

A PERSUASÃO DO PSICOTERAPEUTA: RELAÇÃO COM A  
ALIANÇA TERAPÊUTICA E AS COMPETÊNCIAS  
INTERPESSOAIS FACILITADORAS

ANA CAROLINA FÉLIX CASTANHEIRO MONTEIRO SEQUEIRA

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Especialidade em Psicologia Clínica

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

## **Agradecimentos**

Com a chegada ao fim de mais uma importante etapa deste meu percurso académico, chega a hora de agradecer a todos aqueles que tornaram este percurso possível, e que me apoiaram de uma forma incontestável.

Agradeço ao Professor Doutor Daniel Sousa, pela orientação prestada ao longo destes meses, e por ter fomentado em mim o interesse por esta área, derivado do seu vasto conhecimento, e pela partilha do mesmo.

Ao Professor Doutor Alexandre Vaz pela sua total e imediata disponibilidade excecional, e pelo auxílio na concretização do presente trabalho.

À Margarida Afonseca, pela total disponibilidade, pelo auxílio, e pelo apoio incansável na concretização deste trabalho. Agradeço por ter tornado este processo mais leve, e possível.

Aos meus pais, Maria José e Artur, por orientarem os meus passos, por todo o investimento no meu percurso académico, e pelo apoio incondicional. Aos meus avós, Maria e Mário, por todos os ensinamentos acompanhados de afeto. Ao meu tio, José Eduardo, pela forte amizade e apoio incansável.

Ao meu namorado Francisco, pelo carinho, compreensão e incentivo. Por acreditar em mim inquestionavelmente, pela paciência nos momentos mais atribulados, e pelo amor inesgotável.

À Rita, mais que uma grande amiga, um ser humano para além de incrível que jamais me deixou na mão. Agradeço o carinho, a disponibilidade e o apoio imensurável.

Ao João, pelo apoio absolutamente incansável, por toda a paciência e disponibilidade para me escutar e orientar nos momentos de desespero. Agradeço pelas palavras de conforto, de resiliência e de direcionamento.

Aos meus amigos, que compreenderam a minha falta de tempo e os desencontros, e que em momento algum saíram do meu lado. À Ariana, colega de Mestrado, pela partilha de sentimentos e pelo enorme companheirismo na passagem pelo ISPA-IU.

Nos méritos da minha conquista, há um bocadinho de cada um de vocês.

## Resumo

A capacidade persuasiva do terapeuta tem sido sugerida como uma competência indispensável para o sucesso terapêutico. Contudo, observa-se uma carência de investigação sobre esta competência, permanecendo uma das competências interpessoais do psicoterapeuta menos estudada até à data. **Objetivos:** O presente estudo observacional e correlacional examinou a relação entre a persuasão do psicoterapeuta e a aliança terapêutica, e a relação entre a persuasão do psicoterapeuta e as competências interpessoais facilitadoras. **Método:** Trinta e oito gravações de sessões de psicoterapia foram cotadas com a *Therapists Persuasiveness Rating Scale (TPRS)*, o *Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form(WAIO-S)* e a *Facilitative Interpersonal Skills In-Session (FIS-IS)* a fim de examinar a relação das variáveis. **Resultados:** Os resultados revelaram diferenças entre todos os momentos da psicoterapia (início, meio e fim) nas três variáveis estudadas, sendo o início onde se verificam os níveis mais reduzidos e no fim os níveis mais elevados. Além disso verificou-se que todas as variáveis estão correlacionadas positivamente entre si. Por fim, a regressão linear revelou que a persuasão tem um impacto estatisticamente significativo apenas no início para a aliança terapêutica; e que as competências interpessoais do terapeuta têm um impacto estatisticamente significativo na persuasão, isto é, quanto mais competências interpessoais do terapeuta mais persuasão no início, e o mesmo se aplica no meio e no fim.

**Palavras-chave:** persuasão; competências interpessoais facilitadoras; psicoterapia; características do psicoterapeuta; aliança terapêutica

## **Abstract**

The psychotherapist's persuasiveness has been suggested as a crucial skill for therapeutic success. However, there is a lack of research on this skill, remaining one of the least studied psychotherapist's interpersonal skills until now. **Objectives:** The present correlational and observational study has examined the relationship between psychotherapist's persuasiveness and working alliance, and the relationship between psychotherapist's persuasiveness and facilitative interpersonal skills. **Method:** Thirty-eight psychotherapy session recordings were rated using the Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS), the Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAIO-S), and the Facilitative Interpersonal Skills In-Session (FIS-IS) to examine the relationship between the variables. **Results:** The results revealed differences between all psychotherapy moments (beginning, middle and end) in the three variables studied, with the lowest levels at the beginning and the highest levels at the end. Furthermore, all variables were found to be positively correlated with each other. Finally, linear regression revealed that persuasion only has statistical significant impact on the therapeutic alliance at the beginning of the session; and that the therapist's interpersonal skills have a statistically significant impact on persuasion, meaning that, the more psychotherapist's interpersonal skills the more persuasion at the beginning, and the same applies in the middle and at the end.

**Keywords:** persuasion; facilitative interpersonal skills; psychotherapy; psychotherapist's characteristics; therapeutic alliance

## Índice

Introdução.....	1
Método.....	3
Participantes.....	3
Medidas.....	4
Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta ( <i>TPRS; Therapist's Persuasiveness Rating Scale</i> ).....	4
Inventário de Observação da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida ( <i>WAI-O-S; Working Alliance Inventory – Observer Version – Short Form</i> ).....	5
Competências Interpessoais Facilitadoras em Sessão ( <i>FIS-IS; Facilitative Interpersonal Skills In-Session</i> ).....	5
Procedimento.....	6
Resultados.....	7
Discussão.....	12
Referências.....	18
Apêndices.....	24
Apêndice A – Revisão de Literatura.....	24
Investigação em Psicoterapia.....	24
Eficácia da Psicoterapia.....	24
Fatores Comuns.....	26
Fatores do Terapeuta.....	27
Caraterísticas de Psicoterapeutas Eficazes.....	29
Competências Interpessoais Facilitadoras.....	31
Persuasão.....	32
Estudo da Persuasão em Psicoterapia.....	32

Caraterísticas de Psicoterapeutas Persuasivos.....	35
Apresentação do Racional Teórico.....	36
Criação de Expectativas Positivas.....	38
Persuasão e Aliança Terapêutica.....	39
Objetivos.....	40
Referências.....	41
Apêndice B – Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS).....	51
Apêndice C – Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAI-O-S).....	67
Apêndice D – Facilitative Interpersonal Skills In-Session Rating Manual (FIS-IS)...	69

## Introdução

As competências interpessoais facilitadoras do psicoterapeuta (*FIS*; *Facilitative Interpersonal Skills*) permitem certos psicoterapeutas serem mais eficientes ao compreender e transmitir mensagens interpessoais a outros e, também na persuasão de terceiros na resolução dos seus problemas através da implementação de soluções por si propostas (Anderson & Patterson, 2013). Terapeutas com competências interpessoais mais altas contribuem para uma maior diminuição nos sintomas do cliente, bem como a criação de alianças mais fortes, em comparação com terapeutas que apresentam valores de *FIS* inferiores (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016a; Anderson et al., 2016b; Anderson et al., 2020). A persuasão é uma das oito dimensões avaliada através da *FIS Performance Task*, que se refere à capacidade do terapeuta explicar, convincentemente, o racional teórico, de forma que o cliente aceite uma perspetiva do seu sofrimento diferente da sua (Anderson & Patterson, 2013).

O estado de desmoralização, definido por Frank (1961), é habitualmente o estado em que os clientes se apresentam no início do processo terapêutico, este está associado à falta de capacidade na elaboração das angústias e de um sentimento global de falta de sentido, levando o sujeito a sentir-se desanimado e sem esperança em encontrar as respostas para as suas expectativas e para as dos outros, sendo estes fatores característicos de um indivíduo que procura psicoterapia. Desta forma, a elaboração e transformação dos significados não adaptativos para outros mais saudáveis concede alguma ordem ao caos experimentado pelo cliente. A apresentação do racional teórico ajuda neste processo de criação e tem como intuito aliviar, em parte, a angústia do cliente (Frank, 1961; Frank & Frank, 1993; Clarke & Kissane, 2002).

Segundo Jerome Frank, a capacidade persuasiva do terapeuta é exibida como um fator indispensável para o sucesso terapêutico (Frank & Frank, 1993). Em parte, o sucesso da psicoterapia está dependente da capacidade de o terapeuta persuadir o cliente em transformar os seus significados e as suas expectativas de forma mais adaptativa (Wampold, 2012; Locher et al., 2019). O terapeuta deve apresentar um racional teórico, onde são esclarecidos, de forma plausível, os sintomas e a experiência do cliente e estabelecidas tarefas terapêuticas com o intuito de ajudar o cliente a sentir-se melhor, combatendo o estado de confusão deste e a falta de esperança, sendo também estimuladas expectativas positivas relativamente ao processo terapêutico (Frank, 1974). No entanto, a capacidade persuasiva do terapeuta continua a ser alvo de investigação (Ametrano et al., 2017).

A apresentação do racional teórico requer uma comunicação convincente para persuadir os clientes relutantes do processo terapêutico, por forma a estes acreditarem que vão ser beneficiados com o mesmo (Constantino et al., 2018). O racional teórico pode ser apresentado de forma indireta e, por esta razão, as competências empáticas do terapeuta vão reforçar a sua capacidade persuasiva sendo que o nível em que o cliente se sente persuadido promove uma envolvimento mais ativa deste no processo terapêutico (Locher et al., 2019). Também o modo como este racional é transmitido ao cliente pode influenciar as expectativas deste relativamente ao sucesso terapêutico, sendo crucial apresentar os detalhes suficientes, sem ser demasiado exaustivo (Kazdin & Krouse, 1983; Horvath, 1990). O processo de persuasão é um processo terapêutico contínuo, sendo a apresentação do racional teórico importante durante todo o processo terapêutico e não apenas nas fases iniciais do mesmo (Vaz & Sousa, 2021). A resposta à apresentação do racional de tratamento pode diferir de cliente para cliente, relativamente ao envolvimento nas ações terapêuticas propostas (Ahmed & Westra, 2009).

A aliança terapêutica pode ser explicada como o acordo entre terapeuta e cliente relativamente aos objetivos da psicoterapia, bem como a colaboração de ambos os intervenientes nas ações necessárias para cumprir estes objetivos. O estabelecimento destes fatores constitui a base para uma boa aliança terapêutica que visa a obtenção de melhores resultados (Bordin, 1979; Sousa, 2017). Segundo a investigação, uma boa aliança terapêutica tem um maior impacto no sucesso do processo terapêutico, comparativamente com o tipo de tratamento aplicado (Horvath & Symonds, 1991). A aliança terapêutica para além de ser utilizada como ferramenta para o alívio de sintomas do cliente, também facilita o alcance dos objetivos específicos, anteriormente acordados por ambos os intervenientes (Safran et al., 2011). A relação entre a aliança terapêutica e a co-construção do racional teórico tem sido hipotetizada e teorizada, sendo que a apresentação deste pode facilitar a construção da aliança (Frank, 1987; Safran & Segal, 1990). A investigação em psicoterapia sugere que a qualidade da aliança terapêutica é um dos melhores preditores para o resultado da psicoterapia, para vários tipos de tratamentos diferentes (Horvath et al., 2011). Contudo, ainda se encontra por investigar a relação entre a capacidade persuasiva do terapeuta e a aliança terapêutica (Vaz & Sousa, 2021).

Existe uma lacuna na literatura referente ao campo da persuasão, de onde se observa uma carência de investigação específica sobre esta problemática e como esta influência os resultados terapêuticos, sendo a persuasão um dos fatores comuns menos investigado em psicoterapia (Crăciun, 2015; Vaz & Sousa, 2021). O presente estudo tem como objetivos,

examinar a relação entre a persuasão do terapeuta e as competências interpessoais facilitadoras, e examinar a relação entre a capacidade persuasiva do terapeuta e a aliança terapêutica. Os vídeos de sessões terapêuticas foram avaliados utilizando escalas que medem a capacidade persuasiva do terapeuta, a aliança terapêutica e as competências interpessoais facilitadoras do terapeuta. Foi feita a hipótese exploratória de que quanto maior a capacidade persuasiva do terapeuta, maior seria a aliança terapêutica; e de que quanto mais elevadas as competências interpessoais facilitadoras do psicoterapeuta mais elevada seria a capacidade persuasiva do mesmo.

### **Método**

O presente trabalho é um estudo quantitativo que investiga a correlação entre a persuasão do psicoterapeuta e a aliança terapêutica, e a correlação entre a persuasão do psicoterapeuta e as competências interpessoais facilitadoras. Estas correlações foram analisadas utilizando a escala *Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAI-O-S)*, a escala *Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS)* e a escala *Facilitative Interpersonal Skills In-Session (FIS-IS)*. Para este fim foi realizado um estudo não experimental, correlacional e observacional.

### **Participantes**

A amostra para este estudo incluiu 38 vídeos de sessões terapêuticas de 6 psicoterapeutas. A amostra foi selecionada de forma aleatória e por amostragem de conveniência, dado que o conjunto de vídeos foi selecionado para fins educativos. Como critério de inclusão, os vídeos eram sessões de psicoterapia com áudio e vídeo. Os participantes do estudo constituíam: seis psicoterapeutas, dos quais dois eram do sexo feminino (33,3%), e quatro eram do sexo masculino (66,7%); e treze clientes, sendo nove do sexo feminino (69,2%), e quatro do sexo masculino (30,8%). Foi possível observar diversas problemáticas apresentadas pelos clientes, como: vivência de situação de trauma (7,7%), pensamentos ruminantes e intrusivos (7,7%), ansiedade (7,7%), luto (7,7%), dificuldades de comunicação (30,7%), medo de falhar (7,7%), perfeccionismo (7,7%), exploração do self (15,4%), insatisfação com a vida (7,7%). Estes vídeos são ainda compostos por diferentes abordagens psicoterapêuticas, sendo possível observar um psicoterapeuta que utilizou a Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada (16,7%), um psicoterapeuta que utilizou a Psicoterapia Construtiva (16,7%), dois psicoterapeutas que utilizaram a Abordagem de Terapia de Casal com Foco Emocional (33,3%) e dois psicoterapeutas que utilizaram a Abordagem Existencial Humanista (33,3%).

## Medidas

### Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (*TPRS; Therapist's Persuasiveness Rating Scale*)

A *TPRS*, instrumento original de Afonseca et al. (2022), é uma escala de observador, baseada na teorização do autor Jerome Frank do construto da persuasão dos psicoterapeutas (Frank & Frank, 1993), que avalia o nível de persuasão de psicoterapeutas no contexto de sessões de psicoterapia, numa escala do tipo-Likert de 5 pontos (1 = Fortemente incaracterístico; 5 = Fortemente Característico). A escala é constituída por 10 itens distribuídos por quatro subescalas, sendo elas: Pré-condições; Racional; Comportamentos não verbais; Influência.

A subescala, pré-condições, refere-se ao estabelecimento de pré-condições para a co-criação do racional teórico. Deriva da conceção de Frank que cada cliente inicia psicoterapia com explicações para os seus sintomas, que o psicoterapeuta precisa de explorar para fornecer um racional convincente (Frank, 1986), e que a estimulação emocional aumenta a influência persuasiva do psicoterapeuta (Frank, 1987). A subescala, racional, refere-se à apresentação de um racional convincente. Deriva da noção de Frank de que o psicoterapeuta apresenta um "mito credível" que explica os sintomas e ações terapêuticas do cliente que podem ajudar a ultrapassar os problemas (Frank, 1974; Frank & Frank, 1993). A subescala, comportamentos não-verbais, refere-se aos comportamentos carismáticos não-verbais com os quais o terapeuta apresenta o racional. Deriva da investigação sobre os comportamentos do psicoterapeuta que reforçam a cogência do racional (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017; Kazdin & Krouse, 1983). A subescala, influência, refere-se à influência do psicoterapeuta sobre o cliente. Deriva da noção de que o psicoterapeuta persuasivo promove o envolvimento do cliente em psicoterapia e ações terapêuticas (Frank, 1986).

No estudo do desenvolvimento da presente escala de Afonseca et al. (2022) a consistência interna total da escala obteve um valor de  $r = .833$  e apresentou fiabilidade satisfatória nas subescalas pré-condições ( $\alpha = .647$ ), comportamentos não-verbais ( $\alpha = .884$ ), e influência ( $\alpha = .728$ ), exceto a subescala racional que apresentou fiabilidade relativamente baixa ( $\alpha = .568$ ). A codificação da *TPRS* no presente estudo foi realizada em março e abril, abrangendo cerca de 77 horas, com uma boa fiabilidade entre os examinadores ( $r = .913$ ). As estimativas dos coeficientes de correlação intraclasse, e os seus intervalos de confiança de 95%,

basearam-se numa classificação média ( $k = 2$ ), concordância absoluta, modelo de efeitos aleatórios de 2 vias (Koo & Li, 2015).

### **Inventário de Observação da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida (*WAI-O-S; Working Alliance Inventory – Observer Version – Short Form*).**

A *WAI-O-S* (Tichenor & Hill, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989) é um instrumento de medida aceite da aliança de trabalho (Andrusyna et al., 2001; Martin et al., 2000; Santirso et al., 2018, 2020) que foi adaptada a partir do Inventário da Aliança Terapêutica (*WAI*; Horvath & Greenberg, 1989), tendo sido desenvolvida para medir as mudanças na qualidade da aliança terapêutica ao longo da sessão de psicoterapia. A *WAI-O-S* é uma escala de medida observacional constituída por 12 itens (e.g., “*There is agreement on what is important for the client to work on*” and “*There is a mutual liking between the client and therapist*”), classificada numa escala tipo-Likert de 7 pontos (1 = nunca; 7 = sempre), com 2 itens cotados de forma inversa (itens 4 e 10) (Tryon & Kane, 1993). É conceptualmente baseada no modelo pan-teórico de Bordin (1979) da aliança de trabalho e é composta por três subescalas (*Goal, Task, and Bond*) que medem a concordância de objetivos de tratamento, a congruência de tarefas terapêuticas, e o desenvolvimento de um vínculo entre o cliente e o terapeuta (Andrusyna et al., 2001). O presente estudo utilizou o manual para a *Working Alliance Inventory - Observer Form (WAI-O): Revisão IV* (Darchuk et al., 2000). No entanto, a *Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAI-O-S – Apêndice C)* foi a escala aplicada no presente estudo (Orleans-Pobee, 2020).

A consistência interna total da *WAI-O-S* obteve um valor de  $r = .767$  e apresentou elevada fiabilidade nas subescalas *Goal* ( $\alpha = .906$ ), *Task* ( $\alpha = .903$ ), e *Bond* ( $\alpha = .892$ ). A codificação da *WAI-O-S* no presente estudo foi realizada em março e abril, abrangendo cerca de 77 horas, com uma boa fiabilidade entre os examinadores ( $r = .978$ ). As estimativas dos coeficientes de correlação intraclasse, e os seus intervalos de confiança de 95%, basearam-se numa classificação média ( $k = 2$ ), acordo absoluto, modelo de efeitos aleatórios de 2 vias (Koo & Li, 2015).

### **Competências Interpessoais Facilitadoras em Sessão (*FIS-IS; Facilitative Interpersonal Skills In-Session*).**

A *FIS-IS* é um instrumento de medida observacional com base no instrumento original *FIS* (Anderson & Patterson, 2013). A escala foi desenvolvida com base numa extensa validação do construto (Anderson et al., 2020; Anderson et al., 2021), e o manual de codificação da *FIS-*

*IS* foi desenvolvido para codificar as competências interpessoais facilitadoras do terapeuta ao longo da sessão (Uhlen & Anderson, 2011). A *FIS-IS* é constituída por 7 variáveis comportamentais, classificadas numa escala tipo-Likert de 5 pontos: fluência verbal, expressão emocional, persuasão, aceitação e compreensão, esperança e expectativas positivas, empatia, e capacidade de aliança vinciativa. Foram desenvolvidas definições operacionais para cada um desses construtos, com base na literatura anterior sobre fatores comuns (e.g., Norcross & Lambert, 2019). A escala de classificação varia de Fortemente Incaraterístico (1) a Fortemente Caraterístico (5). Os procedimentos de codificação instruem os avaliadores a começar por pensar numa classificação de base de 3 para cada item, que é uma classificação neutra representando um terapeuta que demonstre a competência de uma forma moderada que não seja particularmente forte nem particularmente pobre.

Uhlen e Anderson (2011) reportaram uma elevada consistência interna total para o instrumento *FIS-IS* ( $\alpha = .94$ ). A codificação da *FIS-IS* foi realizada em março e abril, abrangendo cerca de 77 horas, com uma boa fiabilidade entre os examinadores ( $r = .935$ ). As estimativas dos coeficientes de correlação intraclasse, e os seus intervalos de confiança de 95%, basearam-se numa classificação média ( $k = 2$ ), acordo absoluto, modelo de efeitos aleatórios de 2 vias (Koo & Li, 2015).

## **Procedimento**

Por forma a avaliar a fiabilidade entre os avaliadores, e assim garantir a fiabilidade dos resultados, a principal investigadora do presente estudo e outra colega do Mestrado realizaram o treino inter-codificador de quatro vídeos de sessões terapêuticas, não incluídos na amostra final. Após o treino e cotação desses mesmos vídeos, foi possível averiguar que o coeficiente de correlação intraclasse (*ICC*) alcança valores acima dos 90% para as três escalas de medidas observacionais (*TPRS*; *WAI-O-S*; *FIS-IS*). Para o presente estudo foram cotadas 38 sessões (de aproximadamente 45-60 minutos de duração), divididas em três segmentos (início, meio, fim), com duração de aproximadamente 15 a 30 minutos observados e pontuados utilizando as três escalas. As duas estudantes trabalharam em conjunto durante o processo de classificação das 38 sessões incluídas no estudo principal. Após classificarem cada sessão individualmente, os dois codificadores discutiram as classificações, sendo que algumas codificações sofreram alterações tendo em conta o que havia sido discutido. À medida que os vídeos de sessões terapêuticas foram sendo cotados foi sendo feita uma avaliação do acordo inter-codificador para assegurar que este era satisfatório.

## Resultados

Primeiramente, são reportados os resultados das análises estatísticas que foram realizadas com o propósito de testar os objetivos propostos neste estudo, iniciando-se com a apresentação dos resultados descritivos e, os resultados da consistência interna das variáveis em estudo (Tabela 1).

Continuamente, são reportados e comparados os diferentes momentos da *FIS* (início, meio, fim), tal como, os diferentes momentos da *TPRS* (início, meio, fim) e, os diferentes momentos da *WAI-O-S* (início, meio, fim), através da análise de testes não paramétricos *Friedman*, sendo que o pressuposto da esfericidade falhou ( $p < .050$ ) nos diferentes momentos de qualquer uma destas variáveis (Mâroco, 2021).

Em seguida, com o intuito de testar intercorrelações significativas entre os diferentes momentos (início, meio, fim) de cada variável em estudo (*TPRS*, *FIS*, *WAI-O-S*) e, possíveis correlações entre estas nos seus diferentes momentos (Tabela 2), foram realizados testes de correlação de *Pearson* ( $r$ ).

Com o objetivo de avaliar se todos os momentos da *FIS* predizem significativamente cada um dos momentos da *TPRS*, foram realizados três modelos de regressão linear múltipla, um para cada momento (início, meio, fim) desta última (Tabela 3).

Por fim, foram realizados três modelos de regressão linear múltipla com o objetivo de testar se todos os momentos da *TPRS* influencia significativamente cada um dos momentos da *WAI-O-S* (Tabela 4).

Todas estas análises foram realizadas através do software *IBM SPSS - Statistical Program for Social Sciences v.28*, utilizando níveis de significância  $\leq 0,050$ .

### Análise descritiva

Os dados relativos à análise descritiva, tal como, os dados referentes à consistência interna ( $\alpha$ ) de cada um dos momentos da *TPRS*, *WAI-O-S* e, *FIS*, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Estatística descritiva e consistência interna ( $\alpha$ )

Variáveis N=38	Média	DP	Assimetria	Curtose	Alfa Cronbach ( $\alpha$ )
<b>TPRS (início)</b>	3.85	.06	-.09	-.81	.83
<b>TPRS (meio)</b>	4.03	.05	-.55	.02	.79
<b>TPRS (fim)</b>	4.18	.06	-.83	.49	.85
<b>WAI-O-S (início)</b>	4.93	.12	.06	-1.28	.89
<b>WAI-O-S (meio)</b>	5.14	.11	.11	-1.27	.90
<b>WAI-O-S (fim)</b>	5.32	.10	-.34	-.85	.90
<b>FIS (início)</b>	3.76	.06	.04	-.74	.84
<b>FIS (meio)</b>	3.98	.07	-.10	-.98	.89
<b>FIS (fim)</b>	4.15	.08	-.43	-.78	.89

Nota: DP = desvio-padrão

Através dos dados da Tabela 1, é possível averiguar que não existiu um desvio excessivo à distribuição da normalidade em nenhuma variável (Marôco, 2021).

De igual modo, é possível verificar que as variáveis em estudo, em qualquer momento, apresentaram resultados indicadores de uma ótima consistência interna ( $\alpha \geq .70$ ) (Mâroco, 2021).

### **Análise comparativa dos três momentos da sessão**

Com o intuito de testar possíveis diferenças de cada variável ao longo dos diferentes momentos da sessão (início, meio e fim) foram realizados testes não paramétricos *Friedman*, sendo que o pressuposto da esfericidade não foi validado.

Os resultados obtidos da análise dos diferentes momentos da sessão (início, meio, fim) ao nível da *TPRS* sugerem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2_F(2) = 43.456$ ;  $p < .001$ ;  $N = 38$ ), indicando que todos os momentos diferem significativamente entre si ( $p < .010$ ), sendo que o nível mais elevado de persuasão se encontra no momento final da sessão ( $M=4.18$ ;  $DP=.06$ ) e, o nível menor de persuasão está no início da sessão ( $M=3.85$ ;  $DP=.06$ ).

No que concerne à *WAI-O-S*, os resultados sugerem a existência de diferenças significativas ( $X^2_F(2) = 40.845$ ;  $p < .001$ ;  $N = 38$ ), onde todos os momentos entre si diferem significativamente ( $p < .050$ ), sendo que o nível de aliança terapêutica mais elevado existe no

momento final da sessão ( $M=5.32$ ;  $DP=.10$ ) e, o nível mais reduzido de aliança terapêutica está no início da sessão ( $M=4.93$ ;  $DP=.12$ ).

Por fim, ao nível da *FIS* é possível, também, averiguar diferenças estatisticamente significativas ( $X^2_F(2) = 52.752$ ;  $p < .001$ ;  $N = 38$ ), indicando que todos os momentos diferem significativamente entre si ( $p < .010$ ), onde o nível mais elevado de competências interpessoais facilitadoras é no momento final da sessão ( $M=4.15$ ;  $DP=.08$ ) e, o menor nível de competências interpessoais facilitadoras está no início da sessão ( $M=3.76$ ;  $DP=.06$ ).

### Análise correlacional

Na Tabela 2 são reportados os resultados obtidos do estudo de possíveis correlações entre as diferentes variáveis em estudo, em cada momento (início, meio, fim) da sessão, avaliadas através da realização de testes de correlações de *Pearson*.

Tabela 2 – Coeficientes de correlação *Pearson* das variáveis durante os diferentes momentos da sessão

Variáveis (N=38)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1. TPRS (início)</b>	-								
<b>2. TPRS (meio)</b>	.81**	-							
<b>3. TPRS (fim)</b>	.67**	.88**	-						
<b>4. WAI-O-S (início)</b>	.67**	.45**	.35*	-					
<b>5. WAI-O-S (meio)</b>	.70**	.56**	.48**	.94**	-				
<b>6. WAI-O-S (fim)</b>	.68**	.61**	.56**	.82**	.93**	-			
<b>7. FIS (início)</b>	.80**	.76**	.70**	.56**	.60**	.58**	-		
<b>8. FIS (meio)</b>	.64**	.82**	.76**	.40*	.49**	.52**	.86**	-	
<b>9. FIS (fim)</b>	.61**	.77**	.80**	.29	.41*	.52**	.79**	.90**	-

\*\* Nível de significância < 0,01

\* Nível de significância < 0,05

Os resultados, reportados na Tabela 2, sugerem que os diferentes momentos (início, meio, fim) da sessão de todas as variáveis em estudo (*TPRS*, *WAI-O-S*, *FIS*) parecem estar significativamente correlacionados entre si ( $p < .001$ ).

Os resultados, também, permitem averiguar que a persuasão nos diferentes momentos da sessão parece estar correlacionada significativamente e positivamente com a aliança

terapêutica ( $p < .050$ ) e, com as competências interpessoais facilitadoras ( $p < .001$ ). De igual modo, os resultados, também, sugerem que a aliança terapêutica parece estar correlacionada significativamente e positivamente com as competências interpessoais facilitadoras ( $p < .050$ ), com exceção da aliança terapêutica no início da sessão com as competências interpessoais facilitadoras no fim da sessão, que apresentou uma correlação marginalmente significativa ( $p = .076$ ).

### **Influência da FIS sobre a TPRS**

Com o objetivo de testar se a FIS prediz significativamente a TPRS nos diferentes momentos da sessão (início, meio, fim), foram realizados três modelos de regressão linear múltipla. O primeiro modelo testa o momento inicial da sessão da TPRS através dos diferentes momentos da FIS. O segundo modelo avalia a TPRS no meio da sessão através dos diferentes momentos da FIS. Por fim, o último modelo testa o momento final da sessão da TPRS através dos diferentes momentos da FIS.

Os resultados dos diversos modelos de regressão linear múltipla são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Modelos de Regressão Linear Múltipla da FIS sobre a TPRS ao longo da sessão

	TPRS (início)			TPRS (meio)			TPRS (fim)		
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>
(N=38)									
<b>FIS (início)</b>	.89	.95	4.700**	.18	.21	1.122	.14	.15	.747
<b>FIS (meio)</b>	-.21	-.27	-.934	.36	.49	1.858	.07	.09	.321
<b>FIS (fim)</b>	.08	.10	.42	.11	.16	.721	.45	.60	2.524*
	$F(3,34) = 20.530;$ $p < .001; R^2_a = .613$			$F(3,34) = 25.026;$ $p < .001; R^2_a = .661$			$F(3,34) = 20.708;$ $p < .001; R^2_a = .615$		

\*\* Nível de significância < 0,01

\* Nível de significância < 0,05

Os resultados da Tabela 3 permitem averiguar que apenas o nível de competências interpessoais facilitadoras no início da sessão se apresenta como sendo um preditor significativo ( $p < .001$ ) do nível de persuasão no início da sessão, apresentando uma variância total explicada de 61.3%. Sugerindo que quanto maior for o nível de competências interpessoais facilitadoras do psicoterapeuta, no início da sessão, maior será o seu nível de persuasão neste mesmo momento da sessão.

Relativamente ao nível de persuasão do psicoterapeuta a meio da sessão, os resultados sugerem que apenas o nível de competências interpessoais facilitadoras a meio da sessão se apresenta como sendo um preditor marginalmente significativo ( $p=.072$ ) desse mesmo, apresentando uma variância total explicada de 66.1%. Sugerindo assim que quanto maior for o nível de competências interpessoais facilitadoras do psicoterapeuta, a meio da sessão, maior será o seu nível de persuasão neste mesmo momento da sessão.

Por fim, os resultados reportados na Tabela 3, também, permitem sugerir que apenas o nível de competências interpessoais facilitadoras no fim da sessão se apresenta como sendo um preditor significativo ( $p=.016$ ) do nível de persuasão nesse mesmo momento da sessão, apresentando uma variância total explicada de 61.5%. Sugerindo que quanto maior for o nível de competências interpessoais facilitadoras do psicoterapeuta, no início da sessão, maior será o seu nível de persuasão nesse mesmo momento.

### **Influência da *TPRS* sobre a *WAI-O-S***

Tendo como objetivo final avaliar se a *TPRS* prediz significativamente a *WAI-O-S* nos diferentes momentos da sessão (início, meio, fim), foram realizados três modelos de regressão linear múltipla, cujos resultados obtidos dessas análises, são reportados na Tabela 4. O primeiro modelo testa o momento inicial da sessão da *WAI-O-S* através dos diferentes momentos da *TPRS*. O segundo modelo avalia a *WAI-O-S* no meio da sessão através dos diferentes momentos da *TPRS*. Por fim, o último modelo testa o momento final da sessão da *WAI-O-S* através dos diferentes momentos da *TPRS*.

Tabela 4 – Modelos de Regressão Linear Múltipla da *TPRS* sobre a *WAI-O-S* ao longo da sessão

(N=38)	WAI-O-S (início)			WAI-O-S (meio)			WAI-O-S (fim)		
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>
<b>TPRS (início)</b>	1.87	.89	4.183**	1.28	.71	3.410**	.96	.58	2.746**
<b>TPRS (meio)</b>	-.59	-.25	-.759	-.17	-.08	-.257	-.06	-.03	-.101
<b>TPRS (fim)</b>	-.04	-.02	-.077	.14	.08	.301	.34	.20	.763
	$F(3,34) = 10.275;$ $p < .001; R^2_a = .429$			$F(3,34) = 10.850;$ $p < .001; R^2_a = .444$			$F(3,34) = 10.678;$ $p < .001; R^2_a = .440$		

\*\* Nível de significância < 0,01

\* Nível de significância < 0,05

É possível averiguar, através dos resultados reportados na Tabela 4, que o nível de persuasão no início da sessão se apresentou como sendo o único preditor significativo dos níveis da aliança terapêutica em todos os momentos da sessão, seja no início da sessão ( $p < .001$ ), apresentando uma variância total explicada de 42.9%; seja a meio da sessão ( $p = .002$ ) apresentando uma variância total explicada de 44.4%; seja no fim da sessão ( $p = .010$ ) apresentando uma variância total explicada de 44.0%. Sugerindo que quanto maior for o nível de persuasão do psicoterapeuta, somente no início da sessão, maior será o nível de aliança terapêutica em todos os momentos da sessão.

Estes resultados sugerem que a persuasão do psicoterapeuta é uma variável crucial na influência (positiva) da aliança terapêutica durante toda a sessão, mas este impacto significativo da persuasão apenas o é no início da sessão, não revelando serem relevantes os níveis de persuasão nos restantes momentos da sessão.

### **Discussão**

A presente investigação teve como objetivos examinar a relação entre a persuasão do psicoterapeuta e a aliança terapêutica, e examinar a relação entre a persuasão do psicoterapeuta e as competências interpessoais facilitadoras. A hipótese da relação correlacional positiva entre a persuasão do psicoterapeuta e a aliança terapêutica foi confirmada, sendo que o mesmo se verificou entre a persuasão do psicoterapeuta e as competências interpessoais facilitadoras.

Os resultados obtidos da análise dos diferentes momentos da sessão (início, meio, fim) ao nível da persuasão sugerem diferenças estatisticamente significativas, indicando que todos os momentos diferem significativamente entre si, sendo que o nível mais elevado de persuasão se encontra no momento final da sessão, e o nível menor de persuasão está no início da sessão. O mesmo se verificou para a aliança terapêutica e para as *FIS*. As classificações de persuasão do psicoterapeuta aumentaram gradualmente ao longo da sessão, e o mesmo ocorreu para as classificações das *FIS* e para as classificações de aliança terapêutica. Perante os resultados supracitados parece razoável inferir que a capacidade de persuasão do psicoterapeuta é significativamente maior no meio e no fim da sessão em comparação com o início da sessão, uma possível interpretação para estes resultados é que o psicoterapeuta se torna mais participativo, fornecendo uma justificação para os problemas do cliente e sugerindo tarefas terapêuticas ao cliente (Zimmermann & Haes, 2011).

Em relação à análise correlacional, os resultados sugerem a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a persuasão do psicoterapeuta e as *FIS* nos três momentos da sessão; tendo sido o mesmo verificado entre a persuasão do psicoterapeuta e a

aliança terapêutica nos três momentos da sessão. Os resultados do presente estudo suportam a hipótese de correlação positiva baseada nos pressupostos teóricos da importância da persuasão do psicoterapeuta ao apresentar um racional de tratamento para estabelecer uma relação de colaboração e vínculo afetivo (Safran & Segal, 1990). Estão também alinhados com as conclusões de Anderson et al. (2016b) de que terapeutas com capacidades interpessoais facilitadoras mais elevadas têm classificações de aliança terapêutica mais elevadas, que aumentam continuamente ao longo do processo terapêutico.

Perante o estudo da influência da persuasão do psicoterapeuta sobre a aliança terapêutica, foi possível averiguar, através dos resultados, que a persuasão do psicoterapeuta no início da sessão se apresentou como sendo o único preditor significativo dos níveis de aliança terapêutica em todos os momentos da sessão, seja no início da sessão, no meio ou no fim. Parece razoável sugerir que a persuasão do psicoterapeuta poderá ter impacto no estabelecimento da aliança terapêutica; e que quanto mais persuasão do psicoterapeuta, somente no início da sessão, maior será a aliança terapêutica em todos os momentos da sessão. É possível que o início da sessão seja crucial para potenciar o envolvimento do cliente na sessão e estabelecer a aliança terapêutica, o que suporta a predição da persuasão para a aliança terapêutica no início. Uma descoberta deste estudo é a variância de 42.9% da aliança terapêutica no início da sessão explicada pela capacidade de persuasão do psicoterapeuta no início da sessão. Este resultado corrobora a relação correlacional estatisticamente significativa entre as duas variáveis e sugere um efeito entre a persuasão do psicoterapeuta e a aliança terapêutica. A percentagem da variância da aliança terapêutica explicada pela persuasão do psicoterapeuta levanta a questão de averiguar se a persuasão do psicoterapeuta poderia facilitar o estabelecimento da aliança terapêutica. Isto estaria de acordo com revisões que destacam que o estabelecimento da aliança terapêutica é facilitado pelos comportamentos carismáticos do psicoterapeuta, exploração das crenças do cliente, e validação dos problemas do cliente, seguido de uma justificativa do tratamento e dos sintomas (Hilsenroth & Cromer, 2007; Zimmermann & Haes, 2011), que são elementos integrantes da capacidade de persuasão do psicoterapeuta (Frank & Frank, 1993) que são avaliados na *TPRS*. Em suma, este estudo cumpriu um dos objetivos, dando indícios de que a aliança terapêutica em psicoterapia tende a ser elevada quando tende a haver altos níveis de persuasão. Indo ao encontro da teoria de que os fatores relacionais são essenciais no estabelecimento da aliança terapêutica (Castonguay et al., 2002).

Os resultados do estudo da influência das *FIS* sobre a persuasão do psicoterapeuta, propõem que apenas as *FIS* no início da sessão se apresentam como sendo um preditor

significativo da persuasão do psicoterapeuta no início da sessão. Parece razoável sugerir que quanto mais competências interpessoais facilitadoras do psicoterapeuta no início da sessão, maior será a sua capacidade de persuasão neste mesmo momento da sessão. O mesmo se verificou no fim da sessão. No que concerne ao meio da sessão, os resultados sugerem que apenas as *FIS* no meio da sessão se apresentam como sendo um preditor marginalmente significativo da persuasão do psicoterapeuta no meio da sessão. Os resultados do presente estudo apoiam as conclusões da expressividade verbal e não verbal (e.g., fluência verbal e expressividade emocional) terem impacto na persuasão percebida pelo cliente (Otterson, 2015; Vaz & Sousa, 2021). Se a persuasão tem revelado de forma consistente estar relacionada com os resultados clínicos (Abroms, 1968; Frank & Frank, 1993; Wampold 2012; Locher et al., 2019) e se as *FIS* explicam de forma significativa a persuasão, parece razoável assumir que terapeutas mais persuasivos apontam para outras competências interpessoais facilitadoras. A *FIS* avalia diversas capacidades interpessoais do psicoterapeuta, e embora os autores originais da *FIS* apenas apresentassem um item para a persuasão, é possível sugerir que existam outros elementos dentro da *FIS*, nomeadamente, a fluência verbal, expressividade emocional, empatia e calor do terapeuta, que são possíveis de argumentar pela teoria como elementos não-verbais que estão relacionados com a persuasão do psicoterapeuta. A investigação tem-se centrado na comunicação do racional teórico, e outros elementos como a expressividade emocional, o calor ou a empatia do psicoterapeuta, sugerem ser elementos relevantes para a persuasão, e é necessário serem estudados. Os resultados do presente estudo apoiam a suposição teórica de Frank (1986, 1987) de que a capacidade do psicoterapeuta para estimular as emoções é integral à sua capacidade de persuasão e capacidade de transformar significados desadaptativos. Uma interação semelhante foi encontrada no estudo de Vaz e Sousa (2021), que sugere que as capacidades interpessoais do psicoterapeuta predizem positivamente a estimulação emocional do cliente e a transformação de significados. Pesquisas recentes propuseram que a estimulação emocional e experiência do cliente durante as sessões é uma variável importante para os resultados da psicoterapia (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017; Peluso & Freund, 2018), através da qual as capacidades interpessoais do psicoterapeuta podem mediar parte dos seus efeitos nos resultados (Vaz & Sousa, 2021). Parece plausível que a expressividade emocional do psicoterapeuta e a estimulação das emoções do cliente constituam qualidades essenciais que compõem a capacidade de persuasão do psicoterapeuta, através das quais o psicoterapeuta pode persuadir os clientes a transformar significados desadaptativos. Os resultados da presente investigação apoiam as conclusões de que a expressividade verbal e não verbal tem impacto na simpatia percebida do psicoterapeuta (Friedman et al., 1988), empatia (Maurer & Tindall,

1983), e credibilidade (Hoyt, 1996), que são pensados para melhorar a capacidade persuasiva do psicoterapeuta (Otterson, 2015). Para além disso, a investigação sugere que a validação e compreensão dos problemas do cliente por parte do psicoterapeuta estão relacionados com o estímulo e processamento emocional do cliente (Asano, 2019; Malin & Pos, 2015), e os resultados da presente investigação parecem ser congruentes com esta sugestão. Parece ainda razoável sugerir que os resultados do presente estudo vão de encontro à literatura que suporta que o racional do tratamento está relacionado com a expressividade do psicoterapeuta e a estimulação emocional do cliente. A associação entre o racional de tratamento e os comportamentos verbais e não-verbais do psicoterapeuta é corroborada por uma série de estudos análogos que sugerem que a comunicação do racional de tratamento com certos comportamentos verbais e não-verbais é mais persuasiva no aumento das expectativas e do envolvimento do cliente (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017; Kazdin & Krouse, 1983). Parece possível pensar que, a *FIS* prevê a persuasão. A correlação encontrada entre as *FIS* e a persuasão sugere um papel importante da fluência verbal, da expressividade emocional do terapeuta, da transmissão de aceitação, e empatia do psicoterapeuta, que são aspetos avaliados pela *FIS*. Estes são também componentes que estão contemplados na escala da persuasão. Parece ainda razoável sugerir que as *FIS* parecem ser uma característica inerente ao terapeuta. E sendo a fluência verbal, a presença emocional e a capacidade de evocar o racional teórico características potencialmente inerentes ao terapeuta, parece razoável pensar que estas estejam correlacionadas e possam prever a persuasão do psicoterapeuta. Isto apoiaria estudos anteriores sugerindo que as capacidades interpessoais do psicoterapeuta poderiam ter um elemento de traço (Anderson et al., 2016b; Perlman et al., 2020).

Em suma, os resultados do presente estudo apontam ser um contributo para suportar a hipótese de que a persuasão do psicoterapeuta parece estar tão ou mais relacionada com componentes não-verbais, do que com aspetos verbais. Contudo, é crucial ressaltar que embora não sejam avaliados exatamente os mesmos comportamentos não-verbais na escala da *FIS* e na escala da persuasão, continuam, ainda assim, a ser ambos formas de comportamentos não-verbais que a investigação relaciona com a persuasão. A incorporação na escala da persuasão de comportamentos carismáticos propostos para serem mais persuasivo (Heide, 2013), e o envolvimento do cliente estimulado pela lógica do terapeuta (Vaz & Sousa, 2021) fornece uma estimativa aprofundada da persuasão do psicoterapeuta que pode fazer avançar a investigação sobre esta capacidade interpessoal. A *TPRS* incorpora itens que destacam a importância da expressividade emocional do psicoterapeuta através de comportamentos carismáticos verbais e

não-verbais e da estimulação emocional do cliente para a persuasão do psicoterapeuta. Além das competências de comunicação verbal do psicoterapeuta, também os comportamentos não-verbais estão diretamente relacionados com o sucesso persuasivo (Otterson, 2015). Terapeutas não-verbais têm sido encontrados para determinar consistentemente as percepções da experiência e credibilidade do terapeuta, muitas vezes superando a influência dos comportamentos verbais. Os comportamentos não-verbais carismáticos relevantes incluem a transmissão de emoção através da voz, o grau de atenção do terapeuta, fluência verbal, postura e mais contato visual direto. Heide (2013) e Otterson (2015) reviram comportamentos não-verbais carismáticos empiricamente ligados ao sucesso persuasivo e implicações alargadas de tal investigação para a prática psicoterapêutica. Nas suas revisões, a expressividade emocional global do terapeuta, ou “a transmissão de emoções através da voz, expressões faciais, movimentos corporais e gestos” (p. 308), parecia ser responsável por uma porção significativa da influência persuasiva não verbal. Estas particularidades supramencionadas tendem a aumentar a credibilidade do terapeuta, para além de transmitirem um maior grau de expressividade emocional ao terapeuta, o que influencia a persuasão deste e, conseqüentemente, faz com que o cliente contemple o racional terapêutico como mais convincente, bem como percebe a terapia como um procedimento curativo (Dowell & Berman, 2013; Heide, 2013; Otterson, 2015; Bacon, 2020). Em geral, constatou-se que demonstrações de comportamento não-verbal carismático aumentam a excitação afetiva e a influência em outros através de um processo de “contágio emocional” (Bono & Ilies, 2006; Hatfield et al., 1994).

Este estudo possui vários pontos fortes. Primeiramente, foi colmatada a limitação do estudo anterior (Afonseca et al. (2022) em que a amostra era reduzida, o que pode ter condicionado os resultados anteriores, com uma amostra alargada. Este estudo avaliou ainda as variáveis da perspectiva do observador com o intuito de reduzir o viés de auto-avaliação, uma vez que os psicoterapeutas foram sugeridos como tendenciosos ao classificar as suas capacidades (Walfish et al., 2012; Anderson et al., 2021). Para além disso, a presente investigação é um contributo para o estudo da escala da persuasão, sendo a primeira escala que avalia a persuasão como uma competência interpessoal independente. De apontar ainda que dá continuidade ao estudo da relação entre a persuasão e a aliança terapêutica, e é o primeiro estudo a relacionar a persuasão com as competências interpessoais facilitadoras. A presente investigação contribui para a questão de legitimar cientificamente a investigação rigorosa de persuasão em psicoterapia, dado que a persuasão apesar de ser muito discutida e teorizada em psicoterapia, carece ainda de investigação. A correlação encontrada entre as *FIS* e a persuasão

motiva o aprofundamento do estudo das características de psicoterapeutas persuasivos, em particular, aspetos relacionados com a expressividade emocional, fluência verbal, calor e empatia do psicoterapeuta, que sugerem ser elementos relevantes para a persuasão, visando a necessidade de serem estudados.

Algumas limitações presentes neste estudo devem ser tidas em conta. A escala da *TPRS*, apesar de apresentar boas características psicométricas, é uma escala relativamente recente, e por esse motivo não foi ainda alvo de muitos estudos. A existência de vários itens nos dois instrumentos *TPRS* e *FIS* que aparentam ser muito semelhantes, deve ser também considerado. Esta limitação pode tornar expectável a relação encontrada entre as duas variáveis, persuasão e competências interpessoais facilitadoras. Ambos os instrumentos tocam no aspeto do terapeuta fornecer racionais, no aspeto da fluência verbal, no aspeto da expressão emocional. De mencionar ainda que a amostra não incluiu psicoterapeutas com uma abordagem cognitivo-comportamental, que tem sido sugerida para fornecer mais racionais comparativamente a outras abordagens, o que poderia ter produzido resultados diferentes (Vaz & Sousa, 2021). Por último, os vídeos de sessões terapêuticas incluídos na amostra enfatizam a apresentação do racional de tratamento e das tarefas terapêuticas dado o seu propósito educacional, o que sugere que gravações recuperadas de um contexto natural poderiam ter produzido resultados diferentes.

É necessária mais investigação para continuar o processo de validação da *TPRS* e mais investigação no campo da persuasão do psicoterapeuta. Estudos futuros devem examinar a persuasão do psicoterapeuta com um conjunto variado de abordagens psicoterapêuticas em ambientes naturais. A investigação futura deve recomendar o treino dos psicoterapeutas nas competências interpessoais facilitadoras da relação, dado que estas são treináveis e robustamente relacionadas aos resultados do cliente (Anderson et al., 2009, 2016a; 2016b; 2019, 2020, 2021; Perlman et al., 2020; Schöttke et al. al., 2017). O treino em psicoterapia eficaz deve incluir uma componente didática e experiencial, proporcionando aos psicoterapeutas formandos o conhecimento e a aprendizagem processual necessários à realização de serviços clínicos (Rousmaniere, 2016). Estudos futuros devem ser direccionados ao desenvolvimento, validação e refinamento de medidas para avaliar os comportamentos verbais e não verbais do psicoterapeuta, observados e relacionados à persuasão do mesmo. A literatura indica que tanto as competências verbais, como as competências não verbais são mensuráveis, passíveis de treino e podem influenciar o processo terapêutico, bem como o resultado do mesmo (Antonakis et al., 2016; Vaz & Sousa, 2021).

## Referências

- Afonseca, M., Sousa, D., Vaz, A., Santos, J. M., & Batista, A. (2022). Psychotherapist's persuasiveness in anxiety: Scale development and relation to the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000288>
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy Research*, 33(3), 314-322. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9182-1>
- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., Naven, T. (2017). The influence of expectancy persuasion techniques on socially anxious analogue patients' treatment beliefs and therapeutic actions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(3), 187-205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.3.187>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J.M., 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., & Patterson, C. L. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University: Unpublished rating manual.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016a). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57-66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, K., Hulin, B. D. (2016b). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659-675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Anderson, T., Finkelstein, J. D., & Horvath, S. A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Couns Psychother Res*, 20(3), 1-7. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>

- Anderson, T., Stone, S. J., Angus, L., & Weibel, D. T. (2021). Double trouble: Therapists with low facilitative interpersonal skills and without training have low in-session experiential processes. *Psychotherapy Research*, 1-13.
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal Psychotherapy Practice Research*, 10(3), 173-178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11402080/>
- Asano, K. (2019). Emotion processing and the role of compassion in psychotherapy from the perspective of multiple selves and the compassionate self. *Case Reports in Psychiatry*, 20, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2019/7214752>
- Antonakis, J., Bastardo, N., Jacquart, P., & Shamir, B. (2016). Charisma: An ill-defined and ill-measured gift. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 293-319.
- Bacon, S. (2020). A constructionist extension of the contextual model: Ritual, charisma, and client fit. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(4), 506.
- Bono, J. E., & Ilies, R. (2006). Charisma, positive emotions and mood contagion. *The Leadership Quarterly*, 17(4), 317-334.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2002). How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects. *American Psychological Association*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0000034-000>
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733-742.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Višlā, A., Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patient's early treatment outcome expectations and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473-485. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000169>
- Crăciun, B. (2015). Persuasion in psychotherapy. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 6(1), 1-5. <http://www.rjeap.ro/issue-1-2015/rjeap/volume-6-issue-1-2015/1-editorial-persuasion-in-psychotherapy-barbara-craciun>

- Darchuk, A., Wang, V., Weibel, D., Fende, J., Anderson, T., & Horvath, A. (2000). *Manual for the Working Alliance Inventory-Observer Form (WAI-O): Revision IV*.
- Dowell, N. M., & Berman, J. S. (2013). Therapist nonverbal behavior and perceptions of empathy, alliance, and treatment credibility. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 158.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Oxford, England: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *The American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271-274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy - The transformation of meanings: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(6), 341-346. <https://doi.org/10.1177/014107688607900611>
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293-302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1994). *Emotional contagion*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Heide, F. J. (2013). "Easy to sense but hard to define": Charismatic nonverbal communication and the psychotherapist. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 305-319. <https://doi.org/10.1037/a0032481>
- Hilsenroth, M. J., & Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 205-218. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.205>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). *Development and validation of the working alliance inventory*. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636-642.

[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199009\)46:5<636::AIDJCLP2270460516>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199009)46:5<636::AIDJCLP2270460516>3.0.CO;2-U)

- 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.
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy*, 14(5), 657-671. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80058-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80058-6)
- Koo, T., & Li M. Y. (2015). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Locher, C., Meier, S., & Gaab, J. (2019). Psychotherapy: A world of meanings. *Front Psychol*, 1(460), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00460.102322>
- Malin, A. J., Pos, A. E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(4), 445-459. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.901572>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8th ed.). Pêro Pinheiro.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.3.438>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.
- Orleans-Pobee, R. C. M. (2020). *The Therapeutic Alliance in Integrated Coping Awareness Therapy* (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill).
- Otterson, B. (2015). *Therapist charisma and its impact: A phenomenological study* (Publication No. 3735209) [Doctoral dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

- Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N. (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653-665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 461-472. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000165>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Taylor & Francis.
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Santirso, F. A., Martín-Fernández, M., Lila, M., Garcia, E., & Terreros, E. (2018). Validation of the working alliance inventory–observer short version with male intimate partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 152-161. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.02.003>
- Santirso, F. A., Lila, M., & Garcia, E. (2020). Motivational strategies, working alliance, and protherapeutic behaviors in batterer intervention programs: A randomized controlled trial. *The European Journal of Applied to Legal Context*, 12(2), 77-84. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a7>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica. Fim de Século*.

- Tichenor-Hill, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 195-199. <https://doi.org/10.1037/h0085419>
- Tracey, T. J., & Kokovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Journal Psychotherapy Practice Research*, 10(3), 173-178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330646/>
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 33-36.
- Uhlin, D. B., & Anderson, T. (2011). Therapist In-session Rated Facilitative Interpersonal Skills (FIS-IS) in the Psychotherapy Process. [Doctoral dissertation, Ohio University]
- Vaz, A., & Sousa, D. (2021). Persuasiveness: An underappreciated characteristic of effective therapists. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cns0000309>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychol Rep*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445-449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>
- Zimmermann, C., & Haes, H. D. (2011). Building the working alliance in brief psychotherapies. In M., Rimondini (Ed.) *Communication in cognitive behavioral therapy* (pp. 53-71). Springer.

## Apêndices

### Apêndice A – Revisão de Literatura

#### Revisão de Literatura

#### Investigação em Psicoterapia

##### *Eficácia da Psicoterapia*

Entre as décadas de 50 e 80, a eficácia e benefícios da psicoterapia foram sujeitos a numerosos debates na comunidade de psicoterapeutas, sendo que Eysenck e Strupp foram os intervenientes mais importantes (Lambert, 2013; Barkhan Lutz & Castonguay, 2021). Esta disputa, foi o ponto de partida para os principais avanços na investigação em psicoterapia (Wampold & Imel, 2015), onde foram realizados vários estudos, cujo principal objetivo era comparar a psicoterapia com grupos sem tratamento psicoterapêutico ou grupos placebo (Lambert, 2013; Barkhan Lutz & Castonguay, 2021).

Eysenck afirma não existirem evidências científicas suficientes para concluir que a psicoterapia é eficiente, para além disso, refere a existência de uma correlação inversa entre a recuperação e a psicoterapia, isto é, quanto maior a duração da psicoterapia, menor é a taxa de recuperação dos pacientes (Wampold & Imel, 2015). Perante estas afirmações, Strupp criticou a análise feita por Eysenck, apontando falhas nos métodos utilizados, como a falta de rigor nos critérios. Para além disso, Strupp referiu à comunidade científica a importância dos critérios utilizados nos estudos desenvolvidos (Miller et al., 2013; Wampold, 2013).

O uso de meta-análises foi o método de análise escolhido para investigar a eficácia da psicoterapia (Lambert, 2013a). A meta-análise de Smith e Glass foi a primeira a ser conduzida, tendo incluído 375 estudos, comparando grupos de intervenções psicoterapêuticas com grupos de controlo, bem como, comparando diferentes grupos de terapia (Smith & Glass, 1977). Os resultados desta publicação revelaram a existência de fortes evidências a favor da eficácia geral da psicoterapia (Smith & Glass, 1977). Este artigo, juntamente com a segunda meta-análise de Smith, revelou, inequivocamente, a eficácia e benefícios da psicoterapia sendo que, uma pessoa que recebe psicoterapia, no final do tratamento apresenta melhorias mais significativas do que 80% daquelas que não foram submetidas a esta (Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold & Imel, 2015). Além disso, o efeito da psicoterapia é igualmente eficaz quando comparado com o efeito da terapia medicamentosa, sendo o seu efeito mais duradouro e apresentando uma menor resistência (Cuijpers, P. et al., 2013; Huhn et al, 2014; Lambert, 2015). Assim, e de uma

forma transversal, a psicoterapia é considerada eficaz segundo a literatura atual (Jong & DeRubeis, 2018). Mais especificamente, a psicoterapia mostrou-se eficaz para o tratamento de ansiedade, depressão, abuso de substâncias, insatisfação conjugal, stress pós-traumático, perturbação de personalidade, bem como de perturbação obsessiva compulsiva, entre outras (Wampold et al., 1997; Wampold, 2019).

Após comprovada a eficácia da psicoterapia, o rumo da investigação segue em direção a um novo tema. Questiona-se, assim, se os diversos tipos de abordagens psicoterapêuticas têm a mesma eficácia. Desta forma, foram realizados novos estudos e meta-análises, com o principal objetivo de determinar se as várias psicoterapias são igualmente eficazes (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015), para isso, foram comparadas diversas abordagens terapêuticas. (Miller et al, 2013; Wampold, 2019).

No artigo desenvolvido em 1936, Rosenzweig defendia a existência de fatores transversais a todas as abordagens psicoterapêuticas que as tornavam igualmente eficazes (Rosenzweig, 1936). Esta afirmação foi, mais tarde, verificada por Luborsky et al. (1975), a partir do qual este fenómeno ficou conhecido por o “Veredito do pássaro Dodó” (Wampold, 2019). Também neste artigo, o autor sugere a existência de fatores “não reconhecidos”, identificados como elementos determinantes para o processo terapêutico, promovendo a igualdade das várias abordagens (Rosenzweig, 1936). Na atualidade, estes fatores são conhecidos por fatores comuns.

Atualmente, a investigação aponta para a existência de diversos fatores influenciadores dos resultados em psicoterapia (Wampold, 2003). Sendo que, em 2001, Lambert e Barley, propuseram um conjunto de quatro fatores (Lambert & Barley, 2001): fatores extra-terapia da vida do paciente, técnicas específicas de cada tratamento, expectativas e fatores comuns. Deste conjunto, e considerando os fatores que estão ao alcance do psicoterapeuta, os que provocam um maior impacto sobre os resultados da psicoterapia nos clientes são os fatores comuns (Messer & Wampold, 2002).

A resposta à questão “O que faz com que a terapia funcione?” também divide a comunidade científica relativamente aos processos responsáveis pela eficácia da psicoterapia. Por um lado, os defensores do modelo médico, ou, da ideia da psicoterapia análoga à medicina explicam que, de uma forma geral, a eficácia da psicoterapia se deve a ingredientes específicos próprios de cada abordagem, sendo estes ingredientes sustentados através de ensaios clínicos aleatórios, dando origem a diretrizes de tratamento (Miller et al., 2013). Enquanto, por outro

lado, os defensores do modelo contextual afirmam não existirem tratamentos mais eficazes, sendo os fatores comuns nos vários tipos de tratamento aqueles que produzem um maior impacto no sucesso da psicoterapia (Miller et al., 2013; Tschacher et al., 2014; Wampold, 2019).

### ***Fatores Comuns***

Uma grande fração dos clientes valorizam as competências relacionais do psicoterapeuta, considerando estes fatores mais importantes que a educação e as competências específicas (Hill et al. 2017). A hipótese da existência de fatores comuns independentes das diferentes psicoterapias, isto é, diferentes abordagens produzirem resultados equivalentes despoletou o desenvolvimento do modelo contextual, por Bruce Wampold, tendo como ponto de partida o trabalho de Jerome Frank (Wampold, 2019). Este meta-modelo assenta no pressuposto de que a relação entre terapeuta e cliente constitui a parte mais importante da eficácia da psicoterapia, bem como a necessidade da criação de um laço entre estes dois intervenientes antes do início do processo terapêutico (Wampold & Imel, 2015). Depois do desenvolvimento desta interação inicial, Wampold sugere três vias responsáveis pelas mudanças psicoterapêuticas (Wampold et al., 2017).

A primeira via é referente à criação de uma relação real entre terapeuta e cliente, marcada por realismo e genuinidade mútua, onde são partilhadas perceções e experiências entre ambos que influenciam a motivação e expectativa do paciente (Wampold & Imel, 2015). Os terapeutas que dão mais importância ao estabelecimento e manutenção de uma relação real apresentam melhores resultados, segundo os clientes, comparativamente aos terapeutas que apresentam uma relação mais fraca (Gelso, Kivlighan & Markin, 2018). Por sua vez, a segunda via assenta na criação de expectativas positivas no cliente através da co-construção de raciais convincentes que elucidem o problema deste, bem como a construção de ações terapêuticas que levarão a uma melhoria do mesmo (Wampold & Imel, 2015; Vaz & Sousa, 2021). A interiorização de esperança por parte do cliente é transmitida tanto devido às expectativas de mudança como também às crenças do terapeuta em relação ao cliente (Swift, Derthick & Tompkins, 2018; Vaz & Sousa, 2021). Por último, a terceira via corresponde à colaboração ativa entre o cliente e o terapeuta, onde ambos têm um papel ativo na implementação dos objetivos e ações de tratamento (Wampold & Imel, 2015; Vaz & Sousa, 2021). Relativamente a esta via, a realização de ações promotoras de saúde, dentro e fora da sessão, que contribuem

para a redução de sintomas é a componente mais importante, em contraste com o carácter específico das tarefas de tratamento (Budge & Wampold, 2015).

Um conjunto de variáveis entre os processos relacionais comuns às terapias e os resultados da psicoterapia foram evidenciados na meta-análise de Norcross e Lambert, em 2019 (Norcross & Lambert, 2019). A aliança terapêutica foi destacada como um dos fatores comuns em que a investigação tem tido maior foco, estando entre os mais citados comparativamente às diversas abordagens terapêuticas. Esta pode ser explicada como o acordo entre terapeuta e cliente relativamente aos objetivos da psicoterapia, bem como a colaboração de ambos os intervenientes nas ações necessárias para cumprir estes objetivos. O estabelecimento destes fatores constitui a base para uma boa aliança terapêutica que visa a obtenção de melhores resultados (Bordin, 1979; Sousa, 2017). Segundo a investigação, uma boa aliança terapêutica tem um maior impacto no sucesso do processo terapêutico, comparativamente com o tipo de tratamento aplicado (Horvath & Symonds, 1991). A aliança terapêutica para além de ser utilizada como ferramenta para o alívio de sintomas do cliente, também facilita o alcance dos objetivos específicos, anteriormente acordados por ambos os intervenientes (Safran et al., 2011).

Desta forma, o terapeuta deve ser responsivo e hábil tanto no desenvolvimento bem como na manutenção da aliança terapêutica, adequando as técnicas aplicadas no tratamento consoante não só as circunstâncias, mas também as características e necessidades específicas de cada cliente (Kramer & Stiles, 2015; Horvath et al., 2011; Stiles & Horvath, 2017). Conclui-se que o papel do terapeuta é fundamental para o resultado do tratamento, sendo que se tornou essencial um estudo mais aprofundado nas características individuais do terapeuta que influenciam a preservação da relação entre terapeuta e cliente (Laska et al., 2014; Norcross & Lambert, 2019). Assim, segundo a investigação, uma boa psicoterapia não é encontrada devido à abordagem utilizada, mas sim devido a quem a realiza, em quem é realizada e como é realizada a intervenção (Miller et al. 2013). Desta forma, houve um interesse crescente na investigação dos fatores que relacionam os resultados da psicoterapia com a pessoa do terapeuta.

### ***Fatores do Terapeuta***

Como supramencionado, a variável da pessoa do terapeuta é um fator comum com grande impacto na eficácia em psicoterapia, sendo esta variável apenas dependente da contribuição do terapeuta para o sucesso terapêutico (Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Lutz & Barkham, 2015). Considerando a unicidade do ser humano e, por conseguinte, a singularidade

de cada terapeuta, surge naturalmente uma diferença no desempenho e competência dos terapeutas (Barkham et al., 2017). O interesse na pessoa do terapeuta tornou-se de grande importância, devido a esta complexidade do ser humano, por forma a investigar quais as características e competências do terapeuta que influenciam positivamente os resultados da psicoterapia, tornando-o um psicoterapeuta eficaz (Lambert, 2013a; Wampold & Imel, 2015; Heinonem & Nissen-Lie, 2020; Anderson et al., 2021).

Os efeitos do terapeuta consistem na influência que este tem nos resultados do cliente, em comparação com outro terapeuta, estando estes efeitos associados a características ou comportamentos do terapeuta (Baldwin & Imel, 2013). As competências interpessoais e a personalidade do terapeuta contribuem significativamente para o sucesso da prática clínica, transversalmente a qualquer técnica aplicada, o que se pode refletir na existência de terapeutas que apresentam valores diferentes na eficácia da psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019; Johns et al., 2019; Anderson et al., 2021).

Do estudo de Baldwin e Imel retiram-se evidências de que os efeitos do terapeuta parecem influenciar entre 5 e 9% da variância do resultado terapêutico, sendo este valor significativamente superior à variância referente à contribuição do modelo e técnicas específicas utilizadas (Baldwin & Imel, 2013; Chow et al., 2015; Johns et al., 2019). Apesar destes intervalos de valores poderem sofrer variações entre autores, pode-se concluir que o terapeuta tem um impacto significativo na eficácia da psicoterapia (Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Lutz & Barkham, 2015; Sousa, 2017; Wampold & Brown, 2005). Apenas 1% da variação se deve às diferentes abordagens utilizadas, de onde se retira que os efeitos do terapeuta têm maior impacto que o tratamento específico (Baldwin & Imel, 2013; Laska et al., 2014; Wampold & Imel, 2015).

Os efeitos do terapeuta foram alvo de estudo considerando outras variáveis, como é o caso da duração do tratamento, da severidade da sintomatologia do cliente e do tempo de prática clínica do terapeuta. A investigação aponta para quanto maior a complexidade do quadro clínico do cliente, terapeutas com melhores capacidades interpessoais e um racional teórico sofisticado tendem a obter melhores resultados terapêuticos (Barkham et al., 2017; Firth et al., 2015; Johns et al., 2019). Por outro lado, são mais evidenciadas as diferenças entre terapeutas com o aumento da duração do tratamento, sendo que para intervenções de curta duração os resultados tendem a ser idênticos, contudo, para intervenções de longa duração, verifica-se uma maior eficácia para terapeutas mais eficazes (Goldberg et al., 2016a). No caso do tempo de prática

clínica dos terapeutas, este parece não explicar as diferenças nos resultados terapêuticos. Segundo o estudo de Goldberg (2016), em média, a eficácia de um terapeuta tende a diminuir com o aumento dos anos de experiência (Goldberg et al., 2016b), apesar de outro estudo apontar para uma menor taxa de abandonos prematuros dos clientes com um aumento do tempo de prática clínica dos terapeutas (Roos & Werbart, 2013). Para além destas variáveis, também a idade, sexo, modelo teórico utilizado, quantidade de treino e supervisão que o terapeuta possa ter, bem como o grau de adesão a protocolos de intervenções específicas não aparentam estar relacionados com os resultados dos clientes (Huppert et al., 2001; Wampold & Brown, 2005; Wampold, 2015; Miller et al., 2013; Chow et al., 2015; Goldberg et al., 2016; Anderson et al., 2016b).

Os resultados obtidos relativos à variação da eficácia entre terapeutas deslocaram a investigação na direção dos terapeutas que alcançam melhores resultados terapêuticos, por forma a determinar quais as características e ações que provocam esta distinção (Laska et al., 2014; Wampold & Imel, 2015; Barkham et al., 2017). Esta área é desafiante, uma vez que é necessário separar as contribuições do terapeuta e do paciente (Wampold et al., 2017). Os resultados deste estudo são essenciais para ser possível atingir melhorias nos cuidados de saúde, bem como melhorar o desempenho dos terapeutas que obtêm resultados menos satisfatórios (Laska et al., 2014). Apesar do estudo cujo objetivo é responder à questão “quais as características e ações dos terapeutas mais eficazes?” ser recente, já foram identificados alguns comportamentos e qualidades associados ao terapeuta mais eficaz (Baldwin & Imel, 2013, Wampold et al., 2017a).

### ***Características de Psicoterapeutas Eficazes***

A aliança entre terapeuta e cliente é uma das variáveis mais importantes para o sucesso da psicoterapia (Wampold & Imel, 2015) e, como referido anteriormente, consiste no acordo entre terapeuta e cliente relativamente aos objetivos da psicoterapia, bem como a colaboração de ambos os intervenientes nas ações necessárias para cumprir estes objetivos. Desta forma, variando a pessoa do terapeuta, vai haver uma diferenciação não só ao nível da capacidade de propor e explicar o modo de trabalho e também dos objetivos da terapia em particular, bem como da manutenção da aliança. Assim sendo, há características do terapeuta que influenciam a sua habilidade para desenvolver e manter uma boa aliança com o cliente, que está positivamente relacionado com a obtenção de melhores resultados (Flückiger et al., 2019).

As rupturas desta aliança são frequentes e inevitáveis no processo terapêutico (Safran & Muran, 2000; Safran & Kraus, 2014) sucedendo-se quando existe uma falta de cooperação entre o cliente e o terapeuta ou devido à falta de acordo nos objetivos da terapia (Eubanks-Carter et al., 2010). Segundo Eubanks-Carter et al., o terapeuta não só é responsável por assumir a falha na ruptura da aliança, como também é responsável por guiar o restauro da mesma (Eubanks-Carter et al., 2010). O estado da aliança pode ser monitorizado através de sistemas de feedback (Miller et al., 2015), sendo que estes permitem uma melhor comunicação por parte do cliente e apoiam o terapeuta a monitorizar o processo terapêutico do cliente, permitindo a realização de ajustes no tratamento, caso necessário (Lambert, 2013b).

A monitorização da evolução clínica é outro fator que contribui para melhorar os resultados da terapia. Esta consiste na avaliação contínua da eficácia da psicoterapia, tendo em consideração o feedback recebido pelo cliente (Lambert & Shimokawa, 2011). Esta monitorização permite ao terapeuta obter mais informação sobre o cliente, inclusive determinar os clientes que estão em risco de deteriorar o quadro clínico ou até desistir da psicoterapia, sendo assim possível o terapeuta fazer uma adaptação das abordagens utilizadas, por forma a solucionar os fatores que apresentam um efeito negativo no cliente (Boswell et al., 2015). Também a capacidade de o terapeuta duvidar de si mesmo pode influenciar positivamente o seu desempenho, uma vez que ao duvidarem, os terapeutas vão realizar uma reflexão relativa ao seu desempenho, questionando a sua abordagem, o que poderá resultar numa procura de orientação e, por sua vez, numa mudança de abordagem (Nissen-Lie et al., 2015).

A empatia é outra competência que influencia o resultado terapêutico, sendo o cliente sensível à compreensão por parte do terapeuta (Elliott et al., 2019). A empatia é descrita como a capacidade do terapeuta para compreender a experiência emocional do cliente e após uma reflexão sobre esta, transmitir uma compreensão empática (Anderson et al., 2009). A empatia do terapeuta resulta numa melhor compreensão do cliente, quer ao nível dos objetivos, quer ao nível das ações terapêuticas, logo o terapeuta deve-se alinhar, constantemente, ao modo do cliente perceber a vida, por forma a auxiliar o consciencializar tanto das emoções como das conceções e entendimentos do cliente (Elliott et al., 2018).

Segundo a investigação, terapeutas eficazes parecem ter a perceção de como e quando devem atuar de determinado modo, considerando o cliente e o contexto em que este está inserido, o que reflete a responsividade do terapeuta (Kramer & Stiles, 2015; Stiles e Horvath, 2017). O fornecimento de feedback positivo, a promoção do diálogo e negociação, a

comunicação mais fluente e a persuasão do cliente por parte do terapeuta relativamente a fazer mudanças e debatê-las, são outras características relacionais que distinguem os terapeutas com maior eficácia (Miller et al., 2007; Anderson, Patterson, Lambert & Vermeersch, 2009; Ericsson & Pool, 2016).

### **Competências Interpessoais Facilitadoras**

As competências interpessoais facilitadoras (FIS – Facilitative Interpersonal Skills) também têm sido um tema amplamente estudado pela comunidade científica. Segundo Anderson e Patterson (2013), estas competências permitem certos psicoterapeutas serem mais eficientes ao compreender e transmitir mensagens interpessoais a outros e, também na persuasão de terceiros na resolução dos seus problemas através da implementação de soluções por si propostas (Anderson & Patterson, 2013).

De acordo com a investigação, terapeutas com competências interpessoais mais altas contribuem para uma maior diminuição nos sintomas do cliente, bem como a criação de alianças mais fortes, em comparação com terapeutas que apresentam valores de FIS inferiores (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016a; Anderson et al., 2016b; Anderson et al., 2020). Contrariamente ao que foi evidenciado em estudos menos recentes, segundo Anderson et al., estas competências interpessoais podem ser treinadas, não sendo considerados traços de personalidade estáveis (Anderson et al., 2020; Perlman et al., 2020).

A avaliação destas competências interpessoais é executada através da FIS Performance Task, que consiste na observação, por parte dos terapeutas, de vídeos de sessões de psicoterapia, em contexto terapêutico real, desempenhados por atores, aos quais os terapeutas devem responder à situação exibida supondo que são eles os terapeutas da sessão, sendo que, posteriormente, as suas respostas são avaliadas segundo o manual de codificação da FIS (Anderson et al., 2019). Esta classificação é realizada através da escala de Likert com 5 pontos, em que 1 corresponde a “não característico” e 5 corresponde a “extremamente característico” (Anderson & Patterson, 2013). Este método de cotação, para além de ser um processo demorado, requer profissionais com treino especializado, levando a um custo elevado, o que faz com que este procedimento seja pouco utilizado, apesar dos impactos positivos para os resultados terapêuticos (Goldberg et al., 2020a).

Estas competências incluem oito dimensões: 1) fluência verbal, esta deve ser natural e descontraída, refletindo conforto e não apresentado sinais de ansiedade na articulação do terapeuta, sendo o racional teórico exposto de forma sucinta (Anderson & Patterson, 2013;

Wampold et al., 2017a); 2) transmissão de esperança e expectativas positivas, relativamente ao futuro do cliente, bem como a mudanças positivas (Anderson & Patterson, 2013); 3) persuasão, referente à capacidade do terapeuta explicar, convincentemente, o racional teórico, de forma a que o cliente aceite uma perspectiva do seu sofrimento diferente da sua (Anderson & Patterson, 2013); 4) expressão emocional, o terapeuta deve expressar as suas respostas de forma emocional e envolvente (Anderson & Patterson, 2013); 5) transmissão de aceitação e compreensão, o ambiente deve ser seguro e transmitindo apoio por parte do terapeuta, não demonstrando julgamentos, nem desaprovação das ações do cliente (Anderson & Patterson, 2013); 6) empatia, o terapeuta deve demonstrar nas suas respostas que compreendeu, de forma clara, a experiência, os pensamentos e emoções expressadas pelo cliente (Anderson & Patterson, 2013); 7) aliança, o terapeuta deve criar um ambiente colaborativo em que o cliente tenha a percepção de que a resolução dos seus problemas é um trabalho conjunto entre si e o terapeuta (Anderson & Patterson, 2013); 8) identificação e reparação de rupturas da aliança, o terapeuta deve abordar o problema e guiar o restauro da aliança (Anderson & Patterson, 2013).

Apesar destas competências estarem expostas em pontos diferentes, estão intrinsecamente interligadas (Anderson et al., 2009). Terapeutas diferentes, possuem estas características interpessoais em diferentes graus, sendo esta uma das razões pela qual se pode explicar a variabilidade dos resultados do processo terapêutico obtidos por diferentes terapeutas (Anderson et al., 2016b). O estudo das FIS revela uma correlação positiva entre os terapeutas eficazes e os altos níveis de competências interpessoais facilitadores, o que poderá ter implicações no treino dos terapeutas, permitindo não só aumentar as taxas de sucesso como também diminuir resultados menos satisfatórios (Anderson et al., 2019). No entanto, ainda não se concluíram quais as competências que apresentam maior impacto nos resultados terapêuticos devendo ser continuada a sua investigação, em particular, o caso da persuasão, capacidade esta pouco estudada até à data (Vaz & Sousa, 2021).

## **Persuasão**

### ***Estudo da Persuasão em Psicoterapia***

Existe uma lacuna na literatura referente ao campo da persuasão, de onde se observa uma carência de investigação específica sobre esta problemática e como esta influencia os resultados terapêuticos, sendo a persuasão um dos fatores comuns menos investigado em psicoterapia (Crăciun, 2015; Vaz & Sousa, 2021).

Segundo Jerome Frank, a capacidade persuasiva do terapeuta é exibida como um fator indispensável para o sucesso terapêutico (Frank & Frank, 1993). Em parte, o sucesso da psicoterapia está dependente da capacidade de o terapeuta persuadir o cliente em transformar os seus significados e as suas expectativas de forma mais adaptativa (Wampold, 2012; Locher et al., 2019). O terapeuta deve apresentar um racional teórico ao cliente, onde são esclarecidos, de forma plausível, os sintomas e a experiência deste e estabelecidas tarefas terapêuticas com o intuito de ajudar o cliente a sentir-se melhor, combatendo o estado de confusão deste e a falta de esperança, também são estimuladas expectativas positivas relativamente ao processo terapêutico (Frank, 1974).

A persuasão como capacidade fundamental para o sucesso da psicoterapia foi criticada por Abroms (1968), que defendia que, para além de ser necessária uma participação ativa do cliente para a transformação dos significados deste, nos estudos científicos, a variável correspondente à capacidade persuasiva do terapeuta não pode ser separada das crenças, valores e expectativas do cliente (Abroms, 1968). De uma forma geral, há uma maior probabilidade de persuasão quando esta é realizada por uma fonte que se considera atraente, agradável e que possui uma posição de autoridade, do que comparativamente a uma fonte que não possui estas características (Miller et al., 2019). Segundo Strong (1968), a perceção de competência, atratividade e credibilidade do terapeuta são fundamentais, uma vez que estabelecem a base de influência social do terapeuta que facilita, não só o processo terapêutico como também os resultados do mesmo (Strong, 1968). O modelo de Strong divide-se em duas fases, na primeira fase, através não só da demonstração da sua competência como também da validação da sua confiabilidade, o terapeuta reforça a sua credibilidade e atratividade aos olhos do cliente. A segunda fase pretende envolver o cliente no processo terapêutico através do foco nos problemas e angústias deste, bem como na atribuição de tarefas terapêuticas. Com o cumprimento das duas fases do modelo de Strong, concede-se uma maior probabilidade de persuasão do cliente, como também da transformação dos seus significados e do envolvimento deste o processo terapêutico (Strong, 1968). É importante destacar que, a interpretação da persuasão por parte do cliente é distinta mediante a pessoa do cliente, uma vez que cada indivíduo possui diferentes motivações, como por exemplo as suas características de personalidade, valores e crenças (Miller et al., 2019).

Segundo Cameron (2009), a comunicação persuasiva abrange três processos, a modelação da resposta, o reforço da resposta e a mudança da resposta. Relativamente à modelagem da resposta, esta compreende a criação de respostas, isto é, a introdução de novas

informações, a um novo estímulo, através de uma nova perspectiva, partindo do pressuposto de que não existe nenhuma atitude prévia relativamente a este estímulo novo. Em relação ao reforço de resposta, este ocorre quando o cliente já tem uma atitude pré-existente, ou assume um comportamento que é defendido por um persuasor. O processo que é conhecido como persuasão corresponde à mudança de resposta (Cameron, 2009). Assim, o processo de persuasão envolve três tarefas específicas: a identificação do foco de resistência, a criação de mensagens eficientes aplicadas a esse foco e a continuidade após o trabalho inicial da persuasão. Na primeira tarefa, o principal objetivo é demonstrar ao cliente a importância da atitude existente relativamente ao comportamento de interesse, por forma a auxiliar o cliente a perceber as ligações entre as atitudes e as escolhas de comportamento que este encara. Relativamente à criação de mensagens eficientes, as particularidades da mensagem influenciam a persuasão, tais como a qualidade e quantidade de provas providenciadas, a verticalidade da mensagem, a intensidade da linguagem e a discrepância (O'keefe et al., 1997). Segundo o estudo de Beutler et al. (2018), onde foi estudada a reatância dos clientes, isto é, a sensibilidade do cliente em relação à persuasão ou à influência social do terapeuta. Esta é definida como uma forma extrema de resistência que indica não só uma falta de inclinação para a mudança, como também uma reação de oposição ao persuasor. No estudo em causa, concluiu-se que os terapeutas que apresentam uma postura diretiva preveem melhores resultados terapêuticos. Desta forma, deve ser realizado um ajuste no grau de diretividade consoante o cliente para a obtenção de melhores resultados (Beutler et al., 2018).

Os estudos sobre as FIS também demonstram o grande interesse do papel da persuasão no processo terapêutico. No estudo de Anderson (2013), a persuasão foi definida como a capacidade de incitar no outro a aceitação de um ponto de vista que poderá ser diferente do pré-existente. Esta foi definida juntamente com o desenvolvimento de um sistema de classificação que visa determinar as ações que podem servir de critério na classificação da capacidade persuasiva de um terapeuta (Anderson & Patterson, 2013). É importante destacar que a influência das várias FIS é diferente para clientes diferentes, isto é, diferentes terapeutas irão obter resultados distintos conforme o tipo de cliente, mesmo para terapeutas com FIS elevado (Anderson et al., 2016b).

Concluindo, a relação terapêutica permite uma construção conjunta dos princípios e valores do cliente, e a oferta de um racional explicativo dos sintomas do mesmo e de que forma estes podem ser aliviados (Frank, 1974). Desta forma, um terapeuta eficaz utiliza a sua influência social com o intuito de persuadir o cliente sobre a aceitação do racional de tratamento

o que vai, conseqüentemente, influenciar o envolvimento do cliente no processo terapêutico e na obtenção de melhores resultados terapêuticos (Frank & Frank, 1993; Wampold, 2012).

### ***Características de Psicoterapeutas Persuasivos***

Nos estudos realizados por Truax et al. (1968, 1970), o impacto do poder persuasivo do terapeuta em psicoterapias individuais e de grupo foi estudado através da classificação de gravações de sessões numa escala de 3 pontos. Neste estudo, o potencial persuasivo do terapeuta foi definido como a capacidade de comunicação de forma socialmente influente. No estudo realizado em 1970, observou-se que os psicoterapeutas com maior poder persuasivo alcançaram 90% de melhorias clínicas, quando comparado com os terapeutas com menor poder persuasivo que obtiveram 50% de melhorias. De acordo com estes estudos, concluiu-se que terapeutas com maior poder persuasivo obtêm maior sucesso terapêutico (Truax et al., 1968; Truax & Lister, 1970).

Por forma a obter um método de avaliação mais fiável e objetivo para terapeutas persuasivos em comparação com o sistema utilizado por Truax et al., Packwood e Parker (1973) realizaram um estudo, onde o nível de persuasão dos psicoterapeutas foi avaliado. Neste estudo, a convicção com que o psicoterapeuta comunica e o seu apelo à emoção do cliente foram os fatores mais importantes na análise do nível de persuasão. Nesta análise, a expressão verbal de aceitação por parte do cliente, bem como a realização de medidas propostas pelo terapeuta foram o modo de avaliar a aceitação do apelo do terapeuta (Packwood & Parker, 1973). Em comparação com os estudos de Truax et al. supramencionados, o estudo de Packwood e Parker apresenta uma medida da persuasão do psicoterapeuta mais diferenciada e completa, no entanto não foi dada continuação à investigação referente à definição e medição da persuasão do psicoterapeuta (Vaz & Sousa, 2021).

Em 1987, foram propostas por Jerome Frank três qualidades comuns em psicoterapeutas persuasivos, o *ethos*, o *logos* e o *pathos*. O *ethos* do psicoterapeuta está relacionado com a sua credibilidade profissional, o que lhe concede confiabilidade. Por sua vez, o *logos* corresponde aos argumentos apresentados pelo terapeuta e a sua capacidade argumentativa, isto é, as explicações que este apresenta ao cliente com o intuito de o persuadir a transformar o seu significado. Por fim, o *pathos* refere-se à estimulação emocional do cliente, que permite um maior envolvimento deste no processo de tratamento (Frank et al., 1987).

Como supramencionado, num estudo mais recente realizado por Anderson e Patterson (2013), a persuasão do terapeuta foi, por estes, definida como a capacidade de induzir no outro

a aceitação de um ponto de vista que poderá ser diferente do seu. Esta capacidade envolve implicitamente a competência de o terapeuta comunicar de forma convincente, clara e organizada o significado da origem da angústia do cliente. Também foi referido, pelos autores, que o racional terapêutico deve ser relevante para os problemas do cliente, bem como, pelo menos em parte novo para a experiência do cliente (Anderson & Patterson, 2013). O método utilizado pelos autores permite a classificação do terapeuta numa gama entre muito persuasivo até não persuasivo, sendo que um terapeuta muito persuasivo apresenta, convincentemente, o racional teórico com confiança, certeza e autoridade, enquanto um terapeuta com baixo poder persuasivo apresenta o racional teórico com pouca confiança (Anderson & Patterson, 2013).

Além das competências de comunicação verbal do psicoterapeuta, também os comportamentos não verbais estão diretamente relacionados com o sucesso persuasivo (Otterson, 2015). Estas características não verbais incluem comportamentos expressivos como a transmissão de emoção através da voz, expressividade facial, movimentos corporais e gesticulação, e também o elevado contacto visual direto, a postura correta e o grau de atenção do terapeuta. Estas particularidades tendem a aumentar a credibilidade do terapeuta, para além de transmitirem um maior grau de expressividade emocional ao terapeuta, o que influencia a persuasão deste e, conseqüentemente, faz com que o cliente contemple o racional terapêutico como mais convincente, bem como percebe a terapia como um procedimento curativo (Dowell & Berman, 2013; Heide, 2013; Otterson, 2015; Bacon, 2020). A investigação aponta para a possibilidade de medição e treino destas características não verbais carismáticas (Antonakis et al., 2016).

Os estudos indicam que tanto as competências verbais, como as competências não verbais são mensuráveis, passíveis de treino e podem influenciar o processo terapêutico, bem como o resultado do mesmo. Desta forma, é essencial estudar as características comuns de terapeutas eficazes (Vaz & Sousa, 2021).

### ***Apresentação do Racional Teórico***

O estado de desmoralização, definido por Frank (1961), está associado à falta de capacidade na elaboração das angústias e de um sentimento global de falta de sentido, um mundo demasiado imprevisível e/ou uma experiência que não é compreensível, levando o sujeito a sentir-se desanimado e sem esperança em encontrar as respostas para as suas expectativas e para as dos outros, sendo estes fatores característicos de um indivíduo que procura psicoterapia. Este estado de desmoralização é habitualmente o estado em que os clientes se

apresentam no início do processo terapêutico, estando associado a experiências de isolamento, falta de esperança e coragem, e incapacidade em alterar a situação presente. Desta forma, a elaboração e transformação dos significados não adaptativos para outros mais saudáveis concede alguma ordem ao caos experimentado pelo cliente. A apresentação do racional teórico ajuda neste processo de criação e tem como intuito aliviar, em parte, a angústia do cliente, dando mais sentido aos sentimentos por este experienciados (Frank, 1961; Frank & Frank, 1993; Clarke & Kissane, 2002).

O racional teórico pode ser explicado como a formulação pelo terapeuta dos fatores que contribuem para a origem da angústia do cliente, bem como as ações que devem ser realizadas para aliviar os sintomas e o estado de sofrimento do cliente (Ahmed & Westra, 2009). Transversalmente a qualquer tipo de tratamento, a aceitação de um racional convincente que origine novos significados para os sentimentos do cliente produz expectativas positivas (Wampold, 2012). Segundo Ametrano et al. (2017), a apresentação de um racional de tratamento pode ser um fator transdiagnóstico essencial na fase inicial da psicoterapia, que se torna a base conceptual do processo terapêutico (Ametrano et al., 2017). Segundo Irving Kirsch (1990), o racional teórico não deve prometer uma mudança inicial grande, pelo contrário, deve apresentar uma elevada confiança de que vai ser experienciada alguma mudança na direção pressuposta, de tal forma que mesmo as pequenas alterações no estado do cliente possam ser compreendidas como melhorias. Este feedback é indicativo da eficácia do tratamento, criando expectativas positivas que promovem a envolvimento do cliente nas ações propostas e, conseqüentemente ajuda a potenciar o processo de mudança (Kirsch, 1990). Ainda, as expectativas comunicadas não devem ser idealizadas, mas devem transmitir um parecer realista do processo terapêutico, explicando a possibilidade de o processo ser demorado e a possível existência de momentos de regressão (Constantino et al., 2012).

A apresentação do racional teórico requer uma comunicação convincente para persuadir os clientes relutantes do processo terapêutico, por forma a estes acreditarem que vão ser beneficiados com o mesmo (Constantino et al., 2018). O racional teórico pode ser apresentado de forma indireta e, por esta razão, as competências empáticas do terapeuta vão reforçar a sua capacidade persuasiva sendo que o nível em que o cliente se sente persuadido promove uma envolvimento mais ativa deste no processo terapêutico (Locher et al., 2019). Também o modo como este racional é transmitido ao cliente pode ser influenciador das expectativas deste relativamente ao sucesso terapêutico, sendo crucial apresentar os detalhes suficientes, sem ser demasiado exaustivo (Kazdin & Krouse, 1983; Horvath, 1990).

O processo de persuasão é um processo terapêutico contínuo, sendo que a apresentação do racional teórico é importante durante todo o processo terapêutico e não apenas nas fases iniciais do mesmo (Vaz & Sousa, 2021). A resposta à apresentação do racional de tratamento pode diferir de cliente para cliente, relativamente ao envolvimento deste nas ações terapêuticas propostas (Ahmed & Westra, 2009). Por outro lado, também é importante mencionar os casos em que os clientes necessitam de analisar e/ou investigar os seus sentimentos e a causa destes sem lhes ser referido o que seria normal sentirem. Alguns clientes necessitam de ser desafiados a questionarem o porquê de ainda não possuírem a informação que procuram e o que os motiva a confiar nos outros para obter essa informação (Hill, 2014). É assim crucial não dissuadir os clientes na realização de uma autoexploração no processo terapêutico (Vaz & Sousa, 2021).

De acordo com vários autores, a validação científica do racional teórico não é importante para o sucesso da psicoterapia (Fish, 1973; Frank & Frank, 1991; Wampold et al., 2017; Locher et al., 2019). Sendo que o racional teórico deve ser adaptado mediante as problemáticas do cliente em tratamento e deve promover soluções que sejam compreendidas e aceites por este, por forma a serem superados os seus obstáculos (Wampold, 2012; Budge & Wampold, 2015).

Segundo Kadzin e Krouse (1983), devem ser tidos em consideração vários fatores no processo de apresentação do racional de tratamento, onde estão incluídos a evidência científica em que se baseia o racional, exemplos de casos com sucesso, consideração de várias dimensões do cliente, que incluem a comportamental, cognitiva e emocional e a linguagem técnica na explicação do processo terapêutico (Kadzin & Krouse, 1983). A apresentação de provas é mais eficaz quando os clientes são envolvidos no tema, contudo alguns estudos apontam para a forte eficácia dos argumentos com provas, independentemente do envolvimento do cliente (Miller et al., 2019). Desta forma, a investigação aponta para a importância dos racionais teóricos para o envolvimento do cliente nas ações terapêuticas, sendo a adaptação deste racional fundamental para a criação de expectativas positivas no cliente (Wampold, 2012; Coyne et al., 2019).

### ***Criação de Expectativas Positivas***

As expectativas que os clientes têm relativamente ao sucesso do tratamento e que, conseqüentemente, os levará a alcançar uma mudança terapêutica foi considerado um fator importante em psicoterapia (Goldstein, 1962; Frank, 1973; Shapiro & Morris, 1978). As expectativas podem influenciar várias facetas do tratamento, que incluem a entrada e a continuidade no tratamento, a confiança no processo e no terapeuta, a adesão nas tarefas

terapêuticas e, o próprio resultado do processo terapêutico (Lick & Bootzin, 1975; Rosen, 1976; Shapiro & Morris, 1978).

Vários estudos demonstraram que, não só o racional teórico, mas também as descrições do tratamento promovem expectativas nos clientes, sendo o racional de tratamento a primeira forma de contacto entre o cliente e o processo de tratamento (Kazdin & Krouse, 1983). Segundo o estudo realizado por Kazdin e Krouse (1983), onde foram estudadas várias características do racional teórico que podem contribuir para as expectativas de mudança terapêutica, os sujeitos que receberam manipulação da variável expectativa avaliaram o tratamento de forma mais favorável e mais potente, produzindo uma maior mudança terapêutica, quando comparado com os sujeitos que não receberam a manipulação da variável expectativas. Para além disso, os sujeitos que receberam descrições de casos clínicos referentes à aplicação da terapia avaliaram o tratamento como mais suscetível de beneficiar o cliente, em contraste com sujeitos cuja descrição do tratamento não incluía casos exemplares (Kazdin & Krouse, 1983). No estudo de Yulish et al. (2017), os autores sugerem que as expectativas que tiveram origem através do racional teórico desempenham um papel decisivo na redução da angústia do cliente e são maiores preditores dos resultados da psicoterapia do que os ingredientes específicos (Yulish et al., 2017).

### ***Persuasão e Aliança Terapêutica***

A investigação em psicoterapia demonstra que a qualidade da aliança terapêutica é um dos melhores preditores para o resultado da psicoterapia, para vários tipos de tratamentos diferentes (Horvath et al., 2011). A psicanálise relacional coloca a relação entre cliente terapeuta no centro do tratamento, sendo que a terapia assenta, inevitavelmente, no contexto do relacionamento único entre cliente e terapeuta (Safran & Kraus, 2014).

Segundo estudos científicos, a aliança terapêutica relaciona-se diretamente com a co-construção do racional teórico, sendo que a apresentação deste pode facilitar a construção da aliança (Frank et al., 1987; Safran & Segal, 1990). Destaca-se que o racional teórico exige uma participação ativa entre o cliente e o terapeuta, sendo a capacidade persuasiva do terapeuta, bem como o estabelecimento de uma forte aliança terapêutica fatores importantes para o cliente sentir-se compreendido e, conseqüentemente estar mais disposto a transformar os seus significados não-adaptativos em novas explicações mais adaptativas (Frank et al., 1987).

O racional serve de meio para conservar a aliança terapêutica e realçar a capacidade influenciadora do terapeuta, com o intuito de auxiliar na resolução das problemáticas do cliente

(Frank & Frank, 1993; Safran & Muran, 2000). Quando se observa uma ruptura da aliança terapêutica, um dos modos para reparar é através de uma explicação da lógica do tratamento, verificando se o racional é claro para o cliente, ou se é necessária uma apresentação deste mais esclarecedora, clarificando quaisquer equívocos que o cliente possa ter relativamente a este (Safran & Muran, 2000; Safran et al., 2011; Safran & Kraus, 2014).

### **Objetivos**

O presente estudo tem como principal objetivo examinar a relação entre a persuasão do terapeuta e as competências interpessoais facilitadoras, e ainda examinar a relação entre a capacidade persuasiva do terapeuta e a aliança terapêutica.

### **Referências**

- Abroms, G. (1968). Persuasion in psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.*, 129(9), 1213-1218. <https://doi.org/10.1176/ajp.124.9.1212>
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy Research*, 33(3), 314-322. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9182-1>
- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., Naven, T. (2017). The influence of expectancy persuasion techniques on socially anxious analogue patients' treatment beliefs and therapeutic actions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(3), 187-205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.3.187>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J.M., 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., & Patterson, C. L. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University: Unpublished rating manual.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, K., Hulin, B. D. (2016a). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016b). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57-66. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *J. Clin Psychol.*, 76(4), 659-675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Anderson, T., Finkelstein, J. D., & Horvath, S. A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Counseling Psychotherapy Research*, 20(3), 1-7. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>
- Anderson, T., Stone, S. J., Angus, L., & Weibel, D. T. (2021). Double trouble: Therapists with low facilitative interpersonal skills and without training have low in-session experiential processes. *Psychotherapy Research*, 1-13.

- Antonakis, J., Bastardo, N., Jacquart, P., & Shamir, B. (2016). Charisma: An ill-defined and ill-measured gift. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 293-319.
- Bacon, S. (2020). A constructionist extension of the contextual model: Ritual, charisma, and client fit. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(4), 506.
- 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* (6th ed., pp. 258- 297). John Wiley & Sons
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay, & C. E. Hill (Eds.), *Are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13-36). *American Psychological Association*.
- Barkham, M., Lutz, W., Castonguay, L. G. (2021). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (50 th ed.). Wiley.
- Beutler, L. E., Edwards, C., & Someah, K. (2018). Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *J. Clin. Psychol.*, 74(11), 1952-1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 37-41. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Budge, S. L., & Wampold, B. E. (2015). The relationship: How it works. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 213-228). Springer-Verlag Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_11)
- Cameron, K. A. (2009). A practitioner's guide to persuasion: An overview of 15 selected persuasion theories, models and frameworks. *Patient education and counseling*, 74(3), 309-317. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.003>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective

- psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337.
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733-742.
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Vișlă, A., Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patient's early treatment outcome expectations and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473-485. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000169>
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., & Muir, H. J. (2019). Therapist responsiveness to patients' early treatment beliefs and psychotherapy process. *Psychotherapy*, 56(1), 11.
- Crăciun, B. (2015). Persuasion in psychotherapy. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 6(1), 1-5. <http://www.rjeap.ro/issue-1-2015/rjeap/volume-6-issue-1-2015/1-editorial-persuasion-in-psychotherapy-barbara-craciun>
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., Straten, A. V., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(4). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- De Jong, K., & DeRubeis, R. J. (2018). Effectiveness of psychotherapy.
- Dowell, N. M., & Berman, J. S. (2013). Therapist nonverbal behavior and perceptions of empathy, alliance, and treatment credibility. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 158.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 24- 78). Oxford University Press.
- Ericsson, A., & Pool, R. (2016). *Peak: How all of us can achieve extraordinary things*. Random House.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution.
- Firth, N., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2015). Therapist effects and moderators of effectiveness and efficiency in psychological wellbeing practitioners: A multilevel modelling analysis.

- Fish, J. M. (1973). *Placebo therapy—A practical guide to social influence in psychotherapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Flückiger, C., Re, A. C. D., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol.1, pp. 24-78). Oxford University Press.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Oxford, England: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*, Rev.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *The American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271-274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293-302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Markin. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434-444. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000183>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367-375. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, L. S., & Wampold, B. E. (2016a). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high and low- performing therapists. *Psychotherapy Research*, 28(4), 532-544. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000131>
- Goldstein, A. P. (1962). Participant expectancies in psychotherapy. *Psychiatry*, 25(1), 72-79.

- Heide, F. J. (2013). "Easy to sense but hard to define": Charismatic nonverbal communication and the psychotherapist. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 305.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432.
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (4th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14345-000>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7-53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636-642. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199009\)46:5<636::AIDJCLP2270460516>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199009)46:5<636::AIDJCLP2270460516>3.0.CO;2-U)
- 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.
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Foerstl, H., Pitschel-Walz, G., ... & Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA psychiatry*, 71(6), 706-715.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(5), 747.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clin Psychol Rev*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>

- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy*, 14(5), 657-671. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80058-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80058-6)
- Kirsch, I., Mearns, J., & Catanzaro, S. J. (1990). Mood-regulation expectancies as determinants of dysphoria in college students. *Journal of Counseling Psychology*, 37(3), 306.
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72.
- Lambert, M. (2013). *Handbook of Psychotherapy and Behavior* (6th ed.). Wiley.
- Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 169-218). John Wiley & Sons
- Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of psychotherapeutic treatment. *Resonanzen*, 3(2), 87-100. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/373/324>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidencebased practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lick, J., & Bootzin, R. (1975). Expectancy factors in the treatment of fear: methodological and theoretical issues. *Psychological bulletin*, 82(6), 917.
- Locher, C., Meier, S., & Gaab, J. (2019). Psychotherapy: A world of meanings. *Front Psychol*, 1(460), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00460.102322>

- Lutz, W., & Barkham, M. (2015). Therapist effects. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1st ed., pp. 1-6). John Wiley & Sons.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 21-25.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., and Duncan, B. L. (2007). Supershrinks: 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. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, S. D., Chow, D. L., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Miller, M. D., & Levine, T. R. (2019). Persuasion. In *An integrated approach to communication theory and research* (pp. 261-276). Routledge.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: Therapists' practice experiences as predictors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4), 317-327.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.
- O'Keefe, D. J., & Medway, F. J. (1997). The application of persuasion research to consultation in school psychology. *Journal of School Psychology*, 35(2), 173–193.
- Otterson, B. (2015). *Therapist charisma and its impact: A phenomenological study* (Publication No. 3735209) [Doctoral dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Packwood, W. T., & Parker, C. A. (1973). A method for rating counselor social reinforcement and persuasion. *Journal of Counseling Psychology*, 20(1), 38-43. <https://doi.org/10.1037/h0034045>

- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy research*, 23(4), 394-418.
- Rosen, G.M. (1976). Subjects' initial therapeutic expectancies and subjects' awareness of therapeutic goals in systematic desensitization: A review. *Behavior Therapy*, 7, 14-27.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 233-243.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381.
- Shapiro, A. K., & Morris, L.A (1978). The placebo effect in medical and psychological therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.).
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>.
- Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T. L. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkin University Press.

- Sousa, D. (2017). Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica. Fim de Século.
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 71–84).
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215-224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>
- Swift, J. K., Derthick, A. O., & Tompkins, K. A. (2018). The relationship between trainee therapists' and clients' initial expectations and actual treatment duration and outcomes. *Practice Innovations*, 3(2), 84.
- Truax, C. B., Fine, H., Moravec, J., & Millis, W. (1968). Effects of therapist persuasive potency in individual psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 24(3), 359-362. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196807\)24:33.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196807)24:33.0.CO;2-O)
- Truax, C. B., & Lister, J. L. (1970). Effects of therapist persuasive potency in group psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 26(3), 396-397. [https://doi.org/10.1002/10974679\(197007\)26:33.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/10974679(197007)26:33.0.CO;2-T)
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy-results of an expert survey. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 82–96. <https://doi.org/10.1002/cpp.1822>
- Vaz, A., & Sousa, D. (2021). Persuasiveness: An underappreciated characteristic of effective therapists. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cns0000309>
- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A. Kring, M. Chin, M Y., Raines, C. R., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2017). The importance of problem- focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54(4), 321- 338. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000144>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, " all must have prizes." *Psychological bulletin*, 122(3), 203

- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 914.
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445-449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>
- Wampold, B. E. (2013). The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *American Psychological Association*, 50 (1), 16-24. <https://doi.org/10.1037/a0030570>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017a). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay, & C. Hill (Eds.). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 37-54). *American Psychological Association*.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., ... & Hilsenroth, M. J. (2017b). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy* (2nd ed.). American Psychological Society. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>

## **Apêndice B – Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS)**

### **Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS)**

#### **Administration**

The "Therapist's Persuasiveness Rating Scale" is an observer rating scale that evaluates the psychotherapist's persuasiveness in the context of psychotherapy sessions.

Data collection requires a set of videos/tapes of individual psychotherapy sessions (approximately 45-50 minutes in length). Since the therapist's persuasion comprises verbal and nonverbal communication, these videos must contain audio and visual recordings. This scale can be used to examine any video or set of videos of psychotherapy sessions.

The "Therapist's Persuasiveness Rating Scale" should be implemented for each third of the session's total duration. The session (approximately 45-50 minutes in length) is divided into three parts (beginning, middle and end), with roughly 15-20 minutes each, and each segment of the session is coded using the scale. Therefore, the scale will be completed three times for each recording.

#### **Raters guidelines**

Each item is rated using the following 5 points Likert-type scale: "1= Strongly uncharacteristic"; "2= Considerably uncharacteristic"; "3= Neutral"; "4= Considerably characteristic"; "5= Strongly characteristic". All items start at "3= Neutral", which is considered the default rating and translates to an average persuasion level. Every rating starts at "3" and then increases or decreases depending on the therapist's persuasiveness.

In order to facilitate the rating process and minimize the influence of the coder's subjective perceptions, each rating level has a lengthy and detailed description. These descriptions constitute a detailed and in-depth list of the various possible criteria to merit each classification. The therapist does not need to present all the described behaviors to be assigned a classification. The anchor labels used in the current rating scale (i.e., "1= Strongly uncharacteristic" and "5= Strongly characteristic") are extreme opposites and are represented with polar adjectives. The use of adjectives differing in severity and overt behavioral observations allows the rater to differentiate each rating level and accurately rate the therapist's

persuasiveness. Items will have a succinct explanation to give context to what is being evaluated in that domain.

### **Therapist's Persuasiveness Rating Scale**

#### **Establishment of preconditions for co-creation of therapeutic rationale**

##### **1. Therapist (T) explores Client's (C) "assumptive systems" or "folk psychology".**

To provide a persuasive therapeutic rationale that enhances C's involvement in therapy and acceptance of the therapeutic tasks, T needs to be knowledgeable of C's preexisting beliefs and deliver a rationale that is not conflicting with C's "assumptive systems" or "folk psychology" (Wampold, 2012). This item evaluates the extent to which T delves into C's "assumptive systems"/"folk psychology" and gets a clear understanding of C's preexisting beliefs.

*Rating guidelines:* High ratings require actively inquiring C about his/her interpretations concerning their problems/internal experience. Low ratings reflect a lack of exploration of C's assumptive systems/folk psychology, resulting in an unclear understanding of C's preexisting beliefs.

**5.** T is highly exploratory of C's folk psychology. T openly and explicitly inquires about C's preexisting beliefs regarding his/her problems and internal states. T displays a genuine interest and eagerness in understanding how C's culture and religion shape C's meaning to his/her problems. T consistently asks throughout the session how C explains his/her internal state.

**4.** T considerably explores C's folk psychology. T inquires about C's preexisting beliefs regarding their presenting problems more implicitly or indirectly (e.g., "Do you think that might have contributed to your problems?"). T appears curious to explore C's assumptive systems but does not thoroughly delve into C's preexisting beliefs and remains on a more superficial level.

**3.** T notices C's preexisting beliefs concerning his/her problems but does not undermine or explore them further.

2. T exhibits some interest in inquiring about C's preexisting beliefs concerning his/her problems but does not actively explore them. T seems uncertain about exploring C's folk psychology (e.g., T rephrases his/her questions multiple times, pauses thinking about approaching the subject, rambles nervously). If C mentions his/her preexisting beliefs, T might ask some follow-up questions with some difficulty and hesitation.

1. T does not acknowledge or inquire about C's preexisting beliefs regarding their presenting problems. T shows a lack of interest and curiosity for learning about C's folk psychology. If C discusses the meaning he/she gives to his/her complaints, T does not explore the topic and might appear frustrated by C's explanations.

## **2. T stimulates C's emotional arousal.**

Arousing patients emotionally is proposed to enhance the therapist's credibility as an extender of help and increase C's acceptance of the therapeutic rationale (Frank, 1987). This item evaluates the extent to which T can arouse C's emotions.

*Rating guidelines:* High ratings require actively stimulating C's emotion. Low ratings reflect an inability to arouse C's emotions or delve into them. T's interventions that might stimulate emotions include: reviving emotionally-charged memories, providing striking metaphors and sensory images, delving into C's emotions and body felt senses, asking and exploring how C is feeling. If C actively expresses emotions without T's interventions, and T does not explore them further, a "3" would be the maximum rating possible.

5. T actively stimulates C's ample emotional reactions throughout the session. T appropriately uses techniques or interventions (e.g., vivid metaphors, sensory images, reviving memories or events, and focusing on body felt senses) that successfully elicit strong emotions or affects in C. T's emotional presence and techniques stimulate emotions that C might avoid or that is not familiar with. T is also capable of helping C maintain contact with the elicited emotions.

4. T considerably stimulates C's emotions during the session. T arouses discrete emotions or other emotions that C is familiar with (i.e., emotions that C has expressed feeling before and does not show any resistance or avoidance towards) without fully elaborating on or deepening C's emotional reaction. T might show some difficulty in arousing more profound emotions

(e.g., T avoids heavily emotionally-charged topics, T cannot overcome C's resistance, T does not ask for C to elaborate on his/her emotions).

3. The amount of emotional stimulation is not discernable or is typical of a regular conversation.

2. T stimulates some discrete emotions from C with much difficulty. T shows signs of nervousness dealing with C's emotional responses (e.g., T looks away from C, T rambles, T hesitates or stumbles in his/her words) and does not seem to know how to explore or stimulate C's emotions.

1. T is incapable of eliciting noticeable or significant emotional reactions during the session. T's attempts at eliciting C's emotions are scarce or nonexistent and unsuccessful. T might show some frustration and irritation or avoidance and anxiety when C demonstrates emotions.

### **Co-creation of the therapeutic rationale**

#### **3. T validates and/or reframes C's problems as understandable.**

Therapy's effectiveness heavily relies on T's persuasiveness when reframing C's problems and providing a clearer and logical explanation of C's symptoms and complaints (Frank, 1986). This item evaluates the extent to which T shows a deep and clear understanding of C's problems and validates C's experience.

*Rating guidelines:* High ratings require reframing C's problems more clearly and adaptively AND showing an acceptance of C's problems. Low ratings reflect a lack of understanding and acceptance of C's problems. T does not need to provide an entire assumptive system but needs to reframe or explain C's problems in a clear, succinct and easy to follow manner. The rater should disregard their own beliefs about T's rationale and focus on the credibility of T's explanation.

5. T openly and explicitly claims that C's problems are understandable and states that he/she comprehends them. T explains C's problems or internal experience in a nonjudgemental, compassionate and accepting manner. T shows an exceptional understanding of C's experience and reframes it in a clear, succinct and more adaptive way. T successfully adds some elements that were not explicitly said by C, but that could be easily inferred by C's nonverbal expression.

4. T states that C's problems are understandable and make sense. T shows acceptance and comprehension of C's problems or internal experience in a nonjudgemental manner. T accurately reframes the more salient and essential elements of C's experience and problems.

3. T shows a regular courtesy and acceptance towards C's problems and reframes them appropriately.

2. T might state that C's problems and complaints make sense but does not show any significant or conceivable signs of acceptance, warmth or understanding. T reframes C's experience without a significant comprehension of C's problems or emotions (e.g., T does not convey C's emotional state or internal experience, T highlights minor aspects of C's experience, T makes some minor distortions and misinterpretations).

1. T does not reframe C's problems as understandable or T might reframe C's problems in an unorganized and unclear manner and misinterprets many aspects of C's problems and complaints. T misinterprets/misidentifies C's problems and complaints and completely distorts C's experience. T shows an evident lack of acceptance and understanding for C's problems and complaints (e.g., T makes sarcastic comments about C's experience, T appears uninterested or frustrated by C's problems, T suggests that C is at fault for his/hers problems/complaints, T makes judgemental or derogatory comments, T blames C or tries to make C feel guilty about his/her problems/internal experience).

**4. T offers cogent explanations for the factors creating or perpetuating C's problems.**

A persuasive T must install a sense of clarity and hope in C by clearly explaining and making connections about the factors that create and maintain C's problems (Frank & Frank, 1993). This item evaluates the extent to which T can clearly, logically and convincingly explain the factors that perpetuated C's problems.

*Rating guidelines:* High ratings require a clear and compelling explanation of the factors that perpetuate C's specific problems. Low ratings reflect an unorganized and not convincing explanation of the factors perpetuating C's problems. T does not need to provide an entire assumptive system but needs to explain the main factors that created C's specific problems in

a clear, convincing and somewhat novel way to C. The rater should disregard any personal beliefs about T's explanation and focus on T's explanations' credibility.

**5.** T offers a highly cogent explanation for the factors creating or perpetuating C's problems that shows in-depth knowledge about C's problems. T provides a clear, convincing and succinct explanation, explicitly addressing the factors creating C's complaints. T presents a complete and diverse explanation of the emotions, cognitions and behaviors that might perpetuate C's problems. T considers C's preexisting beliefs about his/her problems and, in turn, offers a more adaptive explanation. T gives specific and explicit examples of the factors perpetuating C's problems and uses an appropriate amount of technical terms to describe those factors.

**4.** T offers a cogent explanation for the factors creating C's problems. T provides a logical and convincing explanation that fits into C's preexisting beliefs. T's explanation of the factors perpetuating C's problems might remain superficial and implicit without addressing specific factors focused on C's problems.

**3.** T's explanation for C's problems has an average level of cogency.

**2.** T's explanation for the factors creating C's problems is vague and not directly focused on C's complaints. T has some difficulty explaining the factors that perpetuated C's problems and offers a somewhat unclear explanation that might be difficult to follow at some points. T's explanation remains fragmented, unclear and doesn't explicitly address C's problems or consider C's preexisting beliefs or folk psychology.

**1.** T does not explain the factors creating C's problems, or T's explanation of the factors creating C's problems is difficult to understand and reflects a lack of knowledge about C's problems. T's explanations might be not convincing or compelling and have evident logical flaws. T does not consider C's explanation for his/her problems and differs widely from C's preexisting beliefs. T may not know what to say or delivers the explanation in an incoherent and unorganized manner that is difficult to follow.

### **Nonverbal charismatic behaviors**

**5. T is emotionally expressive through a consistently affectively-responsive tone of voice.**

A persuasive T can modulate and express emotions with an affectively charged tone of voice that translates to a charismatic and genuine emotional presence (Wampold, 2017). This item evaluates the extent to which T conveys an emotional presence and an affective tone of voice.

*Rating guidelines:* High ratings require a compelling and affective tone of voice responsive to C's emotions. However, affects like hostility or disgust would have a maximum rating of "2". Low ratings reflect a tone of voice with little affect that may be difficult to follow. The rater must evaluate how T communicates and not the content of what T communicates.

**5.** T communicates in a highly expressive and captivating manner. T's voice is melodic, has prosody and is charged with affect, which makes it engaging. T's tone of voice, which is calm, warm and inviting, conveys an emotional presence and has focused emotional intonations when delivering the rationale. T's tone of voice is responsive to C's emotions.

**4.** T communicates expressively and engagingly. T's tone of voice has considerable prosody and rhythm and is overall responsive to C's emotions. T's vocal expression is melodic, inviting, and portrays an emotional presence. However, it may not be as consistently or intensely charged with affect/emotional intonations as the vocal expression rated with "5".

**3.** T's vocal expression has an emotional presence and emotional intonations typical of a regular conversation.

**2.** T's tone of voice might have some emotional intonations and prosody, but T mostly talks in an unexpressive and discordant tone of voice. T might speak engagingly sporadically, but overall does not express an emotional and dynamic presence. T struggles expressing affects during difficult or emotionally-charged moments.

**1.** T is unexpressive and speaks flatly and dully. T's vocal expression lacks a dynamic presence and has little or no affect. T talks in a monotone that is challenging to follow and is not responsive to C's display of emotion.

**6. T is verbally fluent (i. e., communicates with confidence, ease and clarity).**

Psychotherapy relies heavily on verbal communication. A persuasive T communicates and delivers the therapeutic rationale in a relaxed and confident manner that is compelling and easy

to follow (Wampold, 2017). This item evaluates the extent to which T speaks with ease and conviction.

*Rating guidelines:* High ratings require an easy to follow and confident communication with no signs of anxiety. Low ratings reflect a lack of conviction and clarity while speaking. Signs of anxiety and uncertainty include: hesitating or pausing while speaking, reformulating what they were saying, not finishing sentences, having a shaky tone of voice, or rambling. This item only evaluates how T speaks and not what T is communicating, which means that the rater should pay attention to the clarity and conviction with which T speaks and not the content.

**5.** T communicates with great ease and fluency. T talks in a confident manner and has a rhythmical tone of voice that is captivating and easy to follow. T delivers the rationale succinctly and clearly.

**4.** T communicates with considerable fluency and shows no signs of anxiety. T delivers the rationale without hesitation or nervous pauses and communicates clearly and succinctly. T speaks in an easy-to-follow manner and communicates the rationale without difficulty, but may not speak with particular confidence or conviction. The distinction between "5" and "4" is a matter of intensity.

**3.** T has a regular fluency and speaks in a conversational tone.

**2.** T shows some signs of anxiety and lack of confidence in his/her speech, making it difficult to follow at times. T stumbles on his words, pauses or rambles at some points but can deliver his/her ideas or rationale. C might ask for clarification and/or for T to repeat their ideas.

**1.** T lacks verbal fluency. T shows clear signs of avoidance and anxiety in his/her speech (e.g., hesitates and frequently pauses during their speech, has a shaky or timid tone of voice, does not finish sentences and loses their "train of thought"), which makes it difficult to follow. T lacks confidence, conviction and certainty in what they are communicating.

## **7. T maintains eye contact with C.**

Maintaining eye contact with C throughout the session, especially during difficult moments or while delivering the rationale, has been suggested as a nonverbal charismatic behavior that

enhances T's credibility and persuasiveness (Heide, 2013). This item evaluates the extent to which T can maintain appropriate eye contact with C.

*Rating guidelines:* High ratings require consistent and continued eye contact throughout the session without signs of anxiety or discomfort. Low ratings reflect incapability of maintaining eye contact or visible signs of discomfort and anxiety while maintaining eye contact with C.

**5.** T maintains direct eye contact with C throughout the session. T maintains direct eye contact with C during emotionally-charged moments without visible signs of anxiety or discomfort. T keeps eye contact while delivering therapeutic rationale.

**4.** T maintains eye contact throughout the majority of the session with significant ease. T is mostly capable of maintaining eye contact with C when he/she is talking but might show some discomfort or difficulty keeping eye contact during emotionally-charged moments. T may look away while delivering the rationale.

**3.** T maintains an average amount of direct eye contact typical of an ordinary conversation.

**2.** T has difficulty maintaining eye contact during the session. T hesitates or cannot sustain direct eye contact during the most crucial moments of the session. T appears anxious or uncomfortable and frequently looks away while delivering the rationale and when C is talking.

**1.** T is incapable of maintaining direct eye contact with C during the session. T appears to be detached from the session and deliberately looks away from C throughout most of the session.

**8. T is nonverbally expressive (i.e., T uses forward trunk lean, facial expressions, body movement and gestures).**

Ts that are more expressive and frequently use nonverbal behaviors, such as the forward trunk lean, facial expressions, head nodding, and body or hand gestures, are more likely to influence Cs and be perceived as credible (Heide, 2013). This item evaluates the extent to which T is nonverbally expressive throughout the session.

*Rating guidelines:* High ratings require the use of nonverbal behaviors consistently throughout the session that are responsive to C's emotions and intonate what T is saying. Low ratings

reflect a lack of expressiveness that translates into being detached or disinterested from the session.

**5.** T is extremely expressive. T's facial expressions, body movements and gestures convey an emotional presence that is genuine and inviting. T has appropriate facial expressions, body movements and gestures throughout the session analogous to the topic under discussion. T uses his/her facial expression and body movements/gestures to convey emotional intonations and uses the trunk forward lean to captivate C.

**4.** T is considerably expressive. T's facial expressions and body movements are appropriate and convey an emotional presence during difficult moments throughout the session and while communicating the rationale. T uses the forward trunk lean to enhance what he/she is communicating. The distinction between "5" and "4" is a matter of intensity.

**3.** T does not have any noticeable facial expressions or body movements/ gestures. T uses the trunk forward lean in a regular amount typical of an ordinary conversation.

**2.** T remains inexpressive during a substantial part of the session. T might have some facial expressions and body movements during difficult moments that might appear forced and do not convey a genuine emotional presence. T scarcely uses the forward trunk lean.

**1.** T lacks nonverbal emotional expressions. T remains with a flat or cold facial expression, and T's body movements or gestures do not convey an authentic emotional presence. T remains inexpressive during emotionally-charged moments and might have facial expressions of discontent or frustration. T is mostly seated quietly and does not use the forward trunk lean to appear more inviting.

### **Therapist's influence on client**

#### **9. C looks attentive/engaged with what T is communicating.**

A persuasive T can deliver the therapeutic rationale in a compelling and convincing manner that captivates C's attention (Anderson & Patterson, 2013). The more alluring and credible T's message is, the more involved and active C will be in therapy. This item evaluates the extent to which C is attentive and committed to what T says.

*Rating guidelines:* High ratings require C to be actively engaging and intervening during the session. Low ratings reflect a lack of interest and involvement with T's explanations. The rater should pay attention to subtle cues of interest (e.g., C maintaining direct eye contact with T while he/she is talking and frequently nodding or making facial expressions congruent to T's).

**5.** C is highly engaged with what T is saying. C appears to be interested in and paying attention to what T is saying (e.g., C maintains direct eye contact with T while he/she is talking, C frequently nods or makes facial expressions congruent to T's). C is an active participant, asks questions concerning what T is saying and might verbally state that he/she is interested in what T is saying.

**4.** C is engaged with what T is saying. C appears to be paying attention throughout the majority of the session, but there may be moments when C gets distracted or does not show interest in what T is saying (e.g., C looks away, C twiddles his/her fingers, C sighs). However, C makes some questions concerning what T is saying.

**3.** C shows interest and engagement in a typical conversation.

**2.** C might show some engagement at some points during the session, but it quickly fades. C appears impassive and uninvolved. C is mostly distant from what T is saying and is distracted at some times.

**1.** C is not engaged or paying attention to what T is saying. C is blatantly uninterested in what T is saying (e.g., C yawns while T is talking, C frequently looks away from T and focuses on other stuff, C twiddles his/her fingers or plays with his/her hair, C asks for T to repeat what he was saying) and might even state that he/she is not engaged.

**10. C is considering/reflecting on what T is communicating (instead of dismissing or complying).**

A persuasive T reinforces C's involvement and collaboration in therapy and co-constructs a compelling and meaningful explanation for C's problems and complaints (Frank, 1986). This item evaluates the extent to which C is involved in the session and thoroughly reflects on what T is communicating.

*Rating guidelines:* High ratings require clear and explicit signs of considering T's explanations. Low ratings reflect an uninterest and detachment from what T is saying. The rater should pay attention to cues of interest (e.g., pausing while thinking about what T is saying, reflecting out loud about T's explanations, exploring the upsides and downsides of T's explanations) or disinterest (e.g., C immediately dismisses or accepts what T is saying, C nods frequently without particular interest).

**5.** C is an active participant throughout the session and openly reflects on what T is offering. C contemplates and meditates on what T is communicating (e.g., C might pause to think about what T is offering or C might say: "I have never thought about that") and shares his/her thoughts about what T is offering. C might debate and weigh in the advantages and disadvantages of what T is offering.

**4.** C openly reflects on what T is offering. C appears to be considering and processing what T is offering and asks some questions about it but does not fully meditate on the topics under discussion and might remain on a more superficial level. C verbally ponders what T is communicating and shares his thoughts about it but might dismiss or comply with some subjects without thoroughly thinking about it.

**3.** C shows a regular amount of pondering on what T is communicating.

**2.** C initially elaborates on what T is communicating, but this engagement is scarce and quickly fades. C might appear to be considering what T is saying (e.g., C nods frequently, C asks a few questions) but does not elaborate or analyze any further. C complies or dismisses what T is saying without much thought.

**1.** C does not reflect on what T is offering. C appears utterly uninterested in what T is saying and does not process or elaborate on it. C immediately complies or dismisses what T is saying without offering an explanation for it or sustaining his/her position.

## Referências

- Afonseca, M., Sousa, D., Vaz, A., Santos, J. M., & Batista, A. (2022). Psychotherapist's persuasiveness in anxiety: Scale development and relation to the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000288>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). Facilitative interpersonal skill task and rating method. Ohio University, Athens, OH: Unpublished rating manual.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Vişlă, A., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–485. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000169>
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy - The transformation of meanings: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(6), 341-346. <https://doi.org/10.1177/014107688607900611>
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293-302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- Heide, F. J. (2013). “Easy to sense but hard to define”: Charismatic nonverbal communication and the psychotherapist. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 305-319. <https://doi.org/10.1037/a0032481>
- Spelt, H. A. A., Zhang, C., Westerink, J. H., Ham, J., & Ijsselsteijn, W. (2020). *Persuasion-Induced Physiology Partly Predicts Persuasion Effectiveness*. *IEEE Transactions on Affective Computing*.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215-224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>

Wampold, B. E. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 49–65). John Wiley & Sons.

## Addendum: Therapist's Persuasiveness Rating Scale – Coding Template

---

**Recording:** Clique ou toque aqui para introduzir texto.      **Coder:** Clique ou toque aqui para introduzir texto. Clique ou toque aqui para introduzir texto.      **Date:** Clique ou toque para introduzir uma data.

---

### Establishment of preconditions for co-creation of therapeutic rationale

Items	Beginning	Middle	End
<b>1. Therapist (T) explores Client's (C) "assumptive systems" or "folk psychology".</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
<b>2. T stimulates C's emotional arousal.</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

### Co-creation of the therapeutic rationale

Items	Beginning	Middle	End
<b>3. T validates and/or reframes C's problems as understandable.</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
<b>4. T offers cogent explanations for the factors creating or perpetuating C's problems.</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

### Nonverbal charismatic behaviors

---

<b>Items</b>	<b>Beginning</b>	<b>Middle</b>	<b>End</b>
<b>5. T is emotionally expressive through a consistently affectively-responsive tone of voice.</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
<b>6. T is verbally fluent (i. e. communicates with confidence, ease and clarity).</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
<b>7. T maintains eye contact with C.</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
<b>8. T is nonverbally expressive (i.e., T uses forward trunk lean, facial expressions, body movement and gestures).</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

**Therapist's influence on client**

<b>Items</b>	<b>Beginning</b>	<b>Middle</b>	<b>End</b>
<b>9. C looks attentive/engaged with what T is communicating.</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
<b>10. C is considering/reflecting on what T is communicating (instead of dismissing or complying)</b>	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

## Apêndice C - Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAI-O-S)

### Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form

Item 1: There is agreement about the steps taken to help improve the client's situation.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

Item 2: There is agreement about the usefulness of the current activity in therapy (i.e., the client is seeing new ways to look at his/her problem).

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

Item 3: There is a mutual liking between the client and therapist.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

Item 4: There are doubts or a lack of understanding about what participants are trying to accomplish in therapy.

\*Item is a reverse scored item.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

Item 5: The client feels confident in the therapist's ability to help the client.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

Item 6: The client and therapist are working on mutually agreed upon goals.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

Item 7: The client feels that the therapist appreciates him/her as a person.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Never Always

Item 8: There is agreement on what is important for the client to work on.

1            2            3            4            5            6            7  
Never Always

Item 9: There is mutual trust between the client and therapist.

1            2            3            4            5            6            7  
Never Always

Item 10: The client and therapist have different ideas about what the client's real problems are.

\*Item is a reverse scored item.

1            2            3            4            5            6            7  
Never Always

Item 11: The client and therapist have established a good understanding of the changes that would be good for the client.

1            2            3            4            5            6            7  
Never Always

Item 12: The client believes that the way they are working with his/her problem is correct.

1            2            3            4            5            6            7  
Never Always

## Apêndice D - Facilitative Interpersonal Skills In-Session Rating Manual (FIS-IS)

### The FIS-IS Items

#### 1. Verbal Fluency.

This item is a rating of the extent to which the participant is verbally capable and at-ease in communicating. Throughout the session, speech is delivered in a relaxed manner and without significant signs of anxiety in speaking (e.g., broken speech, extended and awkward pauses, lack of clarity in communication). *The content of what is said is not rated, but rather how it is spoken.* It is presumed that this skill is a relatively stable quality of the therapist in how he or she communicates to clients. At the same time, some variability will arise depending on the difficulty of the content that the therapist wishes to communicate.

In some circumstances poor verbal fluency may seem to reflect avoidance or anxiety.

Avoid attempting to interpret such causes and focus on the verbal quality.

5           The participant is at great ease and communicates ideas with no anxiety, reflecting a desire to "approach" the other. The verbal quality of the speech may have a melodic or rhythmical quality. It should consistently easy to follow.

4           The speech is fluent, and participant communicates with more ease than is found in average communication, though not to the extent that the quality would be considered superb.

3           A moderate level of verbal fluency indicates that the participant's speech is conversational and mostly easy to follow. However, there is nothing that stands out about the quality of the participant's speech.

2           Fluency tends to be disrupted by the participant's anxiety, avoidance, or other difficulty in communicating. The respondent may tend to seem anxious *about what he or she has to say* and struggles to formulate responses. The communication is at times choppy, even halting.

1           The participant has great difficulty verbalizing his or her ideas through out the course of the session (for example, may sound anxious, shaky or timid throughout the

session). The participant lacks confidence in speaking and is consistently difficult to follow.

## 2. Emotional Expression.

This item rates the energy and emotional engagement of the participant's behavior. For this item, the context of the therapy process must be taken into consideration, in order to ensure that the emotional expression is appropriately matched with the content of the conversation. For example, the emotional expression that is appropriate when the client is discussing painful content will not be appropriate for discussing trivial matters.

In other words, to what degree is the therapist behaving in ways that facilitates the emotional engagement between client and therapist.

5            There is affect and prosody in the participant's voice in such a manner that is appropriate to the context of the session and facilitates emotional engagement. The primary criterion is that the vocal expression conveys emotion. There may be a more focused delivery of emotional intonations to emphasize meanings that influence other processes (e.g. persuasion).

The participant may even be somewhat provocative or challenging in delivering an emotion-based response toward the client. However, a "5" should not be rated if the affect is primarily demeaning or hostile toward the other (in which case a "3" would be the maximum rating possible).

4            The participant is typically emotionally expressive at a moderate to high level. There is more emotion than found in ordinary speech, but it is not as effective and focused in its delivery as the maximum rating of 5.

3            The participant has a moderate level of emotional engagement. It may be inconsistent through out the session, or at times seem inappropriate, but there is nothing about it that undermines the interactions between therapist and client.

2            The participant may display some sense of interest or curiosity, but the speech tends to not be emotionally engaging. The lack of engagement may begin at times to seem problematic for the therapy process (i.e. client and/or therapist look bored or uninterested).

1           The participant seems hardly emotionally engaged with the client, or not at all. He or she will likely seem boring and lacking emotion.

### 3. Persuasiveness.

Persuasiveness involves that ability to convey a clear, organized understanding about the client's situation as well as some new way of thinking about it. Persuasiveness implies an ability to communicate what Jerome Frank called a "believable myth." This capacity implies that the persuasive therapist must be convincing in communicating important concepts to the client in ways that the client is both likely to understand and "buy into."

High ratings require that the participant consistently provide clear expression of points of view and rationales throughout the session. It is necessary that the ideas communicated be relevant to the other's problems and at least somewhat novel to the other's experience.

Apparent client resistance to effective persuasiveness should not reduce the score.

5           The participant tends to be highly persuasive throughout the session. Persuasive persons may speak with great confidence, certainty, and authority. Advice may or may not be given, but the participant must offer some explanation or re-framing of the other's experience.

4           The participant tends to speak persuasively. Rationales may be more implicit and it is even possible that the rationale, though present, may be unclear or less relevant to the other's problems.

3           The participant is moderately or inconsistently persuasive.

2           The participant typically unpersuasive. Unpersuasive behavior may be characterized by either:

- a) Offering rationales that lack credibility or are difficult to believe. As a rule, you can accept most explanations offered as being credible unless there is a clear logical flaw in the process of explaining their particular belief.
- b) rationales that are expressed with a lack of confidence or uncertainty by the participant will be low in persuasiveness.

c) Participants that offer little or no rationales may be coded as low  
inpersuasiveness as well

1 The participant's utterances are typically unorganized, incoherent, and difficult to follow. The participant may also seem to not know what to say throughout the session. There is a general sense that a client would not likely be absorbing much of what the therapist is saying.

#### 4. Warmth, Acceptance, & Understanding.

This item is a rating of the ability of the participant to care for and accept the other. Therapist behaviors/attitudes that might indicate an absence of acceptance and understanding include: a judgmental attitude, condescension, rudeness, disapproval, guilt-induction, exasperation, or annoyance. Often it will be necessary to avoid rating what the participant does (e.g., giving advice), but rate how it is being done. Note that accepting does not necessarily mean approval, but rather a caring attitude and determination to help the other. At times when it appears appropriate to challenge or even criticize the client, it is done in a caring and respectful manner. It is assumed that for some therapists their levels of warmth will vary. Therefore they should be rated according to their typical behavior.

5 The participant tends to express clear and obvious warmth, concern and acceptance, consistently throughout the session. The participant may, for example, make a compassionate attempt to relate to the other's experience.

4 The participant's behavior tends to be genuinely nonjudgmental and gently explores the other's thoughts, feelings, alternatives for dealing with future situations, etc. The participant appears concerned for and respectful of the client. This rating would be given for participants who express warmth at the level of a five most of the time, but show some exceptions throughout the session.

3 There is a moderate level of courtesy and warmth in the session. Effectively, there is little communication of any elevated care or concern for client, but there is also nothing that would undermine a client's sense that he or she is being respected and cared for.

2 The participant seems to convey a subtle lack of acceptance, or concern of the

other (e.g., sarcasm, exasperation, annoyance). Expressions of warmth are rare or absent.

1           The participant has an obvious lack of respect, acceptance, or warmth for the other (e.g., clearly pejorative comments, judgmental attitude, condescension, disapproval, guilt induction, blaming the other).

#### 5. Hope & Positive Expectations.

This item rates expressions of hope, optimism, and positive expectations for change. Staats (1989, 2001) defines hope as the interaction between wishes and expectations. The interpersonal skills needed for hope involve facilitating a) personal agency and b) building the pathways needed for attaining desired goals and expectations (Steed, 2002). Here building agency refers to the therapist having and encouraging a “you can do it” attitude. Pathways refers to the therapist offering plausible ideas about how positive changes might be made.

Hope is related to persuasiveness and collaboration in the sense that hope and positive expectations are often built through offering a rationale, friendliness, and enthusiasm. As defined here, hope focuses more on building client agency for actions that will facilitate meeting the client’s goals whereas persuasion is based more on a plausible explanation (which may or may not include hope).

5           The participant offers expressions of clear hope about the client’s future and/or positive expectations about therapeutic work. In addition, for a response to be coded as a “5” there needs to be an allusion to building the client’s agency as well as how the client might participate or do something that will help move toward his/her desired goals (i.e., pathways).

4           The participant either builds the client agency OR facilitates the building of pathways to meet the client’s goals. A general expression of optimism about the client must also be conveyed.

3           A general sense of optimism about the client’s situation is detected, but there is nothing specific in regard to building the client’s agency or building pathways for meeting goals.

2           There is no clear conveyance of hope over the course of the session. There may

be some gratuitous hopefulness expressed, but with little confidence or reason for being hopeful.

1           The participant not only fails to actively engage in hope building, but also tends to come across as though he or she is not particularly confident about the client's potential for change. For example, the participant may address only issues or concerns beyond the control of the other or subtly suggests that the other cannot change or improve his/her problems.

#### 6. Empathy.

The capacity to respond with an expressed understanding of the subjective experience of the client. The participant's reflections must also convey an accurate understanding of the thoughts and emotions expressed by the client. Therefore, it is especially important that the rater pay careful attention to what is expressed by the client. The quantity of empathic reflections is not rated, but rather whether or not the participant uses empathy in ways and at times that would facilitate the therapeutic process.

5           Over the course of the session the therapist offers sufficient and appropriate reflections demonstrating that he/she is not only listening, but also obtaining an exceptional comprehension of what the other is experiencing. In order to receive a "5" the participant must be able to infer something about the other's experience that is not explicitly stated by the other.

4           Participant comments accurately on the other's experience but not to the extent required to receive a "5" rating. The distinction between the 4 and 5 ratings are matters of intensity. Also receiving a 4 would be a therapist who generally performs at the level of a 5, but has had some inaccurate reflections.

3           Participant is generally accurate about the other's experience but only perceives the more obvious aspects of the other's experience or concerns.

2           Participant rarely or ineffectively communicates an awareness or understanding of the other's experience, and/or there are minor distortions of the other's experience. Some aspects of the participant's response may be irrelevant to the other's concerns.

1           The participant offers no sense that he or she is understanding the client's experience, as would be evidenced by regularly distorting the client's experience or offering no reflections about the client's experience. Also give a rating of 1 if the response indicates a clear disregard of the other's experience.

#### 7. Alliance Bond Capacity.

This item rates the participant's capacity to provide a collaborative environment, one in which there is recognition of the need to work with the client jointly on problems. In order to move upward from a score of 3, the participant must display some obvious behaviors that either reflect or facilitate collaboration.

5           Specific actions on the part of the participant help create a collaborative atmosphere. There should be a sense that the participant is attempting to work with the other to create a "we-ness" that is implied in the participant's behavior (e.g., participant checks with the other by asking questions about the "fit" of interpretations, conclusions, goals, etc.).

4           Some effort to collaborate is made but not as strong as a "5" (e.g., subtle invitations to engage in working with the client).

3           The participant neither undermines nor attempts to enhance a collaborative effort.

2           The participant may slightly undermine the building of a collaborative atmosphere, although it may be unintentional or superficial. This rating is appropriate if there are minor alliance ruptures that are not attended to by the therapist.

1           The participant actively undermines a mutual collaboration. The participant may respond in a way that is over-involved or reactive (e.g., moralistic lecturing, "preaching" to the other, assuming all responsibility). The rupture may also involve withdrawal or under-involvement in the participant's response (e.g., putting all the responsibility for change on the other). This rating is also appropriate when major alliance ruptures are ignored by the therapist.

**Addendum: Facilitative Interpersonal Skills In-Session – Coding Template**

Space is provided for judges to make notes as the session progresses. Judges can use the space to note impressions of the scores for each item in the beginning, middle, and end segments of the session. This space is provided only for the sake of making notes. The final ratings should be made of the entire session, and should not be thought of as an average of any ratings that may have been noted.

Client:

Coder:

Date:

	Beginning	Middle	End	Session Rating
<u>Verbal Fluency</u>				
<u>Emotional Expression</u>				
<u>Persuasiveness</u>				
<u>Warmth Acceptance &amp; Understanding</u>				
<u>Hope &amp; Positive Expectations</u>				
<u>Empathy</u>				
<u>Alliance Bond Capacity</u>				