o score mais elevado no segundo momento, ao contrário do valor apresentado pelo restante terapeuta, cuja pontuação mais baixa coincidiu precisamente com esse segundo momento.

1.3 Resultados da Abordagem psicodinâmico-experiencial (AEDP)

Figura 3: Resultados da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas AEDP (AEDPT1, AEDP T2, AEDP T3)



Na figura 3, é possível observar o resultado total obtido pelos psicoterapeutas de abordagem psicodinâmico-experiencial (AEDP) ao longo de 3 sessões psicoterapêuticas. Numa análise comparativa, é possível observar que os três psicoterapeutas em questão apresentam valores na escala de persuasão e variações ao longo destes momentos, diferentes entre si. Os resultados obtidos permitem observar que num dos casos (AEDP T1) o valor obtido na escala de persuasão sobe nos dois momentos (ainda que do segundo momento para o terceiro seja uma diferença mínima), noutra caso (AEDP T2) existe uma subida consideravelmente num primeiro momento mas no terceiro momento volta a descer novamente e, por fim, o nono terapeuta (AEDP T3) apresenta uma diminuição entre o primeiro momento e o segundo momento, mas volta a subir no terceiro momento, atingindo um valor semelhante ao valor de um dos seus pares (AEDP T1).

Assim, o resultado mais elevado foi de 473 (AEDP T3) correspondente a um primeiro momento e o resultado mais baixo foi de 318 (AEDP T2), correspondente também a um primeiro momento. Com base nestes resultados conclui-se, então, a

heterogeneidade da evolução dos resultados obtidos na escala de persuasão por parte dos psicoterapeutas da abordagem AEDP, verificando-se comportamentos singulares em cada um dos casos.

1.4 Resultados finais da Escala de Persuasão

Figura 4: Resultados Totais Acumulados na Escala de Persuasão ao longo dos três momentos

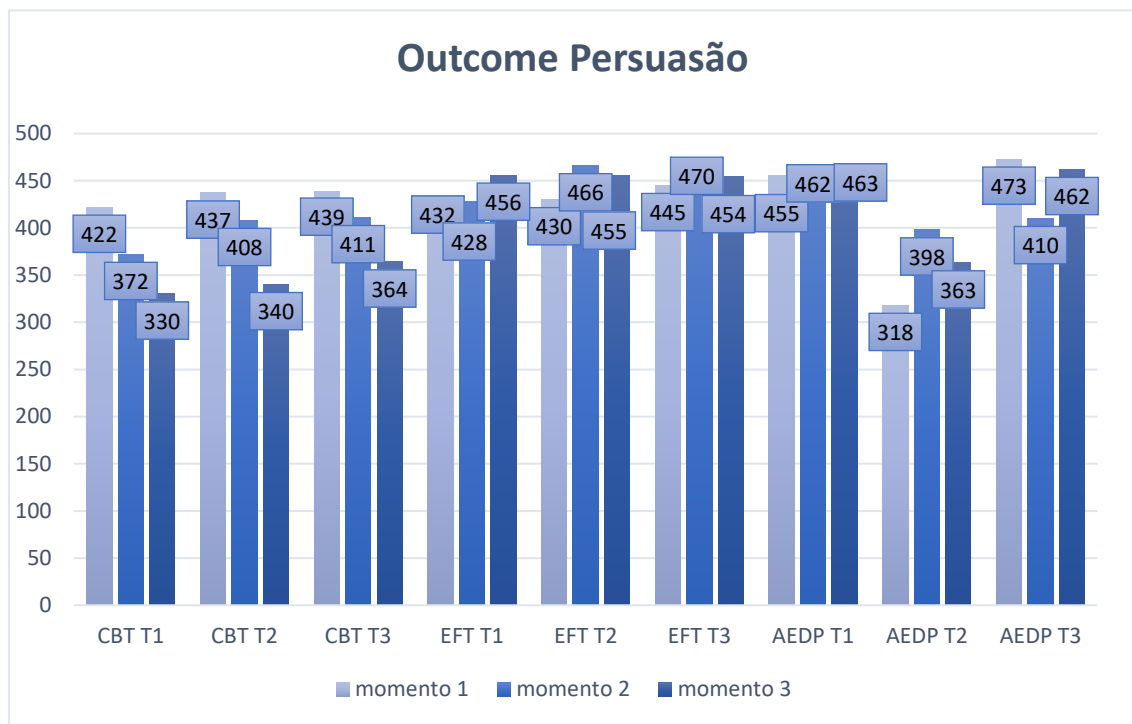


Figura 5: Resultados totais médios por sessão da Escala de Persuasão dos Psicoterapeutas por ordem decrescente

Terapeutas	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão	Média (p/sessão)
AEDP T1	455	462	463	460
EFT T3	445	470	454	456.3
EFT T2	430	466	455	450.3
AEDP T3	473	410	462	448.3
EFT T1	432	428	456	438.6
CBT T3	439	411	364	404.6
CBT T2	437	408	340	395
CBT T1	422	372	330	374.6
AEDP T2	318	398	363	359.6

Na figura 5 é possível observar as pontuações obtidas pelos 9 psicoterapeutas na escala de persuasão ao longo dos três momentos, bem como a média de pontos obtidos

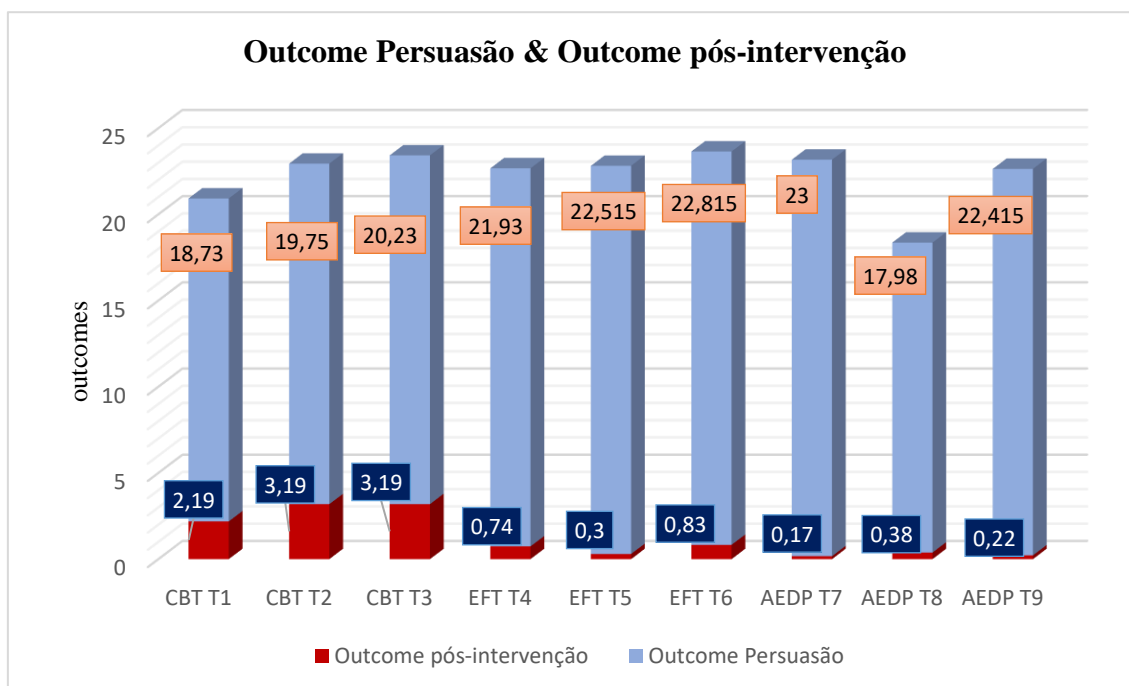
por sessão, critério pelo qual se encontram ordenados. Podemos constatar que, comparativamente, o resultado mais elevado mas também o resultado mais baixo obtido na escala de persuasão pertencem a psicoterapeutas de abordagem AEDP, 473 pontos e 318, respetivamente. No que diz respeito aos valores médios por sessão, é possível constatar novamente que os extremos pertencem novamente à abordagem AEDP, na qual se insere o psicoterapeuta que obteve o resultado mais elevado ao longo dos três momentos (AEDP T7 - 460) e também o psicoterapeuta com o valor mais baixo (AEDP T8). No que diz respeito aos restantes elementos da tabela, é possível observar que psicoterapeutas de abordagem cognitivo-comportamental são os únicos com uma variação do valor obtido no mesmo sentido, neste caso uma diminuição, o que faz com que, no geral, sejam o grupo de psicoterapeutas com os valores mais baixos, por comparação com os seus pares. Por sua vez, os psicoterapeutas de abordagem de teoria focada nas emoções acabam por obter os resultados mais elevados por comparação com os seus pares, apesar de, como já foi referido anteriormente, o resultado mais elevado em sessão e o resultado mais elevado em média por sessão pertencerem ambos a psicoterapeutas de abordagem AEDP.

2. Resultados da Intervenção

Figura 6: Resultados Terapêuticos Totais dos Psicoterapeutas nas escalas PSWQ e SCL-90-R

Psicoterapeutas	Outcome pre	Outcome pos	Outcome final
CBT T1	3.813	2.185	1.628
EFT T2	1.33	0.3	1.03
AEDP T3	1.16	0.22	0.94
EFT T1	1.56	0.74	0.82
EFT T3	1.44	0.83	0.61
CBT T2	3.75	3.19	0.56
AEDP T2	0.91	0.38	0.53
AEDP T1	0.678	0.17	0.5
CBT T3	3.656	3.187	0.469

Figura 7: Resultados Totais (em média) da escala de Persuasão e Resultados Terapêuticos obtidos pós-intervenção



A figura 6 indica os resultados terapêuticos dos 9 terapeutas que fizeram parte da amostra deste estudo, tendo sido fornecidos em conjunto com as gravações em vídeo das sessões psicoterapêuticas. No caso dos terapeutas de abordagem cognitivo-comportamental, os resultados foram obtidos através da escala Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Os restantes resultados terapêuticos (dos terapeutas de teoria focada nas emoções e AEDP) foram obtidos através do SCL-90-R. Estes resultados terapêuticos foram recolhido em dois momentos: antes da intervenção terapêutica (Outcome pre) e no final da intervenção terapêutica (Outcome pos), sendo o resultado final da intervenção (Outcome final) resultante da subtração dos resultados antes e depois da intervenção, de forma a avaliar o efeito da mesma nos diferentes casos. Analisando esta tabela, é possível observar que o resultado terapêutico mais acentuado pertence a um terapeuta de orientação cognitivo-comportamental, com o valor 1.628 (CBT T1). Por sua vez, o resultado terapêutico que revela a sintomatologia mais baixa no final da intervenção, com o valor de 0.17 pertence a um terapeuta de orientação AEDP (AEDP T7).

3. Resultados obtidos na Regressão linear

Figura 8: Resultado da Regressão Linear

Modelo	R	R quadrado		Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
			ajustado		
1	,523 ^a	,274	,170	,34146	1,809

a. Preditores: (Constante), p

b. Variável Dependente: outcomeddi

Como foi referido anteriormente, pretendeu-se, através do SPSS, averiguar o valor preditor da persuasão em relação aos resultados terapêuticos, isto é, se através dos valores obtidos na escala de persuasão é possível prever os resultados terapêuticos obtidos (outcome final). Para isto foi realizada uma regressão linear, através da qual foi possível extrair os resultados observáveis na figura 6. Os resultados indicam um coeficiente de correlação (coeficiente de Perason) de 0.523, isto é, sensivelmente 52%, um valor considerado moderado. Por sua vez, o resultado do coeficiente de correlação ao quadrado (R quadrado) é 0.17 (17%), cuja interpretação é que 17% representa a percentagem de variação dos resultados terapêuticos que é explicada pela persuasão. Importa ainda mencionar o valor do teste Durbin-Watson, nomeadamente no que diz respeito aos pré-requisitos, que é o facto de não haver auto-correlação entre os resíduos, por outras palavras, que estes resíduos sejam independentes. O valor do teste deve ter um valor preferencialmente próximo de 2, aceitando-se que este se encontre numa faixa entre 1.5 e 2.5, assim sendo, este pré-requisito foi atendido. Assim, esta regressão linear mostrou que a persuasão é capaz de prever os resultados terapêuticos em 17% { $F(1, 7) = 2.638$, $p < 0.01$; $R^2 = 0.17$ } (Anexo X – ANOVA: regressão linear).

DISCUSSÃO

1. Discussão dos resultados

Primeiramente, em relação aos resultados obtidos na escala de persuasão, os resultados provaram que existem diferenças entre os vários terapeutas, verificando-se alguma ambiguidade nos resultados. Por um lado, à semelhança do que se verifica nos resultados terapêuticos, ou seja, na eficácia em psicoterapia, não é possível afirmar que os resultados em termos de persuasão se encontram diretamente relacionados com as diferenças entre as diferentes abordagens terapêuticas. Por outras palavras, nenhum modelo teórico apresenta resultados significativamente superiores por comparação com os restantes. Um exemplo presente neste estudo que espelha na perfeição a ausência desta correlação são os resultados obtidos na escala de persuasão dos terapeutas de abordagem AEDP, que obtiveram o melhor e o pior resultado, respetivamente, ao longo de 3 sessões. Novamente, à semelhança do que acontece na eficácia em psicoterapia, neste caso, a pessoa do terapeuta parece ser um fator que justifica a variância obtida nos resultados obtidos na escala de persuasão, em detrimento do modelo teórico.

Todavia, complementarmente à análise anterior, importa referir que nas restantes abordagens os resultados também apontam no sentido de existir alguma homogeneidade nos resultados obtidos na escala de persuasão para terapeutas da mesma abordagem teórica. Ou seja, quer nos resultados obtidos pelos psicoterapeutas de abordagem cognitivo-comportamental, quer no grupo de EFT, os resultados obtidos nestes subgrupos são relativamente semelhantes entre si. Mais concretamente, com a exceção do terapeuta com o pior resultado de abordagem AEDP que ficou em último lugar, os três piores resultados na escala de persuasão pertencem a psicoterapeutas de abordagem cognitivo comportamental, com resultados bastante uniformes entre si. Paralelamente, os resultados obtidos pelos psicoterapeutas de EFT também são relativamente idênticos, contudo, neste caso os resultados assemelham-se aos resultados também obtidos pelos psicoterapeutas de abordagem AEDP.

Assim, tendo em conta os resultados obtidos na escala de persuasão, é possível concluir que um psicoterapeuta pode ser persuasivo através de formas distintas, não existindo inequivocamente uma única abordagem teórica e/ou técnica específica que permita uma clara valorização da introdução de um racional clínico acima de todas as outras formas. Todavia, estes resultados também indicam que podem existir abordagens

teóricas e/ou técnicas específicas que produzem resultados sistematicamente inferiores ao nível da persuasão, comparativamente com os seus pares.

Ainda em relação aos resultados obtidos pelos psicoterapeutas na escala de persuasão ao longo das sessões, importa referir que existiram diferenças no decorrer dos três momentos de observação. Comparativamente, aparenta existir uma certa tendência nos psicoterapeutas de abordagem cognitivo-comportamental para obterem resultados progressivamente inferiores ao longo do tempo. Por outro lado, nas restantes abordagens o nível de persuasão apresenta flutuações do primeiro momento para o segundo momento, e, por sua vez, do segundo momento para o terceiro momento.

As diferenças encontradas ao nível da flutuação de valores obtidos na escala de persuasão, ao longo dos três momentos de avaliação, parecem particularmente pertinentes quando são tidos em conta os resultados terapêuticos obtidos no fim das respetivas intervenções. Com base nestes resultados e com as devidas limitações envolvidas (e as implicações associadas), parece existir uma ligação entre o decréscimo constante dos valores obtido na escala de persuasão nos psicoterapeutas e os respetivos resultados terapêuticos, dados que são possíveis constatar quando temos em conta os resultados obtidos pelos psicoterapeutas de abordagem cognitivo-comportamental. Por outro lado, os restantes psicoterapeutas (EFT e AEDP) obtiveram valores na escala de persuasão que oscilaram entre a primeira e segunda sessões (em alguns casos descidas e outros subidas), sendo que o valor obtido no fim da terceira sessão terapêutica foi superior ao valor obtido num primeiro momento em 5 dos 6 casos, sendo que o único psicoterapeuta em que isto não se verifica é um caso onde, apesar de não se verificar um aumento do primeiro para o terceiro momento, nota-se uma significativa melhoria do segundo momento para o terceiro, com a nuance de que este primeiro momento diz respeito à pontuação mais elevada de entre todas (27) pontuações atribuídas.

Por sua vez, no que diz respeito aos resultados obtidos através da regressão linear, estes confirmam que os resultados obtidos na escala de persuasão se encontram associados aos resultados terapêuticos, mais concretamente aos ganhos em terapia (resultado obtido através da subtração dos resultados antes e após a intervenção), prevendo estes mesmos resultados em cerca de 17%, resultado estatisticamente significativo. Tendo em conta que já existia, previamente, uma associação indireta entre estes dois constructos (como foi referido anteriormente), estes resultados vêm assim

reforçar a importância da persuasão como uma capacidade interpessoal do terapeuta significativamente relevante no que diz respeito à eficácia em psicoterapia.

Importa ainda realçar a análise comparativa entre os resultados obtidos na escala de persuasão e resultados terapêuticos, que pode ser feita através de duas maneiras: 1) em primeiro lugar através dos resultados terapêuticos obtidos (outcome final), que resulta da subtração do resultado antes da intervenção pelo resultado pós-intervenção, por outras palavras, os ganhos terapêuticos ou 2) através do resultado terapêutico pós-intervenção, isto é, a sintomatologia final que os pacientes tinham efetivamente no fim da intervenção terapêutica.

Começando com a primeira via de análise, a comparação entre os dois resultados (persuasão e ganhos terapêuticos) revela uma correspondência fraca. Com a exceção do grupo de terapeutas de abordagem focada nas emoções, os resultados dos restantes psicoterapeutas diferem significativamente. Alguns dos exemplos que revelam menos concordância são os casos de, por exemplo: o CBT T1, que tem os ganhos terapêuticos mais acentuados mas que, todavia, tem um dos valores mais baixos na escala de persuasão e, contrariamente, o caso AEDP T1 que apresenta o melhor resultado na escala de persuasão mas apresenta um resultado bastante inferior ao dos seus pares em relação aos ganhos terapêuticos.

Contudo, se tivermos em conta a segunda linha de observação, isto é, se compararmos os resultados obtidos na escala de persuasão com o resultado terapêutico obtido no final da intervenção, o nível de concordância é significativamente maior. Na figura 7 é possível observar o resultado (por sessão) obtido na escala de persuasão de cada psicoterapeuta e o respetivo resultado pós-intervenção. Os resultados obtidos reforçam o facto de que psicoterapeutas com melhores resultados na escala de persuasão tem os resultados pós-intervenção melhores. Através de uma análise mais aprofundada, o resultado que mais se destaca é o caso do terapeuta AEDP 1, que obteve o resultado mais elevado (por sessão) na escala de persuasão (23) e os melhores resultados pós-intervenção (0.17). Com a exceção do psicoterapeuta AEDP T2, que tem um resultado na escala de persuasão baixo comparativamente com o respetivo resultado pós-intervenção, na figura, é possível constatar que a associação entre resultados na escala de persuasão e resultados pós-intervenção se estende aos restantes psicoterapeutas, com os três psicoterapeutas com os resultados mais baixos na escala de persuasão a serem também aqueles com os resultados mais elevados pós-intervenção (CBT T1, CBT T2 e CBT T3).

Em suma, os resultados desta investigação permitem uma compreensão mais aprofundada, ainda que limitada, da natureza desta capacidade interpessoal facilitadora - a persuasão. Os resultados obtidos apontam no sentido de que a utilização de uma atitude persuasiva em intervenções psicoterapêuticas eficazes encontra-se tendencialmente associada a oscilações entre as várias sessões terapêuticas, existindo momentos no espaço terapêutico em que faz mais sentido a introdução de um racional clínico que promova a saúde e bem-estar do cliente do que outros. Contudo, nas psicoterapias eficazes, é observável que esse racional é constantemente renovado e reintroduzido de forma a dar resposta às perturbações e necessidades do cliente, com intenção de promover a respetiva saúde e bem-estar. Contrariamente, os psicoterapeutas que atingem níveis de persuasão inferiores podem estar associados a resultados terapêuticos menos eficazes, seja pela progressiva diminuição de reintrodução de um racional clínico ou por algumas técnicas específicas congruentes com o modelo teórico correspondente.

2. Limitações do estudo

Como principais limitações da presente investigação, importa realçar:

- Dimensão da amostra: apesar de ser um número considerável, é, ainda assim, escasso se for tido em conta um cenário de generalização dos resultados aqui apresentados,

- Validade da escala de persuasão: a utilização de um instrumento que nunca foi utilizado previamente carece, necessariamente, de trabalho futuro, investigação e validação.

3. Sugestões para investigações futuras

- Nesta investigação foram utilizados vídeos de sessões terapêuticas de três modelos teóricos distintos e isso provou ser pertinente para os resultados obtidos, de forma que seria interessante conseguir utilizar uma amostra com o maior número possível de representantes de diferentes abordagens teóricas;

- Tendo em conta a ausência de estudos dedicados ao estudo da persuasão em psicoterapia, seria interessante replicar esta investigação utilizando um novo instrumento de forma a comparar os resultados obtidos;

- Ainda que, inicialmente, não fosse um objetivo central desta investigação, a comparação entre os ganhos terapêuticos e os resultados após-intervenção produziram resultados muito pertinentes para este estudo quando comparados com os valores obtidos na escala de persuasão. Desta forma, seria interessante observar, no futuro, se existe, sistematicamente, uma maior associação dos valores de persuasão com os valores pós-intervenção em detrimento dos ganhos terapêuticos.

CONCLUSÃO

Tendo em conta os objetivos deste estudo, em que se pretendeu explorar de que forma a persuasão do psicoterapeuta pode influenciar os resultados terapêuticos, é possível constatar que esta se trata de uma área de investigação recente e pouco explorada.

Desta forma, a presente investigação procurou desmistificar o papel da persuasão em psicoterapia, tentando, em parte, colmatar as diversas lacunas encontradas na literatura e contribuir para as linhas de investigação que se dedicam ao papel que as competências interpessoais facilitadoras podem ter no processo terapêutico, mais concretamente, a persuasão.

Num contexto de investigação científica, aquilo que se tem verificado é que a atitude persuasiva do terapeuta no contexto clínico se trata de uma competência que tem sido negligenciada quando é feita a comparação com outras competências, tais como a capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica ou o estabelecimento de objetivos para a intervenção, onde a existência de linhas de investigação dedicadas a estas competências são abundantes.

Sendo que, uma das principais conclusões que esta investigação permite retirar é que, apesar de existir um número bastante reduzido de estudos dedicados à persuasão em psicoterapia, o impacto que este constructo parece ter nos resultados terapêuticos é bastante significativo. À semelhança de um conjunto de recentes estudos que se dedica à eficácia em psicoterapia, também esta investigação visou responder à pergunta “o que faz

com que um terapeuta seja mais eficaz?”. Essa resposta parece agora incompleta sem mencionarmos a capacidade do terapeuta em introduzir um racional clínico que seja promotor do bem-estar do cliente, medido pela sua capacidade de persuasão.

Assim sendo, as implicações deste estudo vão no sentido de uma valorização da transmissão de um racional clínico no contexto terapêutico, que poderia materializar-se através de treino e supervisão de psicoterapeutas, concretamente com o intuito de desenvolver esta competência. Os resultados deste estudo apontam no sentido de que o impacto de um racional clínico pode ser mediado pela atitude persuasiva do terapeuta, produzindo um efeito que pode ser mais ou menos significativo no cliente, o que, por sua vez, resulta na prática (ou ausência) de atividades promotoras da sua saúde e bem-estar.

Por fim, apesar das conclusões pertinentes para futuras investigações, este estudo levanta várias questões que ficam por responder, nomeadamente quais os mecanismos inerentes à persuasão e de que forma podem impactuar os resultados terapêuticos, que em grande parte ainda são desconhecidos. Por outras palavras, sabemos que a persuasão poderá conduzir a efeitos positivos significativos ao nível da transmissão de um racional clínico, mas ainda não existe uma teoria adequada para explicar o porquê deste efeito.

REFERÊNCIAS

- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., & Nalven, T. (2017). The influence of expectancy persuasion techniques on socially anxious analogue patients' treatment beliefs and therapeutic actions. *International Journal of Cognitive Therapy, 10*, 187–205. doi:10.1521/ijct.2017.10.3.187
- Anderson, T., Patterson, C., & Weiss, A. C. (2006). *Facilitative Interpersonal Skills Performance Analysis Rating Method*. Ohio University, Unpublished Manuscript.
- 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*
- Anderson, T., Crowley, M. E., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, Advance online publication. doi:10.1080/10503307.2015.1049671
- Anderson, T., Crowley, M. J., Himawan, L., Holmberg, J., Uhlin, B. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*, 511-529. doi:10.1080/10503307.2015.1049671
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research, 25*(3), 330-347.
- Armstrong, C. R. (2013). Towards an understanding of the theoretical relationship: Narrative processes and Facilitative Interpersonal Skills in psychotherapy provided by trainee therapists. Unpublished doctoral dissertation. McGill University, Montreal
- Ashar, Y. K., Chang, L. J., & Wager, T. D. (2017). Brain mechanisms of the placebo effect: An affective appraisal account. *Annual Review of Clinical Psychology, 13*, 73–98 doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093015.

- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and Methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (6^a ed., p. 258–297). John Wiley & Sons
- Benedetti, F. (2014). *Placebo effects: Understanding the mechanisms in health and disease* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 118-135.
- 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.). *Therapist effects: Toward understanding how and why some therapists are better than others* (pp.13–36). Washington: American Psychological Association.
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E., Kok, G. D., Bockting, C. L., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of affective disorders*, 174, 400-410.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25, 6-19.
- Budge, S. L. (2015). The effectiveness of psychotherapeutic treatments for personality disorders: A review and critique of current research practices. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(2), 191.
- Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202–210. doi:10.1177/1754073912451630
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*

- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects. American Psychological Association.
- Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt JJ, Carter R, Mihalopoulos C. 2017. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 210:333–41
- Chow, D., & Miller, S. D. (2015). Taxonomy of deliberate practice activities worksheets. International Center for Clinical Excellence (ICCE).
- Chow, D., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52, 337-345. doi:10.1037/pst0000015
- Chow, D. (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). Washington, DC, USA: American Psychological Association
- Constantino, M. J., Višlā, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55, 473–485. doi:10.1037/pst0000169.supp
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, et al. 2016. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 43:128–41
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., 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).

- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 130-140.
- Cuijpers, P., Reijnders, M. & Huibers, M. (2018a) The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *The Annual Review of Clinical Psychology 15:5.1–5.25* doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424
- Cuijpers, P., Reijnders M., Karyotaki, E., de Wit L. & Ebert D. (2018b) Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders*. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.050
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., German, R. E., Fournier, J. C., & Forand, N. R. (2014). Understanding processes of change: How some patients reveal more than others—and some groups of therapists less—about what matters in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 24*, 419–428. <http://doi:10.1080/10503307.2013.838654>
- Dinger, U., Zimmermann, J., Masuhr, O., & Spitzer, C. (2016, December 19). Therapist Effects on Outcome and Alliance in Inpatient Psychotherapy: The Contribution of Patients' Symptom Severity. *Psychotherapy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000059>
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Cuijpers, P. (2015a). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical psychology review, 42*, 1-15.
- Driessen, E., Hollon, S. D., Bockting, C. L., Cuijpers, P., & Turner, E. H. (2015b). Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. *PloS one, 10*(9), e0137864.
- Duncan, B. L. (2015). The person of the therapist: One therapist's journey to relationship. In K. J. Schneider, J. F. Pierson, & J. F. Bugental (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology: Theory, Research, and Practice* (pp. 457- 472). Thousand Oaks, CE: Sage.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy, 55*, 399 – 410. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000175>

- Erekson, D. M., Lambert, M., & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1-11.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(6), 1108
- Flückiger, C., Del Re, A. C., & Wampold, B. (2015). The sleeper effect: Artifact or phenomenon-A brief comment on Bell et al. (2013) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015 Apr;83(2):438-42; discussion 443-4. doi: 10.1037/a0037220
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Rev. Ed. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comprehensive study of psychotherapy* (3ª edição). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gerger H, Munder T, Gemperli A, Nüesch E, Trelle S, et al. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychol. Med.* 44:3151–64
- Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J. Behav. Med.* 38:348–62
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016a). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000131>
- Goldstein, P., Weissman-Fogel, I., & Shamay-Tsoory, S. G. (2017). The role of touch in regulating inter-partner physiological coupling during empathy for pain. *Scientific Reports*, 7. doi: 10.1038/s41598-017-03627-7.

- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research, 25*(4), 408-419.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, V., & Pinsof, W. M. (2015). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research, 25*(3), 348-364
- Heppner, P. P., & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of counseling psychology, 36*(3), 365.
- Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist, 72*(6), 517–530. doi:10.1037/amp0000103.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 227–237. Doi:/10.1177/1745691614568352.
- Hovland, C. I., Janis, I., & Kelley, H. H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, Leucht C, Samara M, Dold M, Davis JM, Leucht S (2014) Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry 71*:706–715. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112
- Imel Z., Sheng E., Baldwin S. & Atkins D. (2015) Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2015 Sep;52(3):329-36. doi: 10.1037/pst0000023.
- Johns, R.G., Barkham, M., Kellett, & Saxon, D. (2018) *A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review*. *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358
- Kemp, J. J., Lickel, J. J., & Deacon, B. J. (2014). Effects of a chemical imbalance causal explanation on individuals' perceptions of their depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 56*, 47-52. doi:10.1016/j.brat.2014.02.009

- Kirsch, I., Wampold, B. E., & Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills? *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 121–131. doi:10.1037/cns0000065
- Lambert, M. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^a ed., pp. 169-218).
- Lambert, M. J. (2013b). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergins and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^a ed., pp. 3-20). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013c). Evaluating the ingredients of therapeutic efficacy. In M. Lambert (Ed.), *Bergins and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^a ed., pp. 169-340). John Wiley & Sons, Inc. 65
- Lambert, M. J. (2013d). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51
- Lambert, M. J. (2015) Effectiveness of Psychotherapeutic Treatment.. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55, 520 –537. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000167>
- 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. doi:10.1037/a0034332
- Leichsenring, F., Klein, S., & Salzer, S. (2014). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 89-130.
- Lutz, W., & Barkham, M. (2015). Therapist effects. In R. Cautin & S. Lilienfeld (Eds.), *Encyclopedia of clinical psychology* (1-6). Wiley-Blackwell. DOI: 10.1002/9781118625392.wbecp109

- Marcus, D. K., Bell, E. C., & Mercer, S. H. (2015). Adding components improves treatment outcomes: Reply to Flückiger et al. (2015). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 443-444. doi:/10.1037/ccp0000012
- McMain, S., Newman, M. G., Segal, Z. V., & DeRubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research, 25*(3), 321-329
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy, 52*, 449-457. doi:http://dx.doi.org/10.1037/pst0000031
- Miller, S., Hubble, M. & Chow, D. (2018) The Question of Expertise in Psychotherapy *Journal of Expertise* 2018. Vol. 1(2)
- Mooney, T. K., Gibbons, M. B., Gallop, R., Mack, R. A., & Crits-Christoph, P. (2014). Psychotherapy credibility ratings: Patient predictors of credibility and the relation of credibility to therapy outcome. *Psychotherapy Research, 24*, 565–577. Doi:10.1080/10503307.2013.847988
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F ...& Bruce Wampold, B. (2018) Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression *Epidemiology and Psychiatric Sciences* DOI: 10.1017/S2045796018000355
- Nissen-lie, H., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. (2012). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 1-19*.
- Nissen-Lie, H., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havick, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.

- Norcross, J., Lambert, M. J. (2018) Psychotherapy Relationships That Work III
Psychotherapy Theory Research & Practice 55(4):303-315
 DOI: 10.1037/pst0000193
- Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J. Psychiatr. Res.* 47:33–41
- Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, et al. 2016. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 208:213–22
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology*, 61(2), 280.
- Owen, J., Duncan, B., Reese, R. J., Anker, M., & Sparks, J. (2014). Accounting for therapist variability in couple therapy outcomes: What really matters? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40, 488-502.
- Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kpta, M., Minami, T., & Miller, S. (2015a). Trajectories of change in psychotherapy. *Clinical Psychology*, 71, 817-827.
- Owen, J., Drinane, J. M., Idigo, K. C., & Valentine, J. C. (2015b). Psychotherapist effects in meta-analyses: How accurate are treatment effects? *Psychotherapy*, 52(3), 321–328.
- Owen, J., Wampold, B. E., Kopta, M., Rousmaniere, T., & Miller, S. D. (2016a). As good as it gets? Therapy outcomes of trainees over time. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 12–19 (PDF) *The Science of Training II: Prepracticum and practicum training*.
- Owen, J., Tao, K. W., Drinane, J. M., Hook, J., Davis, D. E., & Kune, N. F. (2016b). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47, 30–37. doi:10.1037/pro0000046

- Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. 2018. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *BJPsych. Adv.* 24:2
- Prescott, D., Maeschalck, C., & Miller, S. D. (Eds.) (2017). Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence. Washington, DC: American Psychological Association *The question of expertise in psychotherapy.*
- Roos, J., Werbart, A. (2013) Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review *Psychotherapy Research*, 23 (2013), pp. 394-418, doi:10.1080/10503307.2013.775528
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415. doi:10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica.* Lisboa: Fim de Século
- Shimokawa, K., Lambert, M.J. & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-Analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215–224. Doi:10.1037/h0020229
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–59. Doi:10.1037/a0028226
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207. doi:10.1037/a0037512
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal?. *American Psychologist*, 69(3), 218.

- Velthorst E, Koeter M, Van Der Gaag M, Nieman DH, Fett A-K, et al. (2015). Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol. Med.* 45:453–65
- Vîsla, A., Constantino, M. J., Newkirk, K., Ogrodniczuk, J. S., & Söchting, I. (2016, August). The relation between outcome expectation, therapeutic alliance, and outcome among depressed patients in group cognitivebehavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 1–11. Advance online publication. doi:10.1080/10503307.2016.1218089
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 115.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., ... & Hilsenroth, M. J. (2017a). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.
- Wampold, B. E. (2017b). What Should We Practice?. 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*. (p. 49-65). John Wiley & Sons.
- Wampold, B. E. (2017). What Should We Practice?. 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*. (p. 49-65). John Wiley & Sons.
- Wampold, B. E. (2018) The Therapeutic Value of the Relationship for Placebo Effects and Other Healing Practices. *International Review of Neurobiology*, Volume 139 Elsevier Inc. doi:10.1016/bs.irn.2018.07.019

Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A., Kring, M.,...Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54, 321–338

ANEXOS

ANEXO I

Regressão Linear da relação entre os índices globais do SCL-90-R, PSWQ e o Resultado Total de Persuasão da PPS

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	,308	1	,308	2,638	,148 ^b
	Resíduo	,816	7	,117		
	Total	1,124	8			

a. Variável Dependente: outcomeddi

b. Preditores: (Constante), p

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	2,604	1,124		2,316	,054	-,054	5,261
P	-,004	,003	-,523	-1,624	,148	-,011	,002

a. Variável Dependente: outcomeddi

Estatísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	N
Valor previsto	,5623	1,2312	,7873	,19608	27
Resíduo	-,56700	,39679	,00783	,32168	9
Erro Valor previsto	-1,148	2,264	,000	1,000	27
Erro Resíduo	-1,661	1,162	,023	,942	9

a. Variável Dependente: outcomeddi

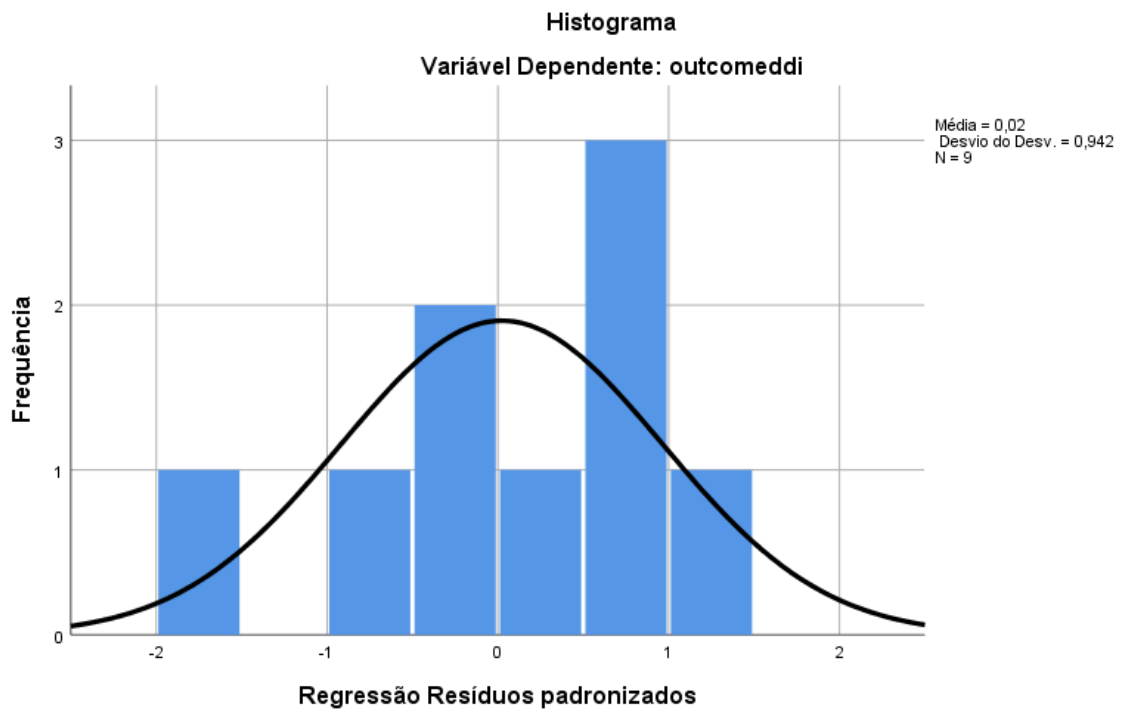
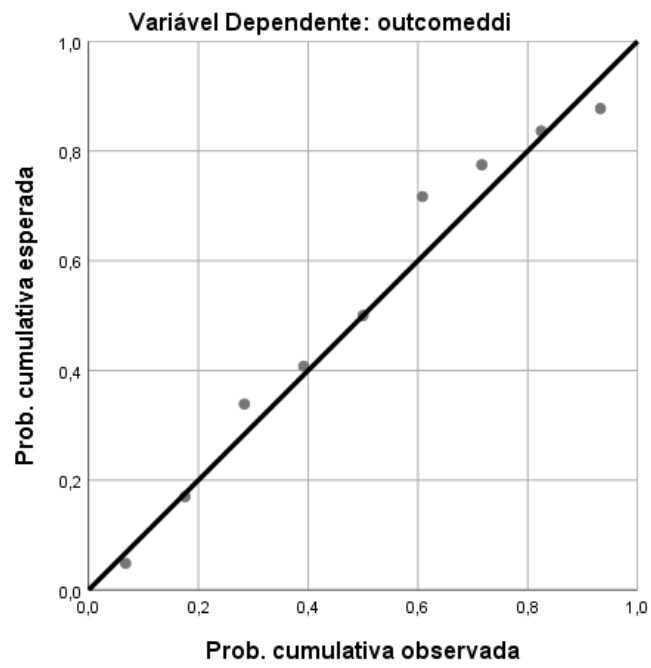


Gráfico P-P Normal de Regressão Resíduos padronizados



ANEXO II

RESULTADOS OBTIDOS NA ESCALA DE PERSUASÃO

<u>CBT T1 –M1: 422</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	3	2	0	3	3	2	2	2	1	21
T labels or helps label C's feelings	2	3	3	0	3	3	3	1	2	2	22
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	2	0	3	3	3	3	3	3	26
T states directly what's wrong with C	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	4
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	3	0	0	0	2	1	0	0	1	7
T states directly what to do about it	0	0	3	0	0	2	2	3	3	1	14
T links new perspective or behavior to future well being	0	2	3	0	0	2	0	3	1	1	12
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	3	3	0	3	3	3	3	2	2	22
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	28
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	3	0	0	3	0	0	3	3	12
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	1	3	3	0	3	3	3	3	3	3	25
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	3	0	0	3	3	3	3	3	18

<u>CBT T1 - M2: 372</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	0	3	3	2	3	3	1	2	0	0	17
T labels or helps label C's feelings	0	3	3	3	3	1	2	1	0	0	16
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	0	3	3	3	3	2	3	1	2	0	20
T states directly what's wrong with C	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	4
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	2	0	2	3	0	0	0	0	0	7
T states directly what to do about it	0	0	0	0	2	0	0	3	3	0	8
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	1	2	2	3	1	9
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	1	1	2	3	3	2	1	13
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	4
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	0	0	0	3	0	3	3	3	3	18
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	3	0	0	0	1	0	0	3	3	3	13

<u>CBT T1 – M3: 330</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	0	0	2	2	2	0	2	0	0	0	8
T labels or helps label C's feelings	0	2	1	2	2	1	1	0	0	2	11
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	0	0	2	3	3	3	2	2	0	0	15
T states directly what's wrong with C	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4
T states directly what to do about it	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	1	2	3	1	0	0	0	7
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	1	3	3	1	1	1	0	10
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	26
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	28
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28
(C) Nods head in agreement	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	24
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	6
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	0	0	3	3	3	3	3	3	3	0	21
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	18

<u>CBT T2 – M1: 437</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	28
T helps identify particular situations where C has problems	1	2	3	1	3	3	3	1	2	3	22
T labels or helps label C's feelings	1	1	2	1	3	2	1	3	0	2	16
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	2	2	1	0	2	3	2	1	2	3	18
T states directly what's wrong with C	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	6
T states directly what to do about it	0	0	0	3	0	3	0	1	3	3	13
T links new perspective or behavior to future well being	1	3	3	1	2	1	2	1	2	1	17
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	2	3	3	1	2	3	3	1	2	3	23
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	2	1	3	0	2	3	2	3	2	1	19
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	3	0	0	0	3	0	3	0	9
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	2	3	3	3	3	3	3	3	23

CBT T2 –M2: 408	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	1	2	3	3	3	3	1	1	0	1	18
T labels or helps label C's feelings	0	2	3	3	1	3	0	0	0	0	12
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	1	3	3	3	1	2	3	0	0	0	16
T states directly what's wrong with C	0	0	2	3	1	3	0	0	0	0	9
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	2	3	1	3	0	0	0	0	9
T states directly what to do about it	2	0	3	3	3	3	3	3	0	0	20
T links new perspective or behavior to future well being	3	0	0	3	1	2	3	3	0	0	15
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	3	0	3	3	3	3	3	3	1	1	25
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	5
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	28
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	28
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	29
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	26
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	27
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	2	0	3	3	3	2	2	2	2	2	21

CBT T2 – M3 :340	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	0	0	0	3	2	1	0	2	2	0	10
T labels or helps label C's feelings	0	0	0	3	3	1	0	0	0	0	7
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	6
T states directly what's wrong with C	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3
T states directly what to do about it	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	5
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	12
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	11
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	26
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
3(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	27
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	2	0	0	0	0	2	3	3	3	3	16

CBT T3 – M1: 439	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	28
T helps identify particular situations where C has problems	1	2	3	1	3	3	3	1	2	3	22
T labels or helps label C's feelings	1	1	2	1	3	2	1	3	0	2	16
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	2	2	1	0	2	3	2	1	2	3	18
T states directly what's wrong with C	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	2	0	3	1	1	3	0	2	12
T states directly what to do about it	0	0	0	3	0	3	0	1	3	3	13
T links new perspective or behavior to future well being	1	3	3	1	2	1	2	1	2	1	17
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	2	3	3	1	2	3	3	1	2	3	23
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	2	1	3	0	2	3	2	3	2	1	19
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	29
Appears confident	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	29
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	29
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	29
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	3	0	0	0	3	0	0	3	9
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	2	3	3	3	3	3	3	3	23

CBT T3 – M2: 411	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	1	2	2	1	1	3	3	3	2	2	20
T labels or helps label C's feelings	0	1	3	1	1	2	2	1	0	2	13
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	0	3	3	3	3	1	0	1	1	0	15
T states directly what's wrong with C	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	4
T states directly what to do about it	1	1	3	2	2	2	2	3	3	3	22
T links new perspective or behavior to future well being	1	1	3	3	3	3	2	2	1	3	22
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	2	1	3	3	3	2	2	2	1	3	22
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	0	0	0	3	0	1	0	3	7
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	15

CBT T3 – M3:364	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
T helps identify particular situations where C has problems	0	1	3	2	0	3	2	3	3	0	17
T labels or helps label C's feelings	0	0	3	2	3	1	1	2	3	0	15
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	0	3	3	3	3	3	2	1	2	0	20
T states directly what's wrong with C	0	0	3	1	1	0	0	0	3	0	8
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	3	1	0	0	0	0	2	0	6
T states directly what to do about it	0	0	3	2	0	0	2	0	2	0	9
T links new perspective or behavior to future well being	0	1	0	0	0	0	3	0	2	0	6
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	1	0	0	0	0	3	0	3	0	7
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	5
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	28
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	28
(C) Nods head in agreement	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	27
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	26
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	1	0	0	0	0	3	3	2	2	1	12

EFT T1 – M1: 432	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	0	2	2	3	2	2	2	3	0	2	18
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	3	2	1	0	2	1	0	0	0	9
T states directly what to do about it	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
T links new perspective or behavior to future well being	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	3	2	0	0	1	0	2	3	3	3	17
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	1	1	1	2	1	0	1	2	0	3	12
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	12

<u>EFT T1 – M2: 428</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	28
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	28
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	0	2	2	2	3	2	2	0	3	3	19
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	2	1	1	3	2	2	0	0	0	11
T states directly what to do about it	0	2	3	3	1	3	2	0	0	0	14
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	3	3	3	3	3	3	2	0	3	23
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	7
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	2	1	1	1	1	2	2	2	1	16
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29
(C) Nods head in agreement	3	2	1	1	1	2	2	2	3	2	19
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	3	3	3	3	3	3	3	0	3	24

<u>EFT T1 – M3: 456</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	25
T states directly why it's wrong / unhelpful	1	0	0	2	2	3	3	2	2	1	16
T states directly what to do about it	0	0	0	2	2	2	2	0	2	3	13
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	2	0	0	3	3	3	3	0	2	3	19
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	0	0	2	2	2	2	1	2	11
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	26
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	28
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	3	3	3	3	0	2	3	17

<u>EFT T2 – M1: 430</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	28
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	29
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	0	3	2	3	3	3	3	3	2	2	24
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	3	2	3	0	2	3	1	0	0	14
T states directly what to do about it	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	5
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	1	2	1	2	0	2	0	3	3	3	17
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	2	3	0	3	2	3	0	0	0	13
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

<u>EFT T2 - M2: 466</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	2	3	3	3	2	3	3	2	1	3	25
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	3	3	0	0	3	2	2	0	3	16
T states directly what to do about it	0	2	1	0	0	0	3	1	1	2	10
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	3	2	2	3	10
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	1	1	1	0	2	3	3	3	14
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	1	2	2	1	3	3	3	2	2	2	21
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	1	1	1	0	0	0	1	3	3	10

<u>EFT T2 – M3: 455</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	28
T labels or helps label C's feelings	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	29
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29
T states directly what's wrong with C	3	1	2	0	3	3	0	2	3	3	20
T states directly why it's wrong / unhelpful	2	0	2	0	0	3	0	1	2	2	12
T states directly what to do about it	3	0	2	0	0	0	0	0	3	1	9
T links new perspective or behavior to future well being	1	0	3	0	0	0	2	0	1	2	9
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	2	2	3	0	3	1	2	3	2	3	21
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	1	2	2	0	0	2	3	1	3	2	16
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	1	0	0	0	3	0	0	2	0	0	6

<u>EFT T3 – M1:445</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	28
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	2	0	0	3	1	3	3	3	2	2	19
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	0	0	1	1	3	3	2	2	12
T states directly what to do about it	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	10
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	0	0	2	3	3	3	3	14
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	2	2	1	1	3	3	2	3	17
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	15

<u>EFT T3 – M2: 470</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	28
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	28
T states directly why it's wrong / unhelpful	1	0	2	3	3	3	2	2	2	2	20
T states directly what to do about it	0	0	0	0	3	2	2	1	2	2	12
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	0	3	2	3	2	3	3	16
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	2	2	3	3	3	2	2	3	2	22
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	29
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	3	2	2	3	3	2	15

<u>EFT T3 – M3: 454</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	27
T labels or helps label C's feelings	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	28
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	3	2	0	0	3	3	3	3	3	2	22
T states directly why it's wrong / unhelpful	1	2	0	0	0	3	3	3	3	2	17
T states directly what to do about it	0	0	0	0	0	2	3	3	2	2	12
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	0	2	3	3	3	3	3	17
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	1	0	0	0	2	3	3	3	3	3	18
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	29
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	29
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	29
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client states that T helped organize his/her emotional experience	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	3	3	3	2	2	3	16

AEDP T1 – M1: 455	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	1	1	3	1	2	2	1	2	2	3	18
T states directly why it's wrong / unhelpful	1	0	3	1	2	2	1	2	2	3	17
T states directly what to do about it	0	0	0	0	2	2	0	0	0	3	7
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	1	3	0	0	3	7
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	21
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	2	1	2	2	1	1	1	1	3	2	16
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	1	3	0	0	0	3	7

AEDP T1 – M2:462	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	28
T labels or helps label C's feelings	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	0	2	1	2	3	1	1	1	3	3	17
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	2	1	2	3	1	1	1	3	3	17
T states directly what to do about it	0	2	0	0	0	0	3	1	3	3	12
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	2	3	1	3	3	3	3	18
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	2	2	1	2	3	2	2	2	0	3	19
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	2	0	3	2	0	3	2	2	2	16

AEDP T1 – M3: 463	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	1	3	3	3	2	2	0	3	2	3	22
T states directly why it's wrong / unhelpful	1	2	3	3	2	2	0	3	1	3	20
T states directly what to do about it	1	0	3	2	0	0	2	2	0	3	13
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	2	3	0	2	0	1	1	3	12
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	2	3	3	3	2	2	2	1	3	3	24
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	3	0	0	0	0	0	2	0	1	6
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4

AEDP T2 – M1: 318	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	25
T helps identify particular situations where C has problems	0	0	2	3	3	2	2	0	1	0	13
T labels or helps label C's feelings	1	0	2	2	3	2	2	0	1	0	13
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	1	3	2	3	2	2	2	3	1	1	20
T states directly what's wrong with C	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	5
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
T states directly what to do about it	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	4
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	29
(C) Nods head in agreement	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	25
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

AEDP T2 – M2: 398	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	2	2	2	1	2	2	2	3	3	22
T labels or helps label C's feelings	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	26
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	1	1	1	0	3	3	3	3	3	3	21
T states directly what's wrong with C	0	0	2	1	2	3	3	1	0	0	12
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	6
T states directly what to do about it	0	0	0	2	2	0	3	0	0	0	7
T links new perspective or behavior to future well being	0	2	2	0	0	0	3	0	1	3	11
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	2	2	1	1	0	3	0	2	3	14
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	0	0	0	3	0	1	2	3	9
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	27
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3

AEDP T2 – M3: 363	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
T helps identify particular situations where C has problems	0	2	3	3	2	2	2	2	3	2	21
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	29
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	2	2	3	3	3	3	3	1	3	1	24
T states directly what's wrong with C	0	0	2	3	1	0	1	0	2	3	12
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	0	3	1	0	1	0	2	0	7
T states directly what to do about it	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	4
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	5
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	25
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	26
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	5
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	23
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

<u>AEDP T3 – M1: 473</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	2	0	3	3	3	0	3	3	2	3	22
T states directly why it's wrong / unhelpful	2	0	0	3	0	0	3	3	0	0	11
T states directly what to do about it	1	2	0	3	2	3	2	0	0	0	13
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	5
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	17
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	2	2	1	2	2	3	3	3	2	2	22
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	2	0	0	0	3	2	2	9
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	1	3	3	3	2	2	0	0	0	0	14

<u>AEDP T3 – M2: 410</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversion wonder aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	28
T states directly what's wrong with C	0	0	2	1	2	1	0	0	3	3	12
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	5
T states directly what to do about it	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	0	2	1	2	2	1	1	1	1	3	14
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	1	1	1	3	3	1	1	2	2	3	18
Doesn't look nervous because of C	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	29
Doesn't look confused with C	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	28
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	1	2	2	0	0	0	0	2	0	7

<u>AEDP T3 – M3: 462</u>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	Total
T mostly guides C's attention / focus / topic under discussion (does not let conversation wander aimlessly)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T helps identify particular situations where C has problems	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T labels or helps label C's feelings	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T organizes C's meaning (the focus on synthesizing more coherently what was said – not necessarily new meanings)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
T states directly what's wrong with C	0	0	3	3	0	2	3	3	2	3	19
T states directly why it's wrong / unhelpful	0	0	0	0	0	2	3	2	1	3	11
T states directly what to do about it	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	5
T links new perspective or behavior to future well being	0	0	0	3	0	0	1	3	0	1	8
T (re)directs focus to C's locus of control / agency	1	1	3	3	2	2	3	2	1	1	19
T validates C's experience directly / communicates directly that C's situation or experience "makes sense"	1	1	3	3	2	3	3	2	3	3	24
Doesn't look nervous because of C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Doesn't look confused with C	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Eye Gaze	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
Appears confident	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Eye gaze at therapist	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Looks attentive / engaged with what T is saying / doing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Nods head in agreement	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) States verbally that T makes sense to him/her	0	0	0	0	0	2	1	3	0	2	8
(C) Considering / reflecting on what T is offering (instead of dismissing or complying)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
(C) Client expresses willingness to try new behavior ; try experimenting with something new	0	0	0	3	1	0	3	0	1	0	8