



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**PRÁTICA DELIBERADA NO INCREMENTAR DA
COMPETÊNCIA EMPATIA:
ESTUDO CLÍNICO COM ESTUDANTES DE PSICOLOGIA**

Ana Luísa dos Santos Sousa

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Professor 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

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

E eis que chega o término de uma etapa, possível graças à disponibilidade, auxílio e carinho de diversas pessoas, às quais quero agradecer.

A primeira fatia do bolo dos agradecimentos vai para o Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa, pela disponibilidade, a partilha de conhecimentos, orientação, assim como pelo sentido de humor que, de certa forma, diluiu, nos momentos-chave, algumas angústias tão características desta fase.

A segunda fatia do bolo dos agradecimentos ofereço aos meus colegas de seminário de dissertação, pela sua disponibilidade e partilha. Ajudaram-me a apanhar o comboio que havia perdido anos atrás.

Não poderia deixar de expressar a minha gratidão a todos os que participaram neste estudo. Sem vós, não seria possível.

Agradeço também aos meus queridos amigos que perceberam as minhas ausências sem questionarem. Ser digna da confiança e amizade de pessoas tão nobres, enche-me de orgulho.

Aos meus pais... a palavra gratidão tão pouco chega para descrever nunca terem desistido de mim. E eu fosse metade de vós e já seria inteira. Ao meu mano mais novo agradeço o suporte técnico, a horas ingratas, e todo o amor incondicional. E com uma eterna saudade agridoce, agradeço ao meu mano mais velho, o meu cúmplice de patifarias, quais *Tom Sawyer e Huckleberry Finn*. Obrigada também ao meu querido avô por uma vida de afetos, por todas as palavras bonitas, que nem a ausência de memória roubaram.

Também não poderia deixar de exaltar os meus fiéis companheiros - cão Simão, João gato, gatas Ramona, Lucy e Preta -, que mesmo roendo folhas, deitando-se em cima do portátil e exigindo muitos cuidados e atenção, deram-me sempre o que todos os seres sencientes mais precisam: amor.

Por fim, agradeço a mim mesma, que nem uma fénix renascida, pese embora o mar de dificuldades e contrariedades a todos os níveis, permiti-me acreditar.

RESUMO

Problema: A recente investigação da prática deliberada aplicada à psicoterapia sugere a promoção do desempenho progressivo individual, no entanto, existe uma lacuna entre os benefícios deste método pedagógico e a sua aplicação em contexto universitário. **Objetivo:** Abordar o impacto da prática deliberada em estudantes de psicologia, ao comparar o efeito desta com o ensino tradicional, ao nível do desenvolvimento de competências empáticas. **Método:** Comparar a variável empatia em três momentos de avaliação, em dois grupos distintos, com uma amostra total de 36 estudantes de psicologia (19 no grupo de controlo e 17 no grupo de prática deliberada). Para recolha de dados, o instrumento utilizado foi a escala *Measure Expressed Empathy* (MEE). Os dados foram analisados através de procedimentos estatísticos, com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** Na análise entre grupos não se verificam diferenças significativas, contudo, os resultados na análise Intra grupos sugerem um aumento significativo da capacidade de gerar respostas empáticas no grupo de prática deliberada. **Discussão:** Os resultados apresentados são concomitantes com a literatura e sugerem a investigação contínua da aplicação de prática deliberada inserida no contexto pedagógico dos cursos de psicologia.

Palavras-chave: Prática Deliberada; Investigação em psicoterapia; Empatia

ABSTRACT

Problem: The recent investigation of deliberate practice applied to psychotherapy suggests the promotion of progressive individual performance, however, there is a gap between the benefits of this pedagogical method and its application in a university context. **Objective:** To address the impact of deliberate practice on psychology students, by comparing its effect with traditional teaching, in terms of the development of empathic skills. **Method:** Compare the empathy variable in three moments of assessment, in two different groups, with a total sample of 36 psychology students (19 in the control group and 17 in the deliberate practice group). For data collection, the instrument used was the Measure Expressed Empathy (MEE) scale. The data was analyzed using statistical procedures, using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. **Results:** In the analysis between groups there are no significant differences, however, the results in the intra-group analysis suggest a significant increase in the capacity to generate empathic responses in the deliberate practice group. **Discussion:** The results presented are concomitant with the literature and suggest the continuous investigation of the application of deliberate practice inserted in the pedagogical context of psychology courses.

Keywords: Deliberate Practice; Research in psychotherapy; Empathy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
MÉTODO	12
Participantes	12
Instrumentos	14
Questionário Sociodemográfico	14
Measure of Expressed Empathy Scale (MEE)	14
Procedimento	15
Hipóteses	19
RESULTADOS	20
Análise comparativa entre grupos na escala MEE	20
Análise comparativa Intra grupos na escala MEE	23
Teste de Hipóteses	25
DISCUSSÃO	26
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	40
Anexo I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	40
1. Investigação em psicoterapia	40
1.1. Eficácia da psicoterapia	40
1.2. Factos desafiantes	42
2. Fatores comuns	43
3. Efeitos do terapeuta	46
4. Prática Deliberada	49
4.1. Prática deliberada em psicoterapia	54
5. Objetivos do estudo	57
Anexo II. Questionário Sociodemográfico	59
Anexo III. Measure of Expressed Empathy (MEE)	62
Anexo IV. Coeficiente de Correlação Interclasse	66
Anexo V. Outputs relativos à análise estatística	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos Participantes	13
Tabela 2. Hipóteses.....	19
Tabela 3. Teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos (PD eTAU), vídeo A.....	21
Tabela 4. Teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos (PD e TAU), vídeo B	22
Tabela 5. ANOVA de Friedman para comparação Intra grupos, vídeo A	23
Tabela 6. Comparações Múltiplas para o grupo PD, vídeo A	23
Tabela 7. ANOVA de Friedman para comparação Intra grupos, vídeo B.....	24
Tabela 8. Comparações Múltiplas para o grupo PD, vídeo B	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema do procedimento	18
Figura 2. Resultados da escala MEE nos três momentos de avaliação, no vídeo A	21
Figura 3. Resultados MEE nos três momentos de avaliação, no vídeo B	22

ABREVIATURAS

PD = Prática Deliberada

TAU = Training as usual

MEE = Measure of Expressed Empathy Scale

ICC = Coeficiente de Correlação Intraclasse

INTRODUÇÃO

No início da segunda metade do Século XX, Eysenck (1952) publicava o artigo “*The effects of Psychotherapy: An Evaluation*”, que viria a marcar historicamente a investigação em psicoterapia por colocar em causa a eficácia de algumas abordagens psicoterapêuticas. Controvérsias e pretensões teóricas à parte, volvidas décadas de investigação na área, a eficácia da psicoterapia foi repetidamente comprovada, com diferentes clientes a beneficiar desta, independentemente da abordagem teórica (Lambert, 2013; Smith & Glass, 1977; Wampold & Imel, 2015), sugerindo ainda que, no fim do processo terapêutico o paciente encontra-se significativamente melhor do que cerca de 80% dos pacientes não submetidos a intervenção (Lambert, 2013), assim como, o efeito da psicoterapia, comparativamente com a terapia medicamentosa, é tão eficaz, mais duradouro e apresenta menos resistência (Cuijpers, P. et al., 2013; Huhn et al, 2014; Lambert, 2015).

Retirada a tónica em torno da supremacia de diferentes abordagens e modelos teóricos em psicoterapia, dado não existirem disparidades de resultados entre os vários modelos, e uma vez que estes têm diferenças significativas entre si no que respeita à visão do funcionamento humano, da psicopatologia, dos mecanismos de mudança e das técnicas capazes de produzir essa mudança, surgiu a pertinência de perceber quais os fatores transversais a todas as abordagens psicoterapêuticas que moderam os resultados destas (Miller et al., 2013). A investigação da eficácia em psicoterapia passa então a focar-se na procura dos fatores comuns, transversais a todas abordagens psicoterapêuticas e responsáveis pela mudança (Miller et al., 2013; Norcross, 2011; Wampold, 2008; Wampold et al., 2017).

Para melhor entender o orquestrar destes fatores comuns em psicoterapia, surgiram alguns modelos explicativos, entre eles o modelo contextual de Wampold (2001). Este modelo, fornece uma alternativa que desafia o paradigma dominante usado para explicar a eficácia da psicoterapia – amplamente conhecido como modelo médico – que afirma que as técnicas específicas defendidas pelos diferentes modelos teóricos são responsáveis pela eficácia da terapia. Wampold reiterou, que os efeitos da psicoterapia se devem, em parte, a fatores comuns transversais a todas as psicoterapias *bona fide* e, perante esse conjunto de evidências, conceptualizou a articulação entre esses componentes que, substancialmente, passam por: um relacionamento confidencial terapeuta-cliente; um contexto ou ambiente para a cura; uma aceitação de explicações alternativas e adaptativas do sofrimento do cliente; e procedimentos

consistentes com a explicação para atenuar ou resolver os problemas do cliente (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

Em suma, os dados das meta-análises indicam que os fatores comuns são ingredientes fundamentais para a mudança psicoterapêutica – como sejam: a aliança terapêutica, a empatia, o consenso de objetivos e a colaboração, a congruência e a genuinidade por parte do terapeuta, o *feedback* positivo ao paciente e as expectativas deste (Wampold & Imel, 2015; Norcross & Wampold, 2011) – e, sem retirar o papel fundamental do paciente em todo o processo, dado a relação simbiótica, assim como a importância de um racional teórico, o terapeuta surge como uma variável distinta no processo e resultados terapêuticos (Duncan, 2015), uma vez que a investigação sugere que os efeitos deste contam entre 5 a 9 vezes mais do que as técnicas específicas (Miller et al., 2015).

De facto, o role de evidências aponta para os efeitos positivos da psicoterapia, no entanto há uma heterogeneidade considerável na eficácia dos psicoterapeutas (Wampold & Brown, 2005). Estudos com terapeutas altamente formados e supervisionados revelaram que: 5% a 10% dos clientes pioram em terapia; e 35% a 40% não experienciam qualquer melhoria (Lambert et al., 2005; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). Por outro lado, alguns terapeutas, apelidados de *Supershrinks* (Miller, Hubble e Duncan, 2007), quando comparados com os seus pares, têm em média 50% de melhores resultados (Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013). A investigação em psicoterapia passa então a sugerir a importância de perceber quem são estes terapeutas excelsos e o que os diferencia.

Contrariamente ao que o senso comum poderia supor, a literatura tem vindo a apontar determinadas características dos terapeutas que não parecem influenciar os resultados clínicos, tais como: idade, género, anos de experiência ou anos de treino e supervisão (Brown et al., 2005; Wampold & Brown, 2005; Anderson et al., 2009). Congruente com a teoria dos fatores comuns, a investigação em psicoterapia sugere que, as características dos terapeutas mais competentes passam pela habilidade superior em orquestrar competências discretas – *facilitative interpersonal skills* –, que englobam 8 dimensões: empatia, fluência verbal, criação de expectativas positivas, persuasão, expressividade emocional, flexibilidade e identificação e reparação de rupturas na aliança (Anderson et al., 2009; Anderson et al. 2016; Norcross & Lambert, 2011). A investigação sugere ainda que esta sensibilidade, assim como a capacidade de ouvir e ser genuíno, contribuem para a formação e manutenção de uma boa aliança terapêutica com um vasto número de pacientes (Baldwin, Wampold & Imel, 2007), fator

comum apontado como o melhor preditor de resultados em psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991; Horvath et al., 2011). Por outro lado, estes terapeutas, humildemente, sem resvalar para uma insegurança limitadora, aportam a capacidade de duvidarem de si (Nissen-Lie et al., 2015). Outra característica/prática diária encontrada nos psicoterapeutas com desempenho superior é a monitorização do progresso clínico, por outras palavras, avaliam continuamente a eficácia da psicoterapia e adaptam as intervenções consoante o *feedback* dado pelo cliente (Lambert & Shimokawa, 2011). Por fim, os *supershrinks* percebem que o orquestrar eficaz de competências discretas requer aprendizagem contínua, para além do treino formal (Goldberg, Rousmaniere, et al., 2016). Consequentemente, ao reconhecerem a necessidade de aprender ao longo da vida, investem o seu tempo em prática deliberada (Miller et al., 2007; Ericsson & Pool, 2016).

Vários autores identificaram a prática deliberada como um processo potencialmente promissor para melhorar as competências dos psicoterapeutas (Miller, et al., 2008; Rousmaniere, et al., 2017; Tracey, et al. 2015). A estrutura desta surgiu após o estudo de *experts* em diferentes domínios, a fim de identificar e posteriormente disseminar os fatores que mediam o seu desempenho superior, tendo sido reconhecida como uma variável diferenciadora entre os melhores desempenhos em áreas como a música, a medicina e o desporto (Ericsson, 2006). A prática deliberada é definida assim como, "atividades de treino individualizadas projetadas especificamente por um *coach* ou professor para melhorar aspetos específicos da performance individual através da repetição e melhoria sucessivas" (Ericsson & Lehmann, 1996, pp. 278-279). Através de anos de prática deliberada *experts* desenvolvem representações mentais altamente complexas e sofisticadas das várias situações suscetíveis de serem encontradas na prática profissional. Estas representações permitem-lhes ter maior facilidade em reconhecer, compreender, organizar e naturalmente responder mais rápida e eficazmente a determinados tipos de padrões, numa dada situação (Ericsson & Pool, 2016), o que é decisivo para o desenvolvimento de desempenho superior, assim como para a manutenção de competências adquiridas (Chow, 2017).

A prática deliberada obedece, então, ao que Rousmaniere (2017) apelidou de ciclo de excelência – observação do desempenho; *feedback* do *coach* sobre o desempenho; definição clara de objetivos e de tarefas específicas levemente fora da zona de conforto do *trainee* ou psicoterapeuta, certificando-se que as mesmas não excedem o limite do razoável e impedem o aluno de persistir nas tarefas com algum sucesso; repetição regular de tarefas estabelecidas; e avaliação do desempenho, isto é, receber *feedback* imediato quanto ao desempenho e

monitorização do progresso ao longo do tempo (Rousmaniere et al., 2017) – no fundo uma atividade potencialmente interminável. Assim, a *expertise* é criada, mas também mantida através de uma gestão pessoal contínua ao longo de décadas (Ericsson & Pool, 2016). Neste sentido, *expertise* é considerada um desempenho e competência de nível superior, de forma contínua, que se define pela obtenção de resultados clínicos, mensuráveis, consistentemente superiores (Goodyear et al, 2017).

A investigação da prática deliberada aplicada à psicoterapia só mais recentemente deu os primeiros passos. Os dois primeiros estudos nesta área – por Chow et al. (2015); e Goldberg et al. (2016) –, surgiram sob a forma de *design* correlacional, não permitindo desta feita inferir causalidade entre as variáveis. No entanto, as conclusões de ambos os estudos foram promissoras, dado ter-se apurado que a quantidade de tempo que os terapeutas gastam em prática deliberada influencia os resultados obtidos. (Chow, et al., 2015; Goldberg et al, 2016). Só em 2019 surgiu o primeiro estudo por Anderson e colaboradores, que comparou um grupo de controlo com um grupo com componentes de prática deliberada, mas não com todas as componentes de prática deliberada preconizadas por Rousmaniere (Anderson et al., 2019). Atualmente, apenas dois estudos comparam efetivamente um grupo de controlo com um grupo de prática deliberada: por Perlman e colaboradores (2020) e por Westra e colaboradores (2020). Fora do campo psicoterapêutico, a prática deliberada como método eficaz no desenvolvimento de habilidades empáticas, também foi testado por Li et al., (2019), junto de enfermeiros, ao comparar um grupo de controlo com um grupo de prática deliberada. Tal como nos estudos descritos anteriormente, verificou-se o efeito positivo da prática deliberada.

Muito embora os resultados auspiciosos dos diversos estudos destaquem os efeitos positivos da prática deliberada no incrementar de competências, ainda se verificam algumas incongruências, como por exemplo, nem sempre as melhorias sentidas pelos participantes são concordantes com os resultados de observadores independentes ou com a avaliação de clientes que estão a fazer terapia com estes participantes (Hill, C. et al., 2019), o que nos indica a necessidade de continuar a explorar os efeitos da prática deliberada nesta área.

Epilogando, a *expertise* em psicoterapia não melhora inevitavelmente com a experiência (Goldberg et al., 2016; Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2015). Na verdade, a investigação no âmbito de desenvolvimento de habilidades, repetidamente tem apontado que, embora alguns indivíduos continuem a melhorar com o tempo, a maioria rapidamente atinge um nível de desempenho estável (Ericsson & Pool, 2016). Para agravar essa realidade, os

modelos dominantes de aquisição de competências podem ser limitados para melhorar o desempenho do terapeuta, já que normalmente se concentram mais no conhecimento do que na habilidade. Por outro lado, tanto os diferentes estudos como a literatura especializada evidenciam a eficácia da prática deliberada em qualquer área, assim como referem que esta deverá ser sequencial, cumulativa e complexificar-se ao longo do tempo (Rousmaniere, 2016). Sugerem também que, a inclusão desta prática em idades precoces pode conduzir a mudanças significativas, ao incrementar representações mentais cada vez mais complexas e sofisticadas (Ericsson & Pool, 2016). Estes dados remetem-nos para a importância de refletir sobre a inclusão de prática deliberada nas várias etapas de desenvolvimento de um psicoterapeuta: que vão desde o contexto académico, passando pelas várias fases de formação, até ao exercício da profissão, independentemente dos anos de experiência clínica. Neste sentido, seria importante perceber a necessidade de democratizar/incluir a prática deliberada no plano pedagógico universitário, assim como definir métodos comprovadamente eficazes, de modo a trabalhar as diferentes competências que conduzem ao sucesso terapêutico.

Deste modo, uma vez que a literatura e os estudos mais recentes sugerem que a prática deliberada promove o refinamento progressivo de determinadas competências, identificadas em psicoterapeutas mais eficazes – entre elas a empatia –, e partindo do ponto que a sua inclusão traz benefícios no incrementar progressivo da excelência, propõe-se abordar o impacto da prática deliberada em estudantes de psicologia. Assim, esta investigação tem como objetivos específicos: verificar se existem diferenças entre o efeito da prática deliberada e o ensino tradicional em estudantes de psicologia ao nível da empatia; e averiguar os efeitos da prática deliberada e do ensino tradicional em estudantes de psicologia ao longo do tempo.

MÉTODO

Em função das hipóteses da investigação, para este estudo, considerou-se pertinente a metodologia quantitativa, uma vez que esta centra-se na medição e avaliação de variáveis passíveis de serem medidas, comparadas ou relacionadas, no decurso do processo de investigação científica (Coutinho C. P., 2013).

Esta investigação assume o método experimental, sob a forma de um estudo clínico randomizado, dado que se orienta para a realização de observações e para a recolha de dados visando a comprovação de uma relação causal entre dois fatores (Reis, F., 2010). Na sua concretização, utilizam-se dois grupos, controláveis quanto à sua homogeneidade, no entanto, num dos grupos (grupo experimental) foi introduzido um fator, isto é, uma variável independente, enquanto que no outro grupo (grupo de controlo) não se introduziu a variável independente. Neste contexto, procura-se controlar a variação voluntária da variável independente e os seus efeitos no grupo, a fim de se concluir se a variável independente é a causa justificativa dos efeitos observados.

Participantes

O presente estudo partiu de uma *open call* apelando à participação de indivíduos estudantes universitários, a frequentar o 2º ano de licenciatura do curso de Psicologia no ano de 2019, e apelando à participação de mais indivíduos sob a mesma condição, mas a frequentarem o 2º ano de licenciatura em Psicologia no ano de 2020. Porém, somente 17 indivíduos se disponibilizaram para participar no estudo em 2019 e 19 em 2020. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos, o grupo de controlo ($n = 19$) e o grupo de prática deliberada ($n = 17$), o que perfaz um grupo amostral de 36 sujeitos ($N = 36$).

Desta amostra inicial, apenas 26 estudantes concluíram as tarefas propostas para a realização do estudo, sendo esta a amostra final: um grupo experimental composto por 14 participantes ($n = 14$) e um grupo de controlo, grupo esse contando com 12 participantes ($n = 12$), resultando num grupo amostral de 26 sujeitos ($N = 26$).

Deste grupo de participantes, a maioria identificava-se com o género feminino ($N = 20$), enquanto que apenas 4 participantes se identificavam com o sexo masculino ($N = 4$). Doze participantes optaram por não responder a esta questão. Com uma média de idades de 25,6 ($M = 25,6$, $DP = 10,6$), encontramos participantes de nacionalidade Portuguesa (61,1%) e

participantes de nacionalidade Brasileira (5,6%). Doze participantes optaram por não dizer qual a sua nacionalidade.

Atendendo às habilitações literárias do grupo amostral, é possível constatar que a maioria as apresentava ao nível do ensino secundário (70.8%). De facto, quando inquiridos sobre se dispõem já de formação específica na área da Psicologia até ao momento da avaliação, apenas dois participantes responderam positivamente (N = 2).

Tabela 1.

Dados Sociodemográficos dos Participantes (N=36)

Características	Mínimo – Máximo	Média
Idade	19 – 56	25.67
	Frequência (n)	Percentagens (%)
Género		
Masculino	4	11.1
Feminino	20	55.6
NR	12	33.3
Nacionalidade		
Brasileira	2	5.6
Portuguesa	22	61.1
NR	12	33.3
Habilitações Literárias		
Ensino Secundário	17	47.2
Outros	7	19.6
NR	12	33.3
Formação Específica em Psicologia		
Com	2	5.6
Sem	21	58.3
NR	13	36.1

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sobre os dados sociodemográficos, pretendeu recolher informação quanto ao género, idade, nacionalidade e habilitações literárias. Também pretendia averiguar se os participantes tinham alguma formação prévia, específica, na área da Psicologia. Desta forma, este questionário tinha como objetivo a caracterização da amostra do presente estudo (Anexo II).

Measure of Expressed Empathy Scale (MEE)

Recorremos à escala Measure of Expressed Empathy (MEE), desenvolvida por Jeanne C. Watson, em 1999 (Anexo III), para cotar a respostas individuais dadas pelos participantes. Esta escala foi desenvolvida por Jeanne Watson ao identificar a existência de vários comportamentos observáveis por parte do terapeuta que poderiam ser indicadores de empatia. Esta é uma medida que fornece classificações para segmentos de cinco minutos de sessões de terapia com base na empatia transmitida pelo terapeuta para o cliente, incluindo comportamentos tanto verbais como comportamentos não-verbais (Watson, 1999). A MEE consiste em 10 itens que são classificados numa escala de 9 pontos de acordo com a frequência do comportamento (Nunca = 0, Todo o Tempo = 8). A consistência interna da escala é considerada alta ($\alpha = 0,88$). A validade do constructo é fornecida por uma correlação grande e significativa ($r = 0,66$, $p < 0,01$) com as classificações de empatia dos clientes, medidas pelo Inventário de Relacionamento Barrett-Lennard (BLRI; Barrett-Lennard, 1962), uma medida de empatia classificada pelo cliente bem validada e o fato de ser baseada em preditores comportamentais de empatia validados empiricamente (Watson & Prosser, 2002).

A Measure of Expressed Empathy Scale (MEE) inclui componentes associados à empatia demonstrada pelo terapeuta, em dez itens: 1) preocupação do terapeuta com o cliente percebida pelo tom e ritmo da voz; 2) expressividade da voz; 3) tom vocal adequado à intensidade dos sentimentos do cliente; 4) cordialidade e transmissão de uma atmosfera de segurança; 5) sintonia com o mundo interior do cliente; 6) Expressão facial ou postura corporal concordante com demonstração de preocupação; 7) capacidade de resposta ao cliente; 8) compreensão dos sentimentos e das experiências internas do cliente; 9) compreensão dos significados e estrutura cognitiva do cliente; 10) aceitação dos sentimentos e experiências internas do cliente (Watson, 1999).

Procedimento

Numa primeira fase os participantes receberam um convite para participar num estudo focado na investigação de diferentes métodos de treino para uma competência específica. Contudo, não foi facultada qualquer informação sobre o tipo de competência ou método de treino em investigação, de forma a não influenciar os participantes interessados. Aos participantes interessados foi pedido que fornecessem alguns dados pessoais: nome completo, email e telefone, assim como assinassem um consentimento informado.

De seguida os participantes foram aleatoriamente designados para as condições de Prática Deliberada (PD) e Training as Usual (TAU). Porém, para evitar possíveis enviesamentos, o grupo de Prática Deliberada foi designado de “Grupo 1” e o grupo de controlo (Training as Usual) de “Grupo 2”.

Foi agendada uma reunião para todos os participantes, com o objetivo de facultar informação superficial sobre a importância da competência empatia na previsão de resultados clínicos. Nesta mesma reunião o *coach* deu a conhecer a plataforma *Theravue* - um sistema online de prática deliberada desenvolvido para psicoterapeutas -, na qual os participantes teriam que submeter respostas a dois vídeos-estímulo, com duas problemáticas distintas. Por fim, estes foram informados em qual grupo foram aleatoriamente alocados, sem que existisse qualquer informação sobre as características de cada condição de treino. Após esta reunião as contas foram atribuídas a todos os participantes via email, assim como foram facultados todos os dados para iniciarem a sua participação no estudo.

Este estudo diz respeito à investigação de competências clínicas fundamentais, e tem como objetivo avaliar a variável empatia ao longo de três momentos, em dois grupos distintos, e posteriormente estudar os dados recolhidos. Para tal, os participantes, como já foi dito anteriormente, puderam encontrar na plataforma *theravue* dois vídeos-estímulo, com uma duração média de um minuto, com duas problemáticas distintas, aos quais tiveram que dar três respostas empáticas em três momentos distintos, respostas estas submetidas através desta plataforma. No vídeo A encontraram uma mulher que sofria de stress pós traumático e que transmitia na sessão ser incompreendida pelo marido. No vídeo B visionaram um rapaz que se mostrava frustrado com a irmã e as atitudes desta. Uma nota importante: tanto no vídeo A como no vídeo B, os clientes são atores a desempenharem um papel, com problemáticas distintas.

Num primeiro momento, o objetivo foi responder a cada um dos vídeos sem ter contacto com o *coach*, sem leituras prévias ou treino específico. Após esta primeira resposta, os participantes reuniram-se com o *coach*, na hora indicada para o grupo em que se encontravam alocados, receberem feedback e as tarefas necessárias para a seguinte resposta. Posteriormente, responderam uma segunda vez aos mesmos vídeos, já com este contacto feito e após realizarem as tarefas indicadas. Com a segunda resposta dada, cada grupo voltou a reunir-se com o *coach*, que forneceu mais uma vez feedback e as tarefas necessárias para a realização da terceira resposta. Após a realização destas tarefas, cada participante deu a terceira e última resposta. É importante referir que as tarefas realizadas pelos participantes foram pensadas e elaboradas tendo em conta o grupo em que estavam inseridos, sendo que o grupo Controlo recebeu *feedback* e tarefas exclusivamente ligadas à leitura, enquanto que o grupo de Prática Deliberada recebeu *feedback* individual e tarefas ligadas ao treino da competência empatia. As tarefas propostas decorreram ao longo de um mês, em que as respostas foram dadas aos fins de semanas acordados, e as tarefas que antecederam as respostas, realizadas durante a semana.

Como já referimos, entre as respostas, os grupos 1 e 2 reuniram-se separadamente, em horário e local previamente acordados. Estas sessões aconteceram antes das segunda e terceira respostas aos vídeos-estímulo. De seguida, a descrição de cada sessão de treino será especificada:

- Grupo Prática Deliberada (grupo 1):

Na sessão de Prática Deliberada, o coach iniciou a psicoeducação relativa à prática deliberada e à competência empatia. Aos participantes foi explicado que o objetivo do treino seria ajudá-los a obter feedback individualizado sobre o seu desempenho e adaptar este tendo em conta as suas competências naquele momento. O coach sublinhou a total liberdade dos participantes, isto é, que não seriam obrigados a participar em qualquer atividade, caso se sentissem excessivamente desconfortáveis. O coach convidou cada participante a assistir às suas respostas aos vídeos-estímulo; forneceu um breve e concreto feedback individualizado, com base no desempenho observado; traduziu em pequenas e concretas metas de aprendizagem, no limite da capacidade do participante até aquele momento; e convidou o participante a ensaiar uma nova resposta, com base nas metas acordadas anteriormente. Este passo foi repetido três vezes, com o coach a fornecer suporte e feedback focado no desempenho. No final deste ensaio comportamental uma tarefa de prática solitária específica foi designada para o participante

colocar em prática. Cada participante repetiu estes passos com o grupo a observar. Aos participantes foi pedido que realizassem um registo semanal da prática deliberada solitária.

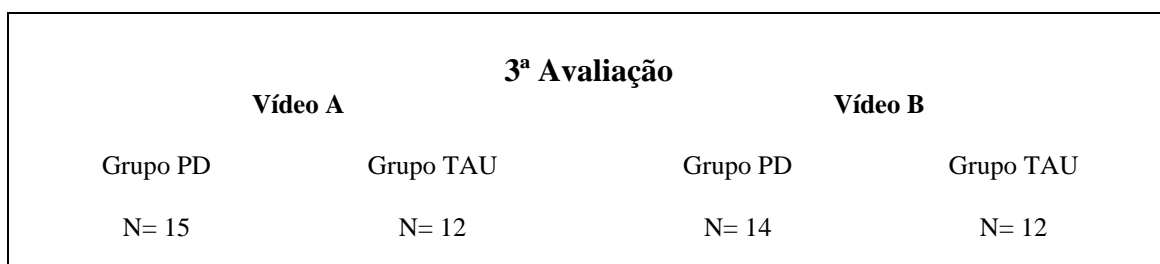
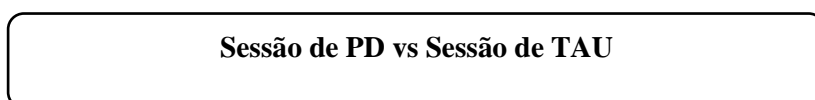
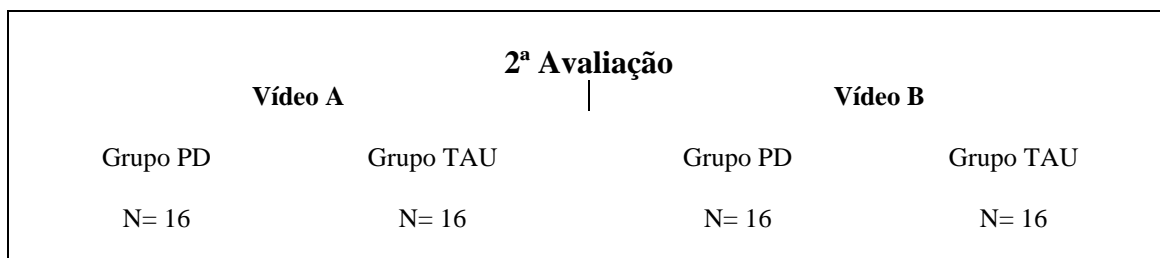
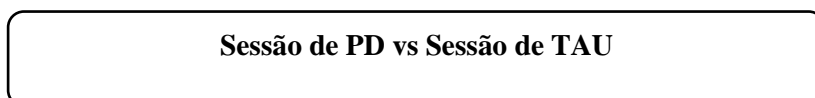
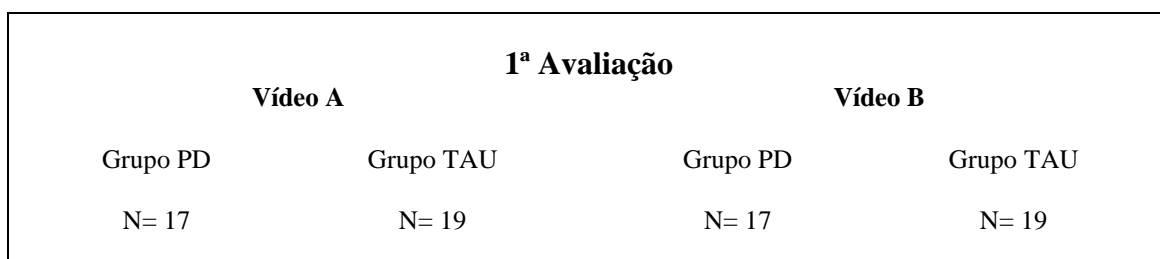
- Grupo de Training as Usual (grupo 2):

Contrariamente aos participantes do Grupo 1, o objetivo das sessões do Grupo 2 (grupo controlo) foi fornecer formação relativamente à competência empatia, através de artigos, capítulos de livros e vídeos, sem que houvesse *feedback* individual relativamente às respostas dadas pelos participantes. Tanto características verbais como não verbais de intervenções empáticas foram enfatizadas. No final de cada sessão, o formador distribuiu um pack de leitura e recomendou a leitura e registo das aprendizagens, três vezes por semana. Foi dito aos participantes que deveriam ter em conta todos os conteúdos abordados na sessão aquando da resposta seguinte.

Com as respostas todas submetidas na plataforma, procedeu-se à fase seguinte do estudo: avaliar e cotar as respostas tendo por base uma escala criada para medir a empatia manifestada em cada resposta. Contudo, antes de iniciarem a cotação, dois avaliadores estudaram detalhadamente o instrumento usado para classificar as respostas empáticas dos participantes, a *Measure of Expressed Empathy Scale* (MEE). Definiram critérios, de forma a existir concordância, e cotaram todas as respostas aos vídeos, individualmente, sem que tivessem conhecimento das condições a que cada participante estava alocado. Para verificar a concordância entre avaliadores, através do SPSS recorreram ao coeficiente de correlação intraclassa (ICC) (Anexo IV). Sempre que o valor de ICC não foi igual ou superior a 0.7, os avaliadores discutiram os critérios de avaliação até tentarem obter classificações consensuais.

Terminadas as cotações, os avaliadores tiveram conhecimento a qual grupo pertenciam os participantes, permitindo o tratamento estatístico. Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva, através da versão 26 do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). O nível de significância foi estabelecido a 0.05.

Reunião de apresentação



Acordo inter-avaliadores

Figura 1. Esquema do procedimento

Hipóteses

De modo a avaliar os resultados, a análise da variável baseia-se em hipóteses criadas a partir da literatura estudada. Dado que vários autores identificaram a prática deliberada aplicada ao campo psicoterapêutico como um processo potencialmente promissor para melhorar o desenvolvimento de habilidades interpessoais facilitadoras, entre elas, a empatia adequada, uma das variáveis terapêuticas com maior correlação com os resultados clínicos (Norcross, 2011, Elliot et al., 2011), achamos pertinentes as seguintes hipóteses.

Tabela 2.

Hipóteses

- | | |
|------------|--|
| H1a | Os participantes do grupo de PD melhoram a qualidade das suas respostas no segundo e terceiro momentos de avaliação, quando comparados com o grupo de TAU. |
| H1b | Os participantes do grupo de PD melhoram a qualidade das suas respostas ao longo do tempo, isto é, nos segundo e terceiro momentos de avaliação, ao passo que os participantes do grupo de TAU mantêm a qualidade das suas respostas nos segundo e terceiro momentos de avaliação. |
-

RESULTADOS

Atendendo à dimensão da amostra, foi utilizado um teste *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade da distribuição dos dados, relativamente a cada uma das diferentes variáveis em estudo, tendo-se verificado que a amostra não seguia uma distribuição normal, sugerindo assim a utilização de testes não paramétricos para a análise dos resultados.

Com o intuito de responder às questões da investigação, recorremos ao teste U de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, que permite verificar se existem diferenças entre os grupos (Marôco, 2018). Aplicou-se também o teste ANOVA de *Friedman* para comparar duas ou mais populações de amostras emparelhadas, isto é, os diferentes momentos de avaliação, seguido do teste de comparações múltiplas, para averiguar qual ou quais os pares de distribuições que diferem entre si, através da comparação múltipla de médias das ordens, a partir de amostras emparelhadas (Marôco, 2018). Para todos os testes foi utilizado um nível de significância inferior a 0,05.

Análise comparativa entre grupos na escala MEE

Para avaliar o primeiro objetivo deste estudo, agruparam-se os scores médios das respostas dos participantes nos três momentos de avaliação registados no vídeo A e compararam-se esses scores médios. Ao observarmos a figura 2, podemos verificar que o valor das médias do grupo de Prática Deliberada (PD) nos três momentos de avaliação no vídeo A – 1ª avaliação (M=3.69), 2ª avaliação (M=4.13) e 3ª avaliação (M=4.68) – são superiores às médias do grupo de Training as Usual (TAU) – 1ª avaliação (M=3.03), 2ª avaliação (M=3.40) e 3ª avaliação (M=3.85). De seguida, de modo a verificar se existem diferenças significativas entre os dois grupos (PD e TAU), relativamente aos scores de empatia observados nos três momentos de avaliação, no vídeo A, aplicamos o teste U de *Mann-Whitney*. Como podemos observar na tabela 2, os resultados obtidos mostram que as diferenças não são estatisticamente significativas nos scores de empatia, em quaisquer dos três momentos de avaliação - 1º avaliação ($U= 125.50, p = .257$), 2º avaliação ($U= 89.50, p = .149$), e 3º avaliação ($U= 53.00, p = .075$) – entre o grupo PD e TAU.

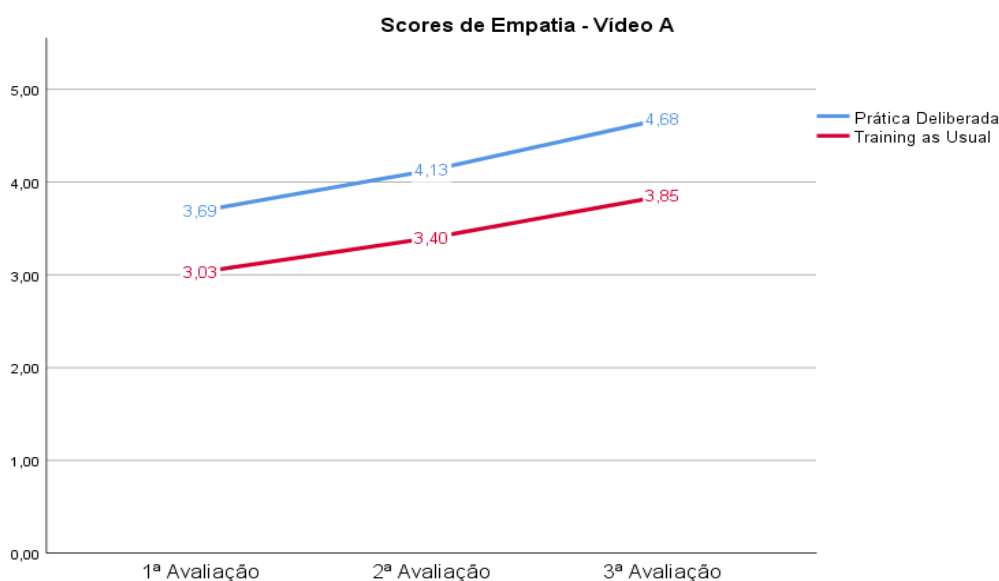


Figura 2. Resultados da escala MEE nos três momentos de avaliação, no vídeo A

Tabela 3.

Teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos (PD eTAU), vídeo A

	Mann-Whitney U	Z	p
1ª Avaliação	125.500	-1.142	.257
2ª Avaliação	89.500	-1.452	.149
3ª Avaliação	53.000	-1.807	.075

Fonte: Output do SPSS

No que concerne ao vídeo B, recorreremos aos mesmos passos descritos anteriormente e, como podemos observar na figura 3, os valores das médias do grupo Prática Deliberada (PD) nos três momentos de avaliação – 1ª avaliação (M=3.37), 2ª avaliação (M=4.05) e 3ª avaliação (M=4.35) – são superiores às do grupo Training as Usual (TAU) – 1ª avaliação (M=2.97), 2ª avaliação (M=3.48) e 3ª avaliação (M=3.59). De forma a verificar se existem diferenças entre os dois grupos (PD e TAU) relativamente aos scores de empatia, observados nos três momentos de avaliação, aplicamos novamente o teste U de *Mann-Whitney*. Como podemos observar na tabela 3, tal como no vídeo A, não existem diferenças estatisticamente significativas nos scores de empatia nos dos três momentos de avaliação: 1º avaliação ($U= 127.50$, $p = .285$), 3º avaliação ($U= 90.00$, $p = .160$), 3º avaliação ($U= 47.50$, $p = .060$), entre o grupo PD e TAU.

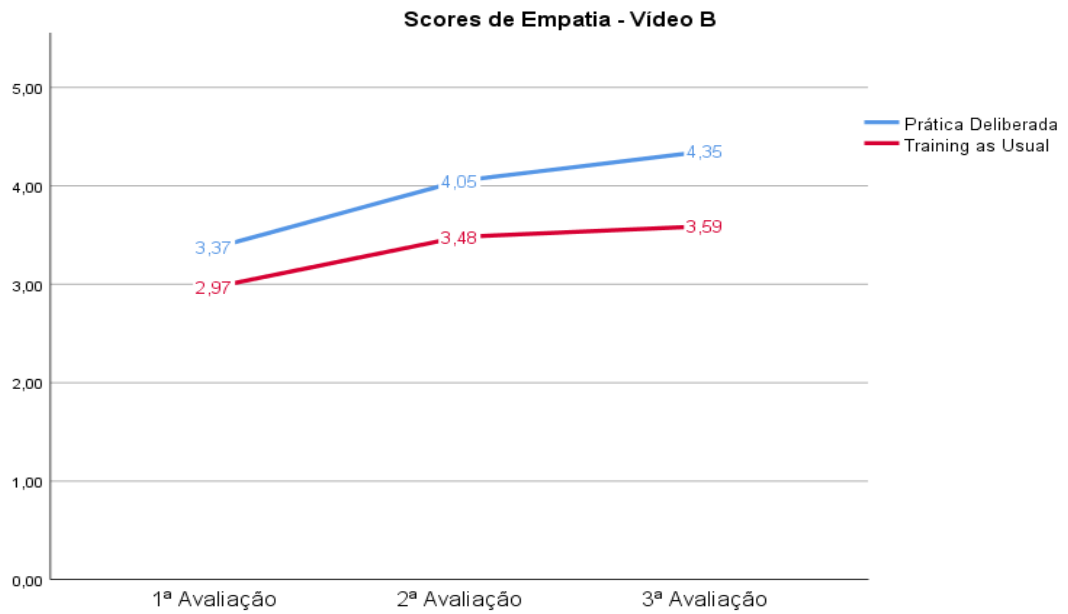


Figura 3. Resultados MEE nos três momentos de avaliação, no vídeo B

Tabela 4.

Teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos (PD e TAU), vídeo B

	Mann-Whitney U	Z	p
1ª Avaliação	127.500	-1.078	.285
2ª Avaliação	90.000	-1.433	.160
3ª Avaliação	47.500	-1.878	.060

Fonte: Output do SPSS

Análise comparativa Intra grupos na escala MEE

Em seguida, com o objetivo de comparar e avaliar os scores de empatia nos três momentos de avaliação, no vídeo A, ao longo do estudo, aplicou-se o teste da ANOVA de *Friedman* para amostras emparelhadas. A análise estatística foi efetuada em separado para cada um dos grupos PD e TAU.

Tabela 5.

ANOVA de Friedman para comparação Intra grupos, vídeo A

	χ^2	<i>df</i>	<i>P</i>
Prática Deliberada	8.172	2	.017
Training as Usual	.894	2	.640

Fonte: Output do SPSS

Como podemos observar na tabela 4, os resultados obtidos pelo teste da ANOVA de *Friedman* mostram-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas no grupo TAU nos scores de empatia nos três momentos de avaliação ($X^2(2) = .894, p = .640$). Relativamente ao grupo PD observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos scores de empatia nos três momentos de avaliação ($X^2(2) = 8.172, p = .017$).

De forma a verificar onde residem as diferenças entre os três momentos de avaliação no grupo PD, apresentamos de seguida o quadro das comparações múltiplas.

Tabela 6.

Comparações Múltiplas para o grupo PD, vídeo A

	<i>Z</i>	<i>p</i>
1ª Avaliação-2ª Avaliação	-0.300	.411
1ª Avaliação-3ª Avaliação	-1.000	.006
2ª Avaliação-3ª Avaliação	-0.700	.055

Fonte: Output do SPSS

O teste de comparações múltiplas mostra que apenas os valores dos scores de empatia entre a 1ª avaliação e a 3ª avaliação são estatisticamente significativos ($p=.006$).

Com o objetivo de comparar e avaliar os scores de empatia nos três momentos de avaliação, ao longo do estudo, no vídeo B, aplicou-se novamente o teste da ANOVA de *Friedman* para amostras emparelhadas.

Tabela 7.

ANOVA de Friedman para comparação Intra grupos, vídeo B

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Prática Deliberada	7.429	2	.024
Training as Usual	2.667	2	.264

Fonte: Output do SPSS

Os resultados obtidos através do teste da ANOVA de *Friedman*, como podemos observar na tabela 6, mostram-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas no grupo TAU nos scores de empatia, nos três momentos de avaliação ($X^2(2) = 2.667, p = .264$). No entanto, no grupo PD, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos scores de empatia nos três momentos de avaliação ($X^2(2) = 7.429, p = .024$).

De forma a verificar onde residem as diferenças entre os três momentos de avaliação, apresentamos de seguida o quadro das comparações múltiplas.

Tabela 8.

Comparações Múltiplas para o grupo PD, vídeo B

	<i>Z</i>	<i>p</i>
1ª Avaliação - 2ª Avaliação	-.714	.059
1ª Avaliação - 3ª Avaliação	-1.000	.008
2ª Avaliação - 3ª Avaliação	-.286	.450

Fonte: Output do SPSS

Como podemos perceber pela tabela 7, o teste de comparações múltiplas mostrou existirem valores estatisticamente significativos nos scores de empatia da 1ª avaliação para a 3ª avaliação ($p=.008$).

Podemos concluir que, tanto no vídeo A como no vídeo B, exclusivamente o grupo de prática deliberada foi apresentando melhorias nos scores de empatia ao longo do tempo, melhorias essas estatisticamente significativas da 1ª avaliação para a 3ª avaliação

Teste de Hipóteses

Hipótese 1a: Os participantes do grupo de PD melhoram a qualidade das suas respostas no segundo e terceiro momentos de avaliação, quando comparados com o grupo de TAU.

De modo a verificar se a qualidade das respostas do grupo de PD demonstram diferenças significativas no segundo e terceiro momentos de avaliação, quando comparadas com as respostas do grupo de controlo, é necessário observar as tabelas do Teste de *Mann-Whitney* para comparação entre grupos, no vídeo A (Tabela 3) e no vídeo B (Tabela 4). A empatia adequada, avaliada e comparada entre os dois grupos, em ambos os vídeos, aparenta ter em todos os momentos de avaliação um nível de significância baixo ($p >.005$). Deste modo, esta hipótese não foi corroborada.

Hipótese 1b: Os participantes do grupo de PD melhoram a qualidade das suas respostas ao longo do tempo, isto é, nos segundo e terceiro momentos de avaliação, ao passo que os participantes do grupo de TAU mantém a qualidade das suas respostas nos segundo e terceiro momentos de avaliação.

Para averiguar esta hipótese, primeiramente, é necessário observar as tabelas da ANOVA de *Friedman* para comparação Intra grupos, no vídeo A (Tabela 5) e no vídeo B (Tabela 7). A empatia adequada avaliada ao longo dos vários momentos de avaliação, somente no grupo de PD aparenta ter um nível de significância alto ($p <.005$). De seguida, ao observar as tabelas de Comparações Múltiplas para o grupo PD, no vídeo A (Tabela 6) e no vídeo B (Tabela 8), percebemos em que momentos a qualidade das respostas empáticas dos participantes do grupo de PD demonstram diferenças significativas. Tanto no vídeo A como no vídeo B, apenas do primeiro momento de avaliação para o terceiro momento de avaliação, existe um nível de significância elevado ($p <.005$).

Com base nos resultados observados verifica-se, parcialmente, a corroboração da hipótese 1b, dado que somente do primeiro para o terceiro momentos de avaliação, percebemos o salto significativo no incrementar de empatia adequada nas respostas dos participantes do grupo de PD.

DISCUSSÃO

A investigação em psicoterapia tem-se debruçado sobre os potenciais fatores mediadores de eficácia em psicoterapia, sugerindo que uma parte expressiva dos resultados clínicos está relacionada com o orquestrar de competências discretas, entre elas, a capacidade de demonstrar empatia adequada (Anderson et al., 2016; Norcross & Wampold, 2011). No entanto, a investigação tem demonstrado que esta habilidade varia muito entre psicoterapeutas, sugerindo a necessidade de ter um modelo de aquisição de competências que contribua para mudanças positivas, a nível profissional e pessoal, no decorrer da vida académica e profissional. A investigação sugere ainda que, os modelos dominantes de aquisição de competências podem ser limitados para melhorar o desempenho do terapeuta, já que se concentram mais no conhecimento teórico, ao invés da habilidade em si (Ericsson & Pool, 2016; Rousmaniere, 2016; Rousmaniere, et al., 2017). Por outro lado, a prática deliberada tem demonstrado contribuir para melhorias significativas (Chow et al., 2015; Ericsson & Pool, 2016).

O presente estudo teve então como objetivo averiguar o papel da prática deliberada na melhoria de habilidades empáticas, uma das competências que contribui para o sucesso terapêutico, e desta forma refletir sobre a necessidade da sua inclusão no plano pedagógico universitário dos cursos de psicologia.

Na análise entre os grupos, averiguamos que a qualidade das respostas dos participantes do grupo de prática deliberada foi superior à qualidade das respostas dos participantes do grupo de *training as usual*, tanto no segundo momento, como no terceiro momento de avaliação, em ambos os vídeos. No entanto, essa diferença não foi significativa.

Já na análise Intra grupos, tanto no vídeo A como no vídeo B, os resultados apresentados retratam os efeitos positivos da prática deliberada, uma vez que a capacidade de gerar respostas empáticas aumentou significativamente no grupo de prática deliberada, contrariamente ao grupo de controlo, como é observável na figura 1 e 2. Ao analisarmos mais detalhadamente, percebemos que o salto significativo na qualidade das respostas empáticas no grupo de prática deliberada, apenas se verifica do primeiro momento de avaliação para o terceiro momento de avaliação, tanto no vídeo A como no vídeo B. Este achado é consistente com um dos preceitos preconizados por Ericsson, que sublinha que a prática deliberada não é um método com ganhos a curto prazo, e sim, um método que exige tempo, por vezes meses ou até anos de empenho, para conseguir gerar melhorias na performance (Ericsson, 2006). Este princípio também pode explicar o facto de não se terem encontrado diferenças significativas na análise entre os grupos,

o que por sua vez nos leva a questionar/sugerir se uma extensão do estudo com mais oportunidades de treino e avaliação poderia levar a diferenças/melhorias mais expressivas no grupo de prática deliberada.

Quando nos debruçamos sobre os fatores explicativos das diferenças encontradas Intra grupos percebemos que, o grupo de *training as usual*, contrariamente ao grupo de prática deliberada, não teve acesso às possíveis falhas detetadas nas respostas ao vídeo-estímulo, assim como não teve acesso a um treino específico atribuído para colmatar essas falhas, tendo por isso mais dificuldade em adequar as respostas nos momentos de avaliação seguintes. Este achado é concordante com o que a literatura sublinha quando falamos em métodos de ensino exclusivamente didáticos, que por terem pouco ou nenhum *feedback* e pouca chance de tentar algo novo, corrigir erros, não promovem o desenvolvimento gradual e consistente de uma nova habilidade (Ericsson & Pool, 2016; Rousmaniere, et al., 2017). Como diriam Norcross e Karpiak (2017) “saber sobre psicoterapia é muito diferente de saber fazer psicoterapia” (Norcross & Karpiak., 2017). Poderíamos inferir esta afirmação para a capacidade de gerar respostas empáticas, única e exclusivamente, através de métodos didáticos passivos, isto é, a capacidade de estabelecer uma ponte entre os conteúdos didáticos disponibilizados nas sessões e o adequar as respostas aos vídeos-estímulo.

Por outro lado, ao contrário do grupo de controlo, os participantes do grupo de prática deliberada tiveram a oportunidade de aceder a treino e tarefas ligadas à prática deliberada, bem como receber *feedback* relativamente ao seu desempenho, o que lhes permitiu identificar lacunas mais facilmente nas respostas dadas, facilitando a compreensão de quais os aspetos a melhorar e desta forma desenvolver uma nova habilidade. Este achado é consistente com os resultados de pesquisas anteriores, onde a incorporação de componentes comportamentais no treino dos participantes, assim como a integração explícita de oportunidades para receber *feedback*, isto é, oportunidade de os *trainees* avaliarem os seus esforços individuais e praticar respostas empáticas adequadas, aumentou o efeito da empatia (Anderson et al., 2019; Li et al., 2019; Perlman et al., 2020). A combinação da resposta do participante e o fornecimento de *feedback* específico sobre essa resposta (em relação à proximidade com o desempenho adequado), repetidamente, parece determinante para moldar uma resposta eficaz (Ericsson & Pool, 2016; Ericsson, Krampe, & Tesch-Römer, 1993).

Os resultados deste estudo sugerem, portanto, a importância do *feedback* recebido relativo ao desempenho e progresso ao longo do tempo, um dos pilares centrais da prática

deliberada veiculados, tanto por Ericsson (2006), como descrito no ciclo de excelência, por Rousmaniere et al. (2017). Assim como sugerem a relevância de identificar lacunas e explorar oportunidades de melhoria, proporcionadas por essas mesmas lacunas (Rousmaniere et al., 2017). Concluindo, tal como nos primeiros estudos por Chow et al. (2015) e Goldberg et al. (2016) que, apuraram que a quantidade de tempo que os psicoterapeutas gastam em atividades ligadas à prática deliberada influencia positivamente os resultados obtidos, também neste estudo os participantes alocados no grupo de prática deliberada apresentaram melhores pontuações.

Tal como nos estudos de Li et al. (2019) e Perlman et al. (2019), o nosso estudo admitiu no grupo de controlo um treino mais tradicional, consistindo somente em conteúdos didáticos, enquanto o grupo experimental beneficiou, para além de conteúdos didáticos, de prática deliberada. De facto, as semelhanças não se ficaram pelo *design* experimental destes dois estudos, mas também se verificaram nas melhorias significativas encontradas nos resultados do grupo de prática deliberada, em detrimento da falta de melhorias significativas observada no grupo de controlo. Em conclusão, os resultados apresentados neste estudo são concordantes com a ideia de que o incrementar de habilidades clínicas, como a empatia, carece de um método eficaz, para além da aprendizagem didática, assim como sugerem a prática deliberada como uma solução passível de preencher a lacuna entre o conhecimento teórico de habilidades clínicas e a aplicação deste conhecimento na prática clínica (Rousmaniere et al, 2017). No entanto, estes resultados devem ser interpretados com cautela e várias limitações devem ser sublinhadas.

Uma destas limitações concerne com a dimensão da amostra: é possível que o número reduzido de participantes efetivos tenha tido impacto no resultado, levantando a questão se com mais participantes encontraríamos resultados diferentes. Deste modo, constitui-se também como limitação a desistência de participantes no decorrer do estudo, uma vez que alguns acabaram por não submeter todas as respostas em vídeo, a todos os momentos. De facto, ao longo da recolha de dados houve um decréscimo dos participantes, no entanto, para acompanhar a tendência dos dados sem reduzir o poder, substituíram-se os dados ausentes pelos *scores* médios dos valores conhecidos dessa variável. Esta limitação sugere a reflexão sobre a impossibilidade de controlar uma variável que possivelmente poderá comprometer o envolvimento dos participantes na prática deliberada: a motivação destes para a prática deliberada solitária.

No âmbito deste estudo, o tempo foi, também, uma limitação, nomeadamente a nível da duração do estudo: as sessões e respostas dos participantes ocorreram durante, aproximadamente, um mês. Como já foi referido anteriormente, um dos princípios da prática deliberada, preconizado por Ericsson (2006), diz-nos que esta não é um método com ganhos a curto prazo, e sim, um método que exige tempo, por vezes meses ou até anos de empenho, para conseguir gerar melhorias na performance. Podemos questionar-nos, então, se com mais sessões e momentos de avaliação, o grupo de prática deliberada desenvolveria mais competências.

Outra limitação encontrada prendeu-se com os níveis de ICC, uma vez que nem sempre foram bons, o que poderá levar a uma maior flutuação nos critérios de avaliação da empatia e dessa forma comprometer os resultados. Como forma de contornar este obstáculo, em pesquisas futuras, os avaliadores poderiam receber instruções e treino específicos de supervisores, que lhes permitissem ter critérios mais coesos na interpretação e aplicação da Escala MEE.

Por fim, é importante também denotar os vídeos serem os mesmos ao longo dos três momentos, interrogamo-nos por isso se será gerador de um efeito de aprendizagem por repetição do estímulo, isto é, se os participantes seriam capazes de extrapolar, futuramente, as competências aprendidas, na presença de estímulos diferentes. Com isto postula-se que, apesar dos resultados demonstrarem uma relação entre a prática deliberada e o incrementar de respostas empáticas adequadas, fica a questão se estes poderiam ser diferentes caso estas limitações fossem debeladas.

Não obstante estas limitações, este estudo também possui alguns pontos fortes. Primeiramente, trata-se de um estudo correlacional, o que permite, ao comparar os dados dos dois grupos relativos ao incrementar de empatia adequada, fornecer uma descrição dos dados referentes às variáveis em estudo e a relação existente entre elas; e segundo, este estudo contou com a inclusão de dois avaliadores cegos à afiliação dos grupos, diluindo desta feita o possível viés de avaliação, uma vez que os avaliadores costumam ter tendência a favor ou contra uma determinada intervenção baseada em conhecimento prévio.

As presentes conclusões, embora preliminares, sustentam em parte as hipóteses do nosso estudo, assim como apoiam a investigação contínua de Prática Deliberada aplicada ao campo psicoterapêutico, nomeadamente inserida no contexto pedagógico dos cursos de psicologia. A par dos resultados de estudos mais recentes, também este estudo sugere os efeitos significativos

do treino de prática deliberada no incrementar de empatia adequada. De facto, este achado não é novo. O que é novo e promissor é perceber o efeito positivo da prática deliberada mesmo em grupo, dado que um dos fundamentos da prática deliberada, preconizados por Ericsson, é que esta deverá ser individualizada (Ericsson, 2006). Este princípio levanta questões relacionadas com o tempo e o custo despendidos associados à prática deliberada, e até o acesso equitativo de estudantes e profissionais da área de psicologia à mesma, isto é, o acesso à excelência. Este achado reforça, então, a importância de refletir sobre a inclusão de prática deliberada no contexto pedagógico dos cursos de psicologia e os benefícios custo-tempo que seriam subtraídos havendo a possibilidade de ser adaptada a grupos. Arriscaríamos ainda sugerir que os benefícios da Prática Deliberada inserida num contexto grupal, ao permitir que os participantes acedam não só às suas falhas, assim como às falhas dos colegas, que hipoteticamente sendo diferentes geram *feedback* e treino específico diferentes, lhes permitem ter acesso a mais informação sobre o que não fazer, sobre o que fazer e como fazê-lo, multiplicando as oportunidades de aprendizagem e sua aplicação prática e, desta forma, desenvolver novas habilidades, trilhando o caminho para a *expertise*. Importa salientar que, o que se pretende do ensino, mesmo do ensino universitário, é que seja aquilo que sempre deve ser: um lugar que dá resposta às necessidades dos alunos, independentemente das suas diferenças. Espera-se, pois, que o currículo e as práticas sejam diferenciados no sentido de que todos os alunos adquiram as competências esperadas em cada etapa académica. Alcançado este princípio basilar da educação, estaremos no bom caminho para a excelência. De facto, a prática deliberada parece ir ao encontro deste princípio. Desta feita, seria importante continuar a explorar esta questão em novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768, <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Patterson, C. L., Himawan, L., & Song, X. (2016). A prospective Study oh therapist facilitative interpersonal skills as predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84* (1), 57-66.
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling and deliberate practice of interpersonal skills improves facilitative interpersonal skills in short term responses. *Journal of Clinical Psychology, 76*: 659– 675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidencesupported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research, 25*(3), 330-347.
- 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.
- 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.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of The Psychoanalytic Concept of The Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care, 11*(8), 513-520
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy, 50*(2), 150.
- Charness, N., Tuffiash, M., Krampe, R., Reingold, E., & Vasyukova, E. (2005). The role of deliberate practice in chess expertise. *Applied Cognitive Psychology, 19*(2), 151-165.

- Chow, D. L., Seidel, J. A., Miller, S. D., Kane, R. T., Thornton, A., Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3) 337-345.
- 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*.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2th ed), Coimbra: Almedina
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry*, 65(6), 354-364.
- 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).
- Duncan, B.L. (2015). The person of the therapist: One therapist's journey to relationship. In Schneider, K.J., Pierson, J.F., & Bugental, J.F.T. (Eds.) *The Handbook of Humanistic Psychology: Theory, research, and practice* (pág. 457-472). Thousand Oaks, CE: Sage.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review*, 100(3), 363.
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (p. 683–703). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A. (2008). Deliberate Practice and Acquisition of Expert Performance: A General Overview. *Academic Emergency Medicine*, 15, 988-994.

- Ericsson, A., & Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy*, 48(1), 58.
- Fauth, J., Gates, S., Vinca, M. A., Boles, S., & Hayes, J. A. (2007). Big ideas for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 384.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comprehensive study of psychotherapy* (3ª edição). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- 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.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11.
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54-65.
- Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 3944
- Hashimoto, A. D. Sirimanna, P., Gomes, E. D., Beyer-Berjot, L., Ericsson, K. A., Williams, N. N., Darzi, A., & Aggawal, R. (2015). Deliberate practice enhances quality of laparoscopic surgical performance in a randomized controlled trial: From arrested development to expert performance. *Surgical Endoscopy*, 29(11), 3154-3162.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 25-32.
- 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.

- Helsen, W. F., Hodges, N. J., kel, J., & Starkes, J. L. (2000). The roles of talento, physical precocity and prantice in the development of soccer expertise. *Journal of Sports Sciences*, 18(9), 727-736.
- Hill, C. E., Sim, W., Spangles, P., Stahl, J., Sullivan, C., Teyber, E. (2008). Therapist Immediacy in Brief Psychotherapy: Case Stydy II. *Psychotherapy*. Vol. 45, No. 3, 298-315.
- Hill, C. E., Kivlighan, D. M., III, Rousmaniere, T., Kivlighan, D. M., Jr., Gerstenblith, J. A., & Hillman, J. W. (2019, August 26). Deliberate Practice for the Skill of Immediacy: A Multiple Case Study of Doctoral Student Therapists and Clients. *Psychotherapy*, <https://doi.org/10.1037/pst0000247>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- 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 metaanalyses. *Jama Psychiatry* 71:706–715. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112
- Hunt, E. A., Duva-Arnold, J. M., Nelson-McMillan, K. L., Bradshaw, J. H., Diener-West, M., Perretta, J. S. & Shikkovsky, N. A. (2014). Pediatric residente resusvitation skills improve after “Rapid Cycle Deliberate Practice” training. *Resuscitation*, 85(7), 945-951.
- Krampe, R. T., Ericssom, K. A. (1996). Maintaining excelence: Deliberate practice and elite performance in young and older pianista. *Journal of Experimental Psychology: General*, 125(4), 331-359.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 165-174.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72.
- Lambert, M. J. (2013). 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*.
- 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.
- 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.
- Levy, K. N., Ehrental, J. C., Yeomans, F. E., & Caligor, E. (2014). The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 377–421.
- Li, J., Li, X., Gu, L., Zhang, R., Zhao, R., Cai, Q., . . . Wei, H. (2019). Effects of simulation-based deliberate practice on nursing students' communication, empathy, and self-efficacy. *Journal of Nursing Education*, 58(12), 681-689
- Macnamara, B, N., Hambrick, D, Z., & Oswald, F, L. (2014). Deliberate Practice and Performance in Music, Games, Sports, Education, and Professions: A MetaAnalysis. *Psychological Science*.
- Macnamara, B, N., Moreau, D., Hambrick, D, Z. (2016) The Relationship Between Deliberate Practice and Performance in Sports: A Meta-Analysis. *Psychological Science*, Vol. 11(3) 333-3350.
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics (7th ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- McGaghie, W. C., Issember, S. B., Cohen, E. R., Barsuk J. H., & Wayne B. D. (2011). Does Simulation-based Medical Education with Deliberate Practice Yield Better Results than Traditional Clinical Education? A Meta-Analytic Comparative Review of the Evidence. *Acad Meded*, 86(6), 706-711.
- McKay, K. M., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of affective disorders*, 92(2), 287-290.
- 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., and Duncan, B. L. (2007). Supershinks: Learning from the field's most effective practitioners. *Psychotherapy Networker*, 31, 26–35, 56.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97.
- Miller, S. D., Chow, D., Wampold, B. E., Hubble, M. A., Del Re, A. C., Maeschalck, C., Bargmann, S. (2018). To be or not to be (an expert)? Revisiting the role of deliberate practice in improving performance. *High Ability Studies*
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 48-60.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A., & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling and Development*, 88(2), 204.
- 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.
- Platz, F., Kopiez, R., Lehmann, A. C., Wolf, A. (2014) The Influence of Deliberate Practice on Musical Achievement: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*.
- Perlman, M., Anderson, T., Foley, V., Mimnaugh, S., & Safran, J. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado*. Lisboa: Factor
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 6(3): 412–415.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.

- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate Practice for Psychotherapists: A Guide to Improving Clinical Effectiveness*. Routledge, Taylor & Francis.
- Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the Inner Skills of Psychotherapy: A Deliberate Practice Manual*. Gold Lantern Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387.
- 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.
- Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos*. Lisboa: Fim de Século
- Smith, M. L., & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Spengler, P. M., & Pilipis, L. A. (2015). A Comprehensive Meta-Reanalysis of the Robustness of the Experience-Accuracy Effect in Clinical Judgment. *Journal of counseling psychology*. 62(3), 360-378.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193– 207.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677– 688.

- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421-447.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218–229.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629-642.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48(1), 50-57
- 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., & Brown, G. (2005). Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914 –923.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of metaanalyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.).
- 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., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and Why Are Some Therapists Better Than Others?* (p. 37-54). American Psychological Association.

Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144.

ANEXOS

Anexo I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Investigação em psicoterapia

1.1. Eficácia da psicoterapia

É nas décadas de 50 e 60 que a polémica em torno da eficácia da psicoterapia atinge o apogeu. O primeiro a fomentar a discussão em torno desta questão foi Hans Eysenck (1952), ao afirmar não existirem provas científicas que corroborassem a eficácia da psicanálise e de outras terapias de inspiração psicanalítica, conferindo todo o mérito às psicoterapias comportamentais. Strupp (1963), por sua vez, contra-argumentou, defendendo os efeitos positivos da psicanálise e das psicoterapias de inspiração psicanalítica. O digladiar, pela troca de artigos, entre Eysenck e Strupp, instigou a produção de mais e mais investigação, havendo um ganho, não só quantitativo, como também qualitativo (Wampold & Imel, 2015).

O volte-face surge em 1977, quando a publicação da meta-análise de Smith e Glass revelou existirem fortes evidências a favor da eficácia geral da psicoterapia, independentemente do modelo teórico (Smith & Glass, 1977). Em 1980, a segunda meta-análise, por Smith e colaboradores, reuniu um maior número de estudos e não só corroborou as conclusões da primeira, como também sugeriu que no final do tratamento o cliente estava melhor do que 80% da amostra controle (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015; Sousa, 2017). Mais de uma década após as primeiras conclusões sobre a eficácia da psicoterapia, Lipsey e Wilson (1993), sintetizaram 302 meta-análises e novamente a eficácia da psicoterapia foi confirmada. A história revela-nos que, desde 1977 até aos dias de hoje, vários estudos individuais e várias meta-análises foram criados de raiz ou replicados e as conclusões são inequívocas: a psicoterapia é eficaz, produz alívio no sofrimento, quando comparada a tratamento placebo ou ausência de tratamento e, comparativamente com a terapia medicamentosa, o efeito da psicoterapia é tão eficaz, mais duradouro e apresenta menos resistência (Cuijpers, P. et al., 2013; Huhn et al, 2014; Lambert, 2015)

Estabelecida a eficácia da psicoterapia, uma nova questão surge: haverá uma abordagem psicoterapêutica mais eficaz?

Com o intuito de responder a esta questão surgiram novos estudos e meta-análises cujas conclusões, surpreendentemente, validaram a premissa de não existirem diferenças substanciais

entre as múltiplas orientações psicoterapêuticas (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Inclusive, verificou-se que retirando elementos fundamentais de certas intervenções, os resultados não seriam afetados ao nível da eficiência (Lambert, 2013). Por outras palavras, os estudos não encontraram diferenças significativas quanto à eficácia das diferentes abordagens – psicodinâmica (Levy et al., 2014; Leichsenring et al., 2014), cognitiva-comportamental (McMain, S., et al., 2015), humanista-experiencial (Angus, L., et al., 2015), sistémica-familiar (Heatherington, L., et al., 2015) e existencial (Vos, J., et al., 2015) - no geral e para perturbações específicas (Wampold et al., 2017).

Pese embora, ainda haja quem defenda, até aos dias de hoje, a existência de psicoterapias mais eficazes do que outras, a investigação científica não encontrou diferenças significativas e consistentes entre elas, tornando-se esta questão supérflua, surgindo a pertinência de perceber quais os fatores que moderam estes resultados.

Segundo Lambert, tal pode dever-se a uma série de explicações alternativas: diferentes terapias podem alcançar objetivos semelhantes através de processos diferentes; diferentes resultados ocorrem, mas não são detetados pelas estratégias de investigação, por exemplo devido a questões metodológicas; e terapias diferentes incorporam fatores comuns que são curativos (Lambert, 2013). Lambert (2013) sugeriu também, um modelo explicativo para a variância de resultados em psicoterapia em que: 40% seriam atribuíveis a fatores extraterapêuticos, isto é, características do cliente e do seu meio ecológico; 30% a fatores comuns; 15% às expectativas do cliente; e apenas 15 % a técnicas específicas de cada abordagem.

Atualmente, a investigação da eficácia da psicoterapia está dividida entre duas posições: por um lado a ideia da psicoterapia análoga à medicina; e por outro lado a que se foca nos fatores comuns (Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013). O racional da primeira posição incide na eficácia de diferentes abordagens psicoterapêuticas e no desenvolver de terapias empiricamente suportadas para condições diagnósticas específicas através de ensaios clínicos aleatorizados, cujos resultados contribuam para diretrizes de tratamento, enquanto que a segunda posição, ao invés de se concentrar nos fatores específicos responsáveis pelo sucesso de terapias específicas, procura os fatores comuns às abordagens que são responsáveis pela mudança (Miller et al., 2013). A verdade é que a pesquisa em psicoterapia sugere que estes fatores possam ser mais importantes do que os fatores "técnicos" de cada escola, no atingir de

ganhos terapêuticos, uma vez que estão presentes nas diferentes abordagens terapêuticas e são eficazes no tratamento de vários distúrbios e problemáticas diversas (Wampold et al., 2017).

1.2. Factos desafiantes

Apesar das boas notícias quanto à eficácia da psicoterapia, *não há bela sem senão*, os desafios ainda são vários e, em prol de melhores práticas, há que reconhecê-los de forma a encontrar estratégias que os diluam.

Um desses desafios são as elevadas taxas *dropout*. Uma meta-análise de 2012 chegou à conclusão que 1 em cada 5 pacientes abandonou prematuramente o tratamento (Swift & Greenberg, 2012; Swift & Greenberg, 2014). Este fenómeno parece ser mediado pela qualidade da aliança terapêutica (Sharf, Primavera & Diener, 2010). Mais recentemente, uma outra meta-análise sugeriu que o *dropout* ocorre significativamente mais vezes nas primeiras sessões da intervenção (Fernandez et al., 2015). A problemática do *dropout* é particularmente relevante, uma vez que o número de sessões necessárias para que 50% dos clientes atinjam ganhos significativos são cerca de 14, e para 70% dos clientes cerca de 23 (Harnett, O'Donovan & Lambert, 2010). Por outro lado, existe controvérsia quanto à “prescrição” de um número estandardizado de sessões, já que o número de sessões necessárias para que hajam ganhos significativos, variam substancialmente conforme o paciente (Owen et al., 2014).

Outra das problemáticas mais inquietantes é a elevada percentagem de efeitos adversos em psicoterapia, dado que uma parte considerável dos clientes terminam uma intervenção psicológica em pior estado do que quando começaram (Wampold & Imel, 2015). Estudos com terapeutas altamente formados e supervisionados revelaram que: 5% a 10% dos clientes pioram em terapia; e 35% a 40% não experienciam qualquer melhoria (Lambert et al., 2005; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). Esta problemática assume contornos mais alarmantes em intervenções junto de crianças e adolescentes em que a deterioração é de 10% a 20% (Warren et al., 2010).

Para além dos dados gritantes já mencionados, a autoavaliação dos psicoterapeutas quanto à eficácia é surpreendente. Estudos indicam que a maioria dos psicoterapeutas, consistentemente, sobrestima a sua eficácia em psicoterapia. Os dados recolhidos da investigação sugerem que 25% dos terapeutas acreditam estar no percentil 90 de eficácia, sendo que nenhum terapeuta tende a avaliar-se abaixo da média (Walfish et al., 2012). Também a generalidade dos terapeutas é ineficaz na avaliação do estado da relação terapêutica (Hartmann,

2015) e no reconhecer de clientes em deterioração clínica (Hatfield et al., 2010). Uma meta-análise apurou que as avaliações da aliança terapêutica, da perspectiva dos clientes e dos terapeutas, se correlacionavam por apenas .36 (Tryon, Blackwell & Hammel, 2007). Terapeutas e clientes tendem também a variar na importância atribuída a diferentes aspectos do processo terapêutico (Bachelor, 2013; Timulak, 2010).

Estes dados revelam-nos os pontos melindrantes a serem explorados pela investigação, a fim de melhorar a eficiência terapêutica. Sublinha-se assim, a importância de os psicoterapeutas terem um modelo teórico que sustente a prática clínica, por um lado, mas por outro lado, terem a responsabilidade de adequar as intervenções para cada paciente e situação singular, de forma a construir um racional convincente com o paciente (Norcross & Wampold, 2013) que contribua para a eficácia da psicoterapia. Nesse sentido surge a necessidade de perceber quais os fatores comuns a todas as abordagens, não enfatizados por estas, mas que influenciam o processo terapêutico.

2. Fatores comuns

Rosenzweig em 1936, numa alusão quase profética, foi um dos primeiros a ilustrar a ideia dos fatores comuns, no que ficou célebre como o veredicto do pássaro Dodo – “Todos ganharam e todos merecem prémios” – personagem da obra de literatura “As aventuras de Alice no país das maravilhas”. Este autor defendia que diferentes abordagens de intervenção podiam ser igualmente eficazes pois continham princípios comuns de mudança. Por outras palavras, existiria um conjunto de fenómenos transversais a qualquer processo terapêutico que teriam um impacto maior nos resultados do que as diferenças específicas propostas por cada abordagem (Rosenzweig, 1936; Frank & Frank, 1991; Laska, Gurman & Wampold, 2014). Rosenzweig, apontou cinco fatores comuns: a relação entre paciente e terapeuta; a catarse emocional do paciente; o impacto da personalidade do terapeuta; o desenvolvimento por parte do paciente de um construto consistente para atingir um certo nível de organização, através da adesão do terapeuta a um modelo específico; e a complexidade de eventos psicológicos e natureza interdependente da personalidade, que levariam a que qualquer intervenção significativa tivesse impacto no todo, iniciando-se o processo de reabilitação (Rosenzweig, 1936).

Como supramencionado, muita tinta correu ao longo de décadas, tinta essa que fez ressuscitar a hipótese de existirem fatores comuns a todas as psicoterapias. Jerome Frank (1991), foi mais um a conceptualizar um modelo explicativo de como esses agentes poderiam operar, apontando quatro fatores: o estabelecer de uma relação de confiança emocionalmente

significante com o terapeuta; um ambiente adequado, seguro, confidencial, onde o paciente sinta que pode revelar aspectos da vida pessoal; estabelecer um corpo teórico, isto é, um racional, que promova uma explicação para as questões trazidas pelo paciente para a psicoterapia; e finalmente, um ritual consistente com o racional teórico, onde participem paciente e terapeuta, que conduza aos objetivos terapêuticos (Frank & Frank, 1991).

Em 2001 Wampold, partindo do modelo de Jerome Frank, sugeriu o modelo contextual, um meta-modelo explicativo de como funcionam as diferentes abordagens de intervenção psicológica, isto é, um modelo que conceptualiza os mecanismos e ingredientes transversais a qualquer processo terapêutico. Com este modelo, Wampold forneceu uma alternativa desafiadora ao paradigma dominante usado para explicar a eficácia psicoterapêutica: o modelo médico (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

Wampold, destacou três vias de mudança terapêutica, interdependentes, que promovem a eficácia psicoterapêutica: a relação real entre terapeuta e cliente; a criação de expectativas positivas; e a promoção de ações terapêuticas dentro e fora da sessão. Segundo Wampold, a relação real, entre terapeuta e cliente, é pautada pela genuinidade mútua: um terapeuta com características como a empatia, a atenção e a genuinidade, pode ter efeitos psicológicos significativos e por sua vez influenciar a motivação e expectativa do paciente (Wampold & Imel, 2015). A criação de expectativas positivas é o motor para que o paciente sinta esperança de que é possível resolver os seus problemas e voltar a sentir-se bem. Todavia, é necessário existir um acordo entre paciente e terapeuta, onde ambos têm um papel cooperante na decisão das tarefas e objetivos da terapia. A promoção de ações terapêuticas, dentro e fora da sessão, vai depender do modelo teórico que for utilizado e, não só ajuda a criar expectativas, como tem como objetivo ajudar o paciente a pensar sobre o mundo de uma forma mais ajustada, melhorar as suas relações interpessoais e auxiliar na expressão de emoções e na aceitação de si mesmo (Wampold, 2015). Todavia, antes que estes fatores entrem em ação, há um primeiro encontro, em que o paciente precisa sentir confiança e segurança, competência e compreensão. Ingredientes fundamentais para que se dê início a uma boa aliança terapêutica (Wampold, 2015) e crucial, tendo em conta as taxas de *dropout* após a primeira consulta (Fernandez et al., 2015).

A aliança terapêutica é um dos fatores comuns mais citados e estudados entre as várias abordagens terapêuticas. Esta pode ser definida como a união entre: o acordo sobre os objetivos; consenso sobre as tarefas terapêuticas; e uma ligação emocional entre paciente e terapeuta (Bordin, 1979; Sousa, 2017). Quando estes três subfactores estão bem estabelecidos, eles

formam a base para uma boa aliança terapêutica e logo para melhores resultados. Por exemplo, uma meta-análise preponderante, por Horvath e Symonds (1991), concluiu que os resultados em psicoterapia eram mais influenciados pela qualidade da aliança terapêutica do que pelo tipo de tratamento administrado. Embora diferentes orientações terapêuticas definam a aliança terapêutica de diferentes modos, a investigação demonstrou consistentemente que a sua qualidade é o melhor preditor de resultados em psicoterapia, independentemente da abordagem utilizada (Horvath & Symonds, 1991; Horvath et al., 2011).

Mais recentemente, John Norcross (2011), após um conjunto importante de revisões de literatura, reiterou que as variáveis terapêuticas com melhor correlação para com os resultados clínicos, são transversais a qualquer abordagem, e mais uma vez, destacou a aliança terapêutica como o melhor preditor de resultados em psicoterapia (Norcross, 2011). As meta-análises que daí advieram destacam também, como especialmente significativos, a empatia adequada por parte do terapeuta (Elliott et al., 2011), a aceitação incondicional (Farber & Dolin, 2011), o consenso entre terapeuta e cliente nos objetivos terapêuticos (Tryor & Winograd, 2011) e a capacidade de reparar rupturas na aliança terapêutica (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014).

Lambert (2013) agrupou os fatores comuns em três categorias sequenciais: fatores de suporte (relação positiva, estrutura e organização, ambiente seguro, aliança terapêutica, empatia, respeito e genuinidade do terapeuta, catarse ou libertação de tensões); fatores de aprendizagem (experiências emocionais corretivas, insight, novas percepções sobre si mesmo, assimilação de experiências problemáticas, mudança de expectativas); e fatores de ação (enfrentar medos e assumir riscos, experienciar novos comportamentos, domínio cognitivo, regulação emocional e comportamental). Esta sequência de fatores comuns é transversal a todas as psicoterapias e, como já foi mencionado anteriormente, responsável por cerca de 30% da eficácia psicoterapêutica (Lambert, 2013).

A literatura e a investigação disponíveis tendem a apoiar muitas das premissas defendidas pela perspectiva dos fatores comuns (Laska, Gurman & Wampold, 2014), sem retirar o papel fundamental do paciente em todo o processo, dada a relação simbiótica, dirige o foco para o papel do terapeuta no processo e resultados terapêuticos.

3. Efeitos do terapeuta

A investigação em psicoterapia aponta para que as variáveis relacionadas com os terapeutas se destaquem em detrimento dos modelos psicoterapêuticos por eles aplicados, dado que existem cada vez mais evidências de que alguns terapeutas têm melhores resultados do que outros, existindo muitas diferenças na eficácia destes, independentemente das técnicas específicas usadas (Wampold & Serlin, 2000). Neste sentido, há que considerar o próprio terapeuta como uma variável isolada, isto é, o modo como influencia o processo e os resultados terapêuticos (Duncan, 2015).

Um estudo recente analisou várias meta-análises e chegou à conclusão que os efeitos específicos do terapeuta podem contribuir significativamente para a mudança e que, quando considerados, entre 65% a 80% dos efeitos atribuídos à intervenção deixam de ser estatisticamente significativos (Owen et al., 2015; Sousa, 2017).

Pese embora o descuro desta variável, já em 1986 um estudo realizado por Luborsky e colaboradores teria tentado averiguar a existência de efeitos significativos do terapeuta nos resultados, concluindo existir uma grande variabilidade de sucesso terapêutico dependendo do terapeuta em causa (Sousa, 2017). No entanto, é em 1991 que surge, a primeira meta-análise especificamente criada para avaliar esta variável, concluindo que aproximadamente 9% da variabilidade dos resultados psicoterapêuticos é atribuível a efeitos do terapeuta (Crits-Christoph et al., 1991). Mais recentemente, uma meta-análise baseada em 46 estudos, 1281 terapeutas e 14519 pacientes, atribuiu 5% de variabilidade dos resultados a efeitos do terapeuta (Baldwin & Imel, 2013). Esta discrepância para com os resultados de Crits-Christoph e colaboradores pode dever-se, em parte, a diferenças atribuíveis ao contexto naturalista de certos estudos (Wampold & Imel, 2015).

A literatura sugere que a variância dos efeitos do terapeuta atribuídos à mudança, verifica-se independentemente do modelo teórico, do tipo de perturbação ou do tipo de intervenção, assim como também sugere que, alguns psicoterapeutas conseguem sistematicamente melhores resultados (Lambert, 2013 & Baldwin & Imel, 2013). Por exemplo, Miller, Hubble, Chow & Seidel (2013) identificaram que estes terapeutas, chamados de Supershrinks, tiveram em média 50% de melhores resultados do que os seus pares. Estes efeitos parecem ser significativos até em intervenções medicamentosas, uma vez que diferentes psiquiatras alcançam resultados diferentes (McKay, Imel & Wampold, 2006). A verdade é que existem terapeutas consistentemente mais eficazes ao longo do tempo e numa variedade de

settings, cujos clientes atingem uma mudança três vezes superior relativamente aos restantes (Wampold & Brown, 2005). De facto, a literatura cimenta a importância do terapeuta.

Se por um lado é importante identificar as particularidades dos psicoterapeutas mais eficazes, por outro lado e de mãos dadas, é importante identificar quais as características que não interferem no processo terapêutico. Contrainstintivamente, a literatura tem vindo a apresentar dados surpreendentes que não parecem influenciar os resultados clínicos: como é o caso da idade, sexo, orientação terapêutica, anos de experiência ou anos de treino e supervisão (Brown et al., 2005; Wampold & Brown, 2005; Anderson et al., 2009).

Em 2005, Brown, Lambert, Jones e Minami realizaram um estudo que analisou os resultados obtidos por 281 terapeutas com os seus respetivos 10812 clientes, concluindo que os anos de experiência clínica não eram uma variável preditora de resultados em terapia. Outra meta-análise concluiu que os anos de experiência clínica não se correlacionam significativamente com um aumento da precisão de tomada de decisões clínicas (Spengler & Pilipis, 2015). Além do mais, não existem diferenças significativas de resultados entre psicoterapeutas profissionais e terapeutas em treino/supervisão (Nyman, Nafziger & Smith, 2010; Budge et al., 2013). A investigação não sugere um aumento da eficácia clínica do terapeuta após supervisão ou formação em psicoterapia, para lá do tempo de formação em si (Fauth et al. 2007; Watkins Jr, 2011). Finalmente, o uso e adesão a intervenções manualizadas não influencia significativamente a terapia de modo a dissipar os efeitos do terapeuta (Owen & Hilsenroth, 2014).

Então quais serão as características e/ou competências do terapeuta que conduzem ao sucesso terapêutico?

Como já foi abordado anteriormente, a formação e manutenção de uma boa aliança terapêutica é uma das principais competências apontadas pela investigação, uma vez que terapeutas mais eficazes têm uma maior capacidade em promover uma boa ligação emocional com diversos tipos de clientes e estabelecer de forma mais eficiente um consenso entre objetivos e maneiras de os atingir (Baldwin, Wampold & Imel, 2007). A investigação em psicoterapia sugere então que, o nível de colaboração entre terapeuta e cliente é um dos mais importantes preditores de resultados, indicando que terapeutas mais eficazes tendem a promover o diálogo, negociação e ajustes contínuos às dimensões da aliança (Wampold & Imel, 2015).

Também as competências interpessoais facilitadoras (*facilitative interpersonal skills - FIS*) têm sido alvo de estudo. Essas competências contemplam oito dimensões: fluência verbal, empatia, criação de expectativas positivas, expressividade emocional, persuasão, flexibilidade e capacidade de identificação e reparação de rupturas na aliança terapêutica (Anderson et al. 2015). Os terapeutas podem diferir no grau em que possuem estas competências interpessoais, razão que pode explicar parte da variabilidade dos resultados terapêuticos obtidos por diferentes terapeutas (Anderson et al., 2016). Por melhor que decorram as sessões, é natural que existam, em algum momento, rupturas na relação, seja por percepção de incompreensão, falhas empáticas, ou outras razões, e nem sempre os terapeutas têm noção do que está a acontecer (Safran & Muran, 2000). Estes momentos de tensão podem ser considerados obstáculos, mas devem ser entendidos de uma forma mais positiva, encarando-os como uma oportunidade de exploração e até de mudança (Safran & Kraus, 2014). Assim, também este tipo de variáveis relacionais, podem contribuir para resultados clínicos superiores.

Outra das práticas fundamentais, encontradas em terapeutas mais eficazes e que contribui para melhores resultados terapêuticos é a monitorização do progresso clínico, que consiste em avaliar continuamente a eficácia da psicoterapia e adaptar as intervenções consoante o *feedback* dado pelo cliente (Lambert & Shimokawa, 2011), assim como a capacidade de o terapeuta duvidar de si (Nissen-Lie et al., 2015). O aumento desta insegurança profissional não é equivalente a sentimentos de incompetência. A capacidade de duvidar de si parece realmente estar associada a uma maior auto-estima, possivelmente porque indivíduos com grande auto-estima sentem-se menos ameaçados pela ideia de aceitar parte da responsabilidade pelo resultado do tratamento. Nesta perspetiva, a dúvida pessoal tem o potencial de motivar os terapeutas a refletir sobre o seu desempenho, o que por sua vez pode levá-los a procurar orientação e a alterar a sua abordagem (Nissen-Lie et al., 2015).

Por fim, uma das características que distingue os terapeutas mais eficazes é a vontade de conseguir obter um desempenho mais elevado: estes terapeutas investem o seu tempo em prática deliberada (Miller et al., 2007; Ericsson & Pool, 2016).

4. Prática Deliberada

“You can practice shooting 8 hours a day, but if your technique is wrong, then all you become is very good at shooting the wrong way. Get the fundamentals down and the level of everything you do will rise.” - Michael Jordan

Ao longo de décadas, Ericsson e colaboradores, pioneiros no estudo de profissionais de alto desempenho em áreas tão variadas como o esporte, o xadrez ou a música, procuraram entender quem eram os profissionais considerados “experts” e como atingiam o alto desempenho que os caracterizava. Contrariando a crença comum de que o talento surge de maneira natural e inata nos indivíduos, encontraram algo transversal a todos eles: a existência de prática deliberada (Ericsson, 2006).

Esta caminhada teve início em 1991, quando Ericsson, Krampe e Tesch-Romer foram à famosa Academia de Música de Berlim e perceberam que entre um grupo de experientes violinistas, haviam alguns que se destacavam em proficiência. Intrigados, solicitaram a estes violinistas que fizessem uma estimativa da quantidade de tempo que despendiam para o uso de prática deliberada por semana, ao longo da sua carreira. Ericsson e colaboradores chegaram à conclusão que os músicos considerados mais talentosos apresentavam uma estimativa da quantidade acumulada de prática deliberada solitária, muito superior à do grupo de músicos considerados menos bons (Ericsson, Krampe, & Tesch-Romer, 1993).

Aberta a caixa de pandora, em 1996, Krampe e Ericsson, apresentaram dois novos estudos, onde investigaram o papel da prática deliberada na manutenção de habilidades cognitivo-motoras em pianistas amadores e pianistas *experts*. Verificaram que, tanto pianistas mais velhos amadores como pianistas mais velhos experts, apresentavam um padrão normal de redução de velocidade e processamento, relacionados com a idade, no entanto, no desempenho de tarefas específicas relacionadas com a música, pianistas experts mais velhos, cuja a prática deliberada nesta área haviam mantido ao longo dos anos, apresentavam um desempenho, apenas, ligeiramente inferior ao de jovens pianistas profissionais. Ao que parece, a prática deliberada terá tido um papel relevante na manutenção ativa de desempenho superior no domínio específico, apesar do declínio geral relacionado com a idade (Krampe & Ericsson, 1996).

Ainda na área da música, em 2014 surge a primeira meta-análise, por Friedrich Platz e colaboradores, sobre o papel da prática deliberada no domínio da performance musical, que corroborou o papel central da prática deliberada de longo prazo no desempenho de músicos profissionais (Platz et al., 2014).

Assim como na música, um estudo realizado em 2005 na área do xadrez verificou que, jogadores com o mais alto nível de habilidade, isto é, mestres, passavam cinco vezes mais horas a treinar deliberadamente. Estes dados fornecem mais evidências que apoiam o argumento de que a prática deliberada desempenha um papel crítico na aquisição de conhecimento, assim como pode ser útil em questões pedagógicas relacionadas com a alocação ótima de tempo para diferentes atividades de aprendizagem (Charness, et al., 2005).

Tal como na música e no xadrez, alguns estudos na área da medicina também corroboraram a mais valia do uso de prática deliberada. Em 2011, McGaghie e colaboradores, numa revisão comparativa meta-analítica, cujo objetivo era perceber se o ensino médico baseado em simulação com prática deliberada produzia melhores resultados do que o ensino tradicional, chegaram à conclusão que a primeira é superior no atingir de objetivos específicos de aquisição de habilidades clínicas (McGaghie et al., 2011). Mais recentemente, em 2014, Hunt e colaboradores, realizaram um estudo que pretendia averiguar se médicos residentes em pediatria melhoravam as suas habilidades em reanimação, após ciclo rápido de prática deliberada. Mais uma vez, a melhoria no desempenho destes profissionais foi associada à implementação de prática deliberada na sua formação (Hunt et al., 2014). O treino tradicional, para além de não levar a um desempenho de maior qualidade quando comparado com a prática deliberada, ao que parece, pode deixar os indivíduos estagnados. Esta foi uma das conclusões de um estudo, levado a cabo por Hashimoto e colaboradores (2015), que pretendia averiguar se a prática deliberada melhorava a qualidade do desempenho cirúrgico laparoscópico (Hashimoto, et al., 2015).

Já no desporto, embora se tenha encontrado uma relação positiva entre prática individual acumulada e em equipa (Helsen et al., 2000), algumas controvérsias surgiram. Brooke Macnamara numa meta-análise de 2014, apesar de afirmar que prática deliberada é importante, declarou esta não ser o principal fator preditor a explicar a diferença no desempenho dos profissionais, destacando as habilidades e diferenças individuais como fatores que melhor explicam a variância no desempenho (Macnamara, 2014), contrariando assim a hipótese defendida por Ericsson, de que a diferença individual na quantidade de prática deliberada se

refletia nas diferenças individuais no desempenho de profissionais em diversas áreas. Já em 2016, Macnamara e colaboradores, ao estudarem a relação entre o desporto e a prática deliberada, verificaram que a prática deliberada explicava cerca de 18% da variância do desempenho no desporto. Constataram ainda que, os atletas de desempenho superior não tinham iniciado a sua atividade desportiva mais cedo do que os atletas com performances consideradas inferiores (Mcnamara, et al., 2016). Em resposta a estas investigações, foi publicado um estudo de Scott Miller e colaboradores, com o objetivo de mostrar os resultados obtidos após uma reanálise dos estudos presentes na meta-análise de Macnamara, concluindo que existe evidência empírica que sugere que a prática deliberada é de facto um método potente e confiável para melhorar o desempenho (Miller, et al., 2018).

Em paralelo com as primeiras investigações em prática deliberada, no início da década de 90, neurocientistas percebiam que o cérebro, mesmo o cérebro adulto, é muito mais adaptável do que até então se acreditava. A crença geral era de que, uma vez adulto, a rede neuronal do cérebro fosse praticamente fixa. Esta ideia andou de mãos dadas com a crença de que as diferenças individuais nas habilidades se deviam a diferenças geneticamente determinadas e que a aprendizagem era apenas uma maneira de cumprir o potencial genético. Hoje, sabe-se que o treino regular leva a mudanças nas partes do cérebro que são desafiadas pelo treino, novas conexões são feitas entre neurónios, enquanto conexões existentes podem ser fortalecidas ou enfraquecidas, e em algumas partes do cérebro é até possível que novos neurónios cresçam. O cérebro adapta-se a esses desafios, religando-se de forma a aumentar a capacidade de realizar as funções exigidas. Epilogando, o treino regular promove o desenvolvimento de representações mentais (Ericsson & Pool, 2016).

Pode sugerir-se então que, a prática deliberada envolve o desenvolvimento de representações mentais. Um facto chave sobre tais representações mentais é que se aplicam apenas à habilidade para a qual foram desenvolvidas, isto é, a um domínio muito específico. Estas representações mentais são armazenadas na memória a longo prazo e podem ser acedidas para responder de forma rápida e eficaz a certos tipos de situações. Através de anos de prática, *experts* desenvolvem representações altamente complexas e sofisticadas das várias situações suscetíveis de serem encontradas na prática profissional. Estas representações permitem-lhes ter maior facilidade em reconhecer, compreender, organizar e naturalmente responder mais rápida e eficazmente a determinados tipos de padrões, numa dada situação. Este facto explica a diferença de desempenho entre psicoterapeutas, assim como nos leva a pensar que é possível

assumir o controlo e moldar o potencial, de forma a construir um caminho promissor em determinada área, recorrendo a prática deliberada (Ericsson & Pool, 2016).

Esta é a mensagem fundamental que se deve retirar da pesquisa sobre os efeitos do treino do cérebro, mas há alguns detalhes adicionais que vale a pena anotar. Cérebros mais jovens, os de crianças e adolescentes, são mais adaptáveis do que os cérebros de adultos, de modo que o treino pode ter efeitos mais significativos em idades precoces e conseqüentemente moldar o seu desenvolvimento, conduzindo a mudanças significativas (Ericsson & Pool, 2016).

Mas afinal o que é a prática deliberada? Em 1996, K. Anders Ericsson define-a como um treino individual focado na monitorização rigorosa do desempenho do profissional ao longo do tempo, cujo pressuposto central é de que o desempenho superior é adquirido gradualmente através do investimento em tarefas de treino que o indivíduo possa dominar sequencialmente (Krampe & Ericsson, 1996; Chow et al., 2015). Todavia, a prática deliberada não só é decisiva para o desenvolvimento de desempenho superior, como também é decisiva para a manutenção das competências adquiridas (Chow, 2017), como explicam as neurociências. Exemplo disso: atletas que sofrem lesões que impedem de exercitar determinados membros, verificam uma diminuição da massa muscular, força muscular, resistência e conseqüentemente, diminuição do seu rendimento quando retomam a prática. O mesmo acontece com o cérebro quando deixa de ser exercitado (Ericsson & Pool, 2016).

A prática deliberada assenta em quatro pilares fundamentais: definição clara de objetivos e de tarefas específicas levemente fora da zona de conforto do profissional, certificando-se que as mesmas não excedem o limite do razoável e impedem de persistir nas tarefas com algum sucesso; repetição regular das tarefas estabelecidas; receber feedback imediato quanto ao desempenho e monitorização do progresso ao longo do tempo; e o envolvimento de um *Coach* que apoie no desenvolver e avaliar de tarefas adequadas ao nível de desempenho da pessoa (Rousmaniere et al., 2017).

Em suma, segundo Ericsson e Pool (2016), a prática deliberada é caracterizada pelos seguintes traços:

- A prática deliberada desenvolve habilidades que outras pessoas já descobriram como fazer e para as quais foram estabelecidas técnicas de treino eficazes.

- O regime de prática deve ser concebido e supervisionado por um professor ou coach que esteja familiarizado com as capacidades do sujeito e com a maneira mais eficaz de desenvolver essas capacidades.
- A prática deliberada ocorre fora zona de conforto e requer um esforço para além das habilidades atuais do sujeito, esforço esse, sentido geralmente como não agradável.
- A prática deliberada envolve objetivos bem definidos e específicos, no entanto para atingir um objetivo global, o coach irá desenvolver pequenas tarefas de forma a alcançar pequenas mudanças, que somadas cumpram o desempenho-alvo desejado.
- A prática deliberada é deliberada, isto é, requer a atenção total do sujeito e ações conscientes. Não basta seguir as indicações de um professor ou de um coach. O sujeito deve concentrar-se no objetivo específico da sua atividade prática.
- A prática deliberada envolve *feedback* e modificação de esforços em resposta a esse feedback. Inicialmente muito do feedback virá do professor ou coach, que irá acompanhar o progresso, apontar problemas, e oferecer soluções para resolver esses problemas. No entanto com tempo e experiência, espera-se que os sujeitos aprendam a auto-monitorar-se, detetar erros e ajustar em conformidade.
- A prática deliberada quase sempre envolve a construção ou modificação de habilidades adquiridas anteriormente, concentrando-se em aspetos particulares dessas habilidades e trabalhando para melhorá-las especificamente; ao longo do tempo, esta melhoria passo a passo acabará por levar a um desempenho especializado.

Pode dizer-se assim que, a prática deliberada obedece a o que Rousmaniere (2017) apelidou de ciclo de excelência – observação do desempenho, feedback, estabelecer objetivos, repetição de tarefas e avaliação do progresso (Rousmaniere et al., 2017) – no fundo uma atividade potencialmente interminável, sendo repetidamente comprovado pela investigação que os melhores profissionais de cada área tendem a manter uma rotina de treino mesmo após a obtenção de um desempenho superior. Assim, a "expertise" é criada, mas também mantida através de uma gestão pessoal contínua ao longo de décadas (Ericsson & Pool, 2016).

Ericsson destaca ainda que, tendo em conta as idiosincrasias de cada sujeito, é importante proporcionar oportunidades de treino associado ao uso da prática deliberada que incluam essas características, para além da competência que se pretende melhorar (Ericsson, 2006). Apesar de Malcolm Gladwell ter popularizado em 2008 no seu livro *Outliers* – a regra das 10,000 horas de treino necessárias para dominar qualquer área ou 10 anos – a investigação sugere que não seja assim tão “simples” e linear. O número de horas despendidas em prática

deliberada e necessárias para atingir um desempenho superior, varia significativamente entre áreas de trabalho e entre sujeitos (Ericsson, 2006; Rousmaniere et al., 2017). Salienta-se ainda que, não é o número de horas passadas a treinar as tarefas ou mesmo o conhecimento teórico sobre as mesmas, mas sim a avaliação e a verificação de resultados superiores ao longo do tempo que nos indica se a prática deliberada é ou não bem-sucedida (Goodyear et al, 2017).

Estes dados apontam que a prática deliberada é uma variável preponderante para o desenvolvimento de “expertise” e que está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento do desempenho superior em qualquer área de trabalho, como é o caso do da música, do xadrez, da medicina ou do desporto (Ericsson, K, A., 2008; Ericsson & Pool, 2016). Podemos supor que em psicoterapia não seja diferente.

4.1. Prática deliberada em psicoterapia

A eficácia da prática deliberada no incrementar de desempenho superior em áreas e domínios tão diversos, verificada em vários estudos, só mais recentemente chamou a atenção de investigadores na área da psicoterapia.

De acordo com Goodyear e colaboradores, o caminho para a excelência na área da psicoterapia deve dar início após uma correta definição e operacionalização do conceito “expertise”, na medida em que afeta a prática pessoal, a forma como psicoterapeutas/estudantes são preparados e até a qualidade do atendimento que os clientes recebem. Neste sentido, “expertise” é considerado um desempenho e competência de nível superior, de forma contínua, que se define pela obtenção de resultados clínicos, mensuráveis, consistentemente superiores (Goodyear et al, 2017).

Ainda que escassos e o longo percurso a percorrer na área da psicoterapia, os primeiros estudos procuraram perceber a importância da prática deliberada como mediadora de resultados clínicos.

O primeiro estudo, por Chow e colaboradores, surgiu em 2015 com o objetivo de avaliar a relação entre os resultados clínicos de uma amostra de terapeutas com um conjunto de variáveis profissionais e pessoais, entre as quais a existência e quantidade de prática deliberada (Chow, et al., 2015). À semelhança de estudos anteriores, o sexo, a idade e os anos de experiência clínica não se correlacionaram significativamente com os resultados clínicos obtidos, assim como a abordagem terapêutica, os estudos e o número de casos. Por outro lado,

tal como verificado em estudos noutras áreas, a quantidade de tempo que os terapeutas passaram em atividades de prática deliberada foi um preditor significativo dos resultados clínicos finais. Com esta investigação, o autor tirou duas conclusões principais: o tempo que os terapeutas gastam em prática deliberada influencia os resultados obtidos e sua respetiva eficácia; assim como, terapeutas considerados mais eficazes gastam significativamente mais tempo em atividades relacionadas com a prática deliberada que se destinam à melhoria da sua eficácia, ao contrário dos seus pares considerados menos eficazes (Chow et al., 2015).

Em 2016, Goldberg e colaboradores, apresentaram o primeiro estudo longitudinal, com o objetivo de investigar o impacto da monitorização e prática deliberada na eficácia geral de terapeutas. A recolha de dados referente a 153 terapeutas e seus 5128 pacientes, deu-se ao longo de 7 anos. Os autores chegaram às seguintes conclusões: anos de experiência não parecem correlacionar-se com a eficiência, o que veio reforçar conclusões de estudos realizados anteriormente; e, terapeutas que incluem prática deliberada na sua vida profissional, melhoram consistentemente a sua eficácia ao longo do tempo (Goldberg et al, 2016).

Mais recentemente, Hill e colaboradores (2019), investigaram a ligação da prática deliberada focada em *Immediacy*. Hill, definiu o conceito *Immediacy* como a perceção que o terapeuta tem da relação terapêutica, focada no aqui e no agora, isto é, os sentimentos imediatos em relação ao cliente, a si mesmo em relação ao cliente ou acerca da relação terapêutica (Hill, et. al, 2008). A amostra deste estudo contou com vários estudantes estagiários de Doutoramento. Os resultados qualitativos deste estudo sugeriram que o uso de prática deliberada foi eficaz na tomada de consciência e gestão das suas emoções, assim como na contratransferência, aspetos que podem ser percursos do uso eficaz de *Immediacy*. Adicionalmente houve ainda um efeito moderado e significativo na autoeficácia dos estagiários no uso da *Immediacy*. No entanto, essas mudanças auto-percebidas não foram associadas a melhores alianças avaliadas pelo cliente (Hill, C. et al., 2019).

Como já foi dito anteriormente, a prática deliberada foi considerada um método eficaz no fomentar de habilidades interpessoais (Anderson et al., 2019; Perlman et al., 2020; Westra et al., 2020). No entanto, só em 2019 e 2020 surgiram os primeiros estudos comparativos da aplicação desta ao estudo da psicoterapia.

O primeiro estudo, por Anderson e colaboradores (2019), embora tenha englobado estes dois campos (prática deliberada e competências interpessoais facilitadoras) – campos esses

identificados anteriormente em psicoterapeutas eficazes (Anderson et al., 2016; Ericsson & Pool, 2016) – retirou da prática deliberada a componente *feedback*, isto porque, em vez de um *coach*, o grupo de prática modelada, somente assistiu a vários vídeos em que o conteúdo terapêutico das respostas era assertivo/adequado e vários vídeos com respostas não assertivas, baseadas no FIS. Por sua vez, o grupo de controlo, visionou vários vídeos que continham respostas sem conteúdo terapêutico. Os investigadores pretendiam investigar se, após visionarem os vídeos da condição em que estavam alocados e darem uma resposta a um vídeo-estímulo, o grupo de prática modelada tinha melhores resultados na escala FIS, quando comparado com o grupo controlo. De facto, os resultados revelaram melhorias significativas no grupo de prática modelada (Anderson et al., 2019).

Também Perlman (2020) e seus colaboradores, conduziram um estudo onde pretenderam comparar dois métodos de treino na aquisição de competências relacionadas com a aliança terapêutica, assim como a aquisição de empatia adequada. Desta vez, o método consistiu em prática deliberada combinada com psicoeducação e o outro método admitiu um treino mais tradicional, com visualização de vídeos gravados de terapeutas altamente eficazes e discussões em grupo sem nenhuma prática comportamental ou feedback individual. Os resultados mostraram níveis mais significativos nas componentes de aliança terapêutica, assim como na empatia adequada, no grupo de prática deliberada, quando comparado com o grupo controlo (Perlman et al., 2020).

Por fim, Westra e colaboradores (2020) desenharam um estudo onde compararam um grupo de psicoterapeutas que participaram num workshop de prática deliberada, com um grupo de psicoterapeutas cujo workshop tinha componentes somente didáticas. Ambos os grupos tiveram que adequar as suas respostas a entrevistados que trouxeram diferentes situações de resistência à mudança. Os *trainees* de ambos os Workshops apresentaram um aumento significativo das competências avaliadas, no entanto, os observadores constataram que o grupo de prática deliberada se destacou quando comparado com o grupo de controlo. Embora as competências tenham diminuído passados 4 meses em ambos os grupos, os *trainees* de prática deliberada mantiveram vantagem sobre os *trainees* do workshop didático, assim como foram avaliados como mais empáticos pelos entrevistados da comunidade (Westra et al., 2020).

Fora do campo psicoterapêutico, a prática deliberada como método eficaz no desenvolvimento de habilidades empáticas, também foi testado por Li et al., (2019). Comparam-se dois grupos de enfermeiros, um alocado na condição prática deliberada e ensino

tradicional e outro, o controlo, sem a condição prática deliberada. Após a intervenção, os participantes do grupo experimental aumentaram significativamente os scores de capacidade de comunicação clínica, empatia e autoeficácia, em comparação com o grupo controlo.

Embora a investigação da prática deliberada aplicada ao campo psicoterapêutico ainda esteja na primeira infância, é unânime ao destacar os efeitos positivos no desenvolver de competências específicas. E ainda que haja um longo percurso a percorrer, a literatura parece proliferar velozmente. Em pouco tempo já foram publicados três manuais, por Tony Rousmaniere, potenciais protocolos para a implementação da prática deliberada em contextos psicoterapêuticos (Rousmaniere, 2016; Rousmaniere et al., 2017; Rousmaniere, 2019).

Tanto os diferentes estudos como a literatura especializada evidenciam a eficácia da prática deliberada em qualquer área, assim como referem que esta deverá ser sequencial, cumulativa e complexificar-se ao longo do tempo (Rousmaniere, 2016). Sugerem também que, a inclusão desta prática em idades precoces pode conduzir a mudanças significativas, ao incrementar representações mentais cada vez mais complexas e sofisticadas (Ericsson & Pool, 2016). Estes dados remetem-nos para a importância de refletir sobre a inclusão desta nas várias etapas de desenvolvimento de um psicoterapeuta: que vão desde o contexto académico, passando pelas várias fases de formação, até ao exercício da profissão, independentemente dos anos de experiência clínica. Neste sentido, seria importante perceber a necessidade de democratizar/incluir a prática deliberada no plano pedagógico universitário, assim como definir métodos comprovadamente eficazes, de modo a trabalhar as diferentes competências que conduzem ao sucesso terapêutico.

5. Objetivos do estudo

A literatura especializada reconhece atualmente a prática deliberada como uma das variáveis preponderantes para o desenvolvimento de “expertise”. Todavia, aponta alguns caminhos a serem explorados: como os fatores associados à prática deliberada que promovem mudanças no desempenho ao longo do processo terapêutico; e os efeitos desta em psicoterapia.

Uma vez que a literatura sugere que a prática deliberada promove o refinamento progressivo de determinadas competências, identificadas em psicoterapeutas mais eficazes - entre elas a empatia - e partindo do ponto que a sua inclusão precoce traz benefícios no incrementar progressivo da excelência, escolheu-se a empatia adequada como competência a ser desenvolvida por estudantes de psicologia.

Deste modo, propõe-se abordar o impacto da prática deliberada em estudantes de psicologia, dando respostas às seguintes questões de investigação:

- Quais as diferenças entre o efeito da prática deliberada e o ensino tradicional em estudantes ao nível da empatia?
- Quais os efeitos da prática deliberada e do ensino tradicional em estudantes ao longo do tempo?

Anexo II. Questionário Sociodemográfico

Obrigada por participar neste estudo. Pedimos-lhe que preencha um curto questionário demográfico. As suas respostas não serão partilhadas com pessoas externas à equipa responsável pelo estudo.

Eu compreendi todas as informações acima descritas e **consinto** em preencher este questionário

Eu **não consinto** em preencher este questionário



Indique o seu género

Masculino

Feminino

Outro/ prefiro não dizer



Indique a sua idade (por favor preencha os espaço apenas com **números**)



Indique a sua nacionalidade



Indique a sua etnia



Indique a as suas habilitações literárias e área de estudo/ especialização



Há quantos anos faz prática clínica? (Por favor, preencha o espaço utilizando apenas **números**)



Obrigado por responder ao questionário.



Anexo III. Measure of Expressed Empathy (MEE)

(Watson, J. C., 1999)

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

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

1. Does the therapist's voice convey concern?

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

2. Is the therapist's voice expressive?

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

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

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

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

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

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

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

6. Does the therapist look concerned?

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

7. Is the therapist responsive to the client?

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

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

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

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

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

10. Is the therapist accepting the client's feeling and inner experience?

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

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

Never 25% Half the time 75% All the time

Anexo IV. Coeficiente de Correlação Interclasse

Para avaliar o grau de concordância entre os avaliadores, foi realizado uma análise ao ICC, em cada um dos momentos de avaliação dos participantes. Os resultados destas análises indicam-nos que existiu um grau de concordância “bom” nos três momentos de avaliação do vídeo A ($\alpha = ,822$ no primeiro momento, $\alpha = ,790$ no segundo momento e $\alpha = ,764$ no terceiro e último momento de avaliação) e um grau de concordância “moderado” nos três momentos de avaliação do vídeo B ($\alpha = ,734$ no primeiro momento, $\alpha = ,664$ no segundo momento e $\alpha = ,646$ no último).

Tabela 1
Valores de ICC entre avaliadores

Momento de Avaliação	Valor do Alfa de Cronbach (α)
Vídeo A: Primeira Resposta	,822
Vídeo A: Segunda Resposta	,790
Vídeo A: Terceira Resposta	,764
Vídeo B: Primeira Resposta	,734
Vídeo B: Segunda Resposta	,664
Vídeo B: Terceira Resposta	,646

Video A - 1ª Avaliação

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,697 ^a	,484	,833	5,620	35	35	,000
Average Measures	,822 ^c	,653	,909	5,620	35	35	,000

Video A – 2ª Avaliação

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,661 ^a	,407	,819	4,771	31	31	,000
Average Measures	,796 ^c	,578	,901	4,771	31	31	,000

Video A – 3ª Avaliação

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,620 ^a	,323	,806	4,238	26	26	,000
Average Measures	,765 ^c	,489	,893	4,238	26	26	,000

Video B – 1ª Avaliação

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,583 ^a	,319	,763	3,760	35	35	,000
Average Measures	,736 ^c	,484	,865	3,760	35	35	,000

Video B – 2ª Avaliação

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,499 ^a	,189	,719	2,980	31	31	,002
Average Measures	,666 ^c	,318	,836	2,980	31	31	,002

Video B – 3ª Avaliação

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,477 ^a	,123	,725	2,827	25	25	,006
Average Measures	,646 ^c	,218	,840	2,827	25	25	,006

Anexo V. Outputs relativos à análise estatística

Output 1. Resultados estatísticos de normalidade

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Media entre Score Matilde e Ana VA R1	,218	26	,003	,919	26	,043
Score_VA_R2	,091	26	,200*	,974	26	,718
Score_VA_R3	,098	26	,200*	,969	26	,602
Score_VB_R1	,105	26	,200*	,977	26	,794
Score_VB_R2	,102	26	,200*	,985	26	,957
Score_VB_R3	,075	26	,200*	,985	26	,960

Output 2. Resultados estatísticos do teste de Mann-Whitney relativo ao vídeo A

Test Statistics^a

	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
Mann-Whitney U	125,500	89,500	53,000
Wilcoxon W	315,500	225,500	131,000
Z	-1,142	-1,452	-1,807
Asymp. Sig. (2-tailed)	,254	,147	,071
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,257 ^b	,149 ^b	,075 ^b

a. Grouping Variable: 1-PD 2-TAU

b. Not corrected for ties.

Ranks

	1-PD 2-TAU	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1ª Avaliação	Prática Deliberada	17	20,62	350,50
	Training as Usual	19	16,61	315,50
	Total	36		
2ª Avaliação	Prática Deliberada	16	18,91	302,50
	Training as Usual	16	14,09	225,50
	Total	32		
3ª Avaliação	Prática Deliberada	15	16,47	247,00
	Training as Usual	12	10,92	131,00
	Total	27		

Output 3. Resultados estatísticos do teste de Mann-Whitney relativo ao vídeo B

Test Statistics^a					
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
1ª Avaliação	127,500	317,500	-1,078	,281	,285 ^b
2ª Avaliação	90,000	226,000	-1,433	,152	,160 ^b
3ª Avaliação	47,500	125,500	-1,878	,060	,060 ^b

a. Grouping Variable: 1-PD 2-TAU

b. Not corrected for ties.

Ranks				
	1-PD 2-TAU	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1ª Avaliação	Prática Deliberada	17	20,50	348,50
	Training as Usual	19	16,71	317,50
	Total	36		
2ª Avaliação	Prática Deliberada	16	18,88	302,00
	Training as Usual	16	14,13	226,00
	Total	32		
3ª Avaliação	Prática Deliberada	14	16,11	225,50
	Training as Usual	12	10,46	125,50
	Total	26		

Output 4. Resultados estatísticos do teste de ANOVA DE FRIDMAN e comparações múltiplas do vídeo A – Grupo Prática Deliberada

Ranks	
	Mean Rank
1ª Avaliação	1,57
2ª Avaliação	1,87
3ª Avaliação	2,57

Test Statistics^a	
N	15
Chi-Square	8,172
df	2
Asymp. Sig.	,017

a. Friedman Test

Pairwise Comparisons

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
1ª Avaliação-2ª Avaliação	-,300	,365	-,822	,411	1,000
1ª Avaliação-3ª Avaliação	-1,000	,365	-2,739	,006	,019
2ª Avaliação-3ª Avaliação	-,700	,365	-1,917	,055	,166

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Output 5. Resultados estatísticos do teste de ANOVA DE FRIDMAN e comparações múltiplas do vídeo A – Grupo Training as Usual

Ranks	
	Mean Rank
1ª Avaliação	1,79
2ª Avaliação	2,04
3ª Avaliação	2,17

Test Statistics^a	
N	12
Chi-Square	,894
Df	2
Asymp. Sig.	,640

a. Friedman Test

Output 6. Resultados estatísticos do teste de ANOVA DE FRIDMAN e comparações múltiplas do vídeo B – Grupo Prática Deliberada

Ranks	
	Mean Rank
1ª Avaliação	1,43
2ª Avaliação	2,14
3ª Avaliação	2,43

Test Statistics^a	
N	14
Chi-Square	7,429
df	2
Asymp. Sig.	,024

a. Friedman Test

Pairwise Comparisons

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
1ª Avaliação-2ª Avaliação	-,714	,378	-1,890	,059	,176
1ª Avaliação-3ª Avaliação	-1,000	,378	-2,646	,008	,024
2ª Avaliação-3ª Avaliação	-,286	,378	-,756	,450	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Output 7. Resultados estatísticos do teste de ANOVA de *friedman* e comparações múltiplas do vídeo B – Grupo Training as Usual

Test Statistics^a

N	12
Chi-Square	2,667
df	2
Asymp. Sig.	,264

a. Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
1ª Avaliação	1,67
2ª Avaliação	2,33
3ª Avaliação	2,00