



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação Monográfica

**Impacto da Persuasão e da Aliança Terapêutica em
Psicoterapia**

ANA RAQUEL BAPTISTA

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2021

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

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este percurso, expresso o meu agradecimento a todos os que tiveram presentes e me apoiaram, tornando possível a realização deste trabalho.

Agradeço ao coordenador de Seminário de Dissertação, Professor Doutor Daniel Sousa, e ao Professor Alexandre Vaz, devido à orientação, disponibilidade e sugestões na elaboração deste trabalho.

A todos os amigos, fora e dentro do ISPA, que me ajudaram em todos os detalhes da vida académica, bem como a abstrair-me dela agradeço o carinho, força e perseverança que me foram ajudando a ter.

Ao meu tio e à minha mãe, exemplos de determinação, inteligência, e confiança por terem impulsionado este caminho.

Resumo

Problema: A persuasão em terapia, tema pouco explorado, torna-se pertinente estudar a sua correlação com a aliança terapêutica. Além disso, uma vez que a aliança terapêutica é um dos preditores mais fiáveis e robustos de resultados em todas as modalidades psicoterapêuticas, foi urgente compreender o impacto da persuasão na construção da aliança num contexto terapêutico.

Objectivo: A relação terapêutica tem sido explorada para compreender que dimensões têm impacto na construção da relação terapêutica, nomeadamente a persuasão e o seu impacto na formação de alianças terapêuticas. O impacto destas dimensões foi assim estudado para compreender melhor como uma dimensão impacta a outra. Assim sendo, se o psicólogo receber formação sobre persuasão e como aplicá-la em terapia, o psicólogo terá mais probabilidades de estabelecer uma boa aliança terapêutica.

Método: Catorze vídeos de várias consultas psicoterapêuticas foram seleccionados aleatoriamente a partir da base de dados da APPA. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a escala Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAIO-S) e a Therapists Persuasiveness Rating Scale (TPRS). Os dados foram analisados utilizando procedimentos estatísticos com o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Resultados: Os resultados obtidos revelam que a persuasão está associada à aliança terapêutica desenvolvida durante as sessões terapêuticas. Existe uma correlação e influência significativa entre as duas variáveis. Emergiram outros resultados que, revelaram a existência de uma forte indicação de que a posição do terapeuta tem uma maior expressividade no reforço da aliança.

Palavras-chave: Psicoterapia; Ansiedade; Aliança Terapêutica; Persuasão; Relação Terapêutica

Abstract

Problem: Since persuasion in therapy is still a scarcely explored topic, much less with a sample with anxiety disorder, it became pertinent to study its correlation with the therapeutic alliance. Furthermore, since the therapeutic alliance is one of the most reliable and robust predictors of outcome across psychotherapeutic modalities, it was urgent to understand the impact of persuasion of alliance building in a therapeutic setting.

Objective: The therapeutic relationship has been explored to understand which dimensions impact the construction of the therapeutic relationship, namely persuasion and its impact on therapeutic alliance formation. The impact of these dimensions is thus studied to understand better how one dimension impacts the other. Therefore, if the psychologist receives training on persuasion and how to apply it in therapy, the psychologist will be more likely to establish a good therapeutic alliance.

Method: Fourteen videos from various psychotherapy consultations were randomly selected from the APPA database. The instruments used for data collection were the Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAIO-S) scale and the Therapists Persuasiveness Rating Scale (TPRS). Data were analyzed using statistical procedures with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software.

Results: The results obtained reveal that persuasion is associated with the therapeutic alliance developed during the therapeutic sessions. There is a significant correlation and influence between the two variables. Other results also emerged, which revealed the existence of a strong indication that the therapist's stance has a greater expressiveness in strengthening the alliance.

Keywords: Psychotherapy; Anxiety; Therapeutic Alliance; Persuasion; Therapeutic Relationship

Index

INTRODUCTION	7
METHOD	11
Design	11
Participants.....	12
Material.....	12
Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAIO-S).....	12
Therapists Persuasiveness Rating Scale (TPRS)	13
Procedure	14
RESULTS	17
DISCUSSION	18
REFERENCES	21
APPENDIX	25
Appendix A: Revisão de Literatura	25
Appendix B: Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS).	58
Appendix C: Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta – Tradução Portuguesa.....	76
Appendix D: Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAIO-S)...	97
Appendix E: Scree Plot 1	100
Appendix F: Scree Plot 2	101
Appendix G: Results Tables	102

Lista de Tabelas

Table 1 – Test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Results – TPRS	15
Table 2 – Varimax Rotation Results – TPRS	15
Table 3 – Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Results – WAIO - S	15
Table 4 – Varimax Rotation Results – WAIO -S	16

Introduction

Every therapist's role is essential in constructing new meanings that direct the other in profound self-knowledge. Psychotherapy is a mental process that aims at the psychological subject's affective, cognitive, and behavioral dimensions (Wampold, 2012). Thus it is intended to understand how the persuasion and persuasive ability of the psychotherapist can affect the other. Therefore, it is essential to discern if a psychotherapist with a high level of persuasion has a high level of a therapeutic alliance, strengthening research on this subject. The relevance is the possibility, with this study, to prove or verify if persuasion impacts the therapeutic alliance, and in turn, strengthens the relationship in therapy. Furthermore, we intended to perceive if persuasive language and its construction, directed toward clients with anxiety, can improve their acceptance of the shared discourse in psychotherapy. This question will not depend on the therapeutic models applied but on the psychotherapist's speech and stance and the co-construction in the therapy of meaning for both participants.

Therefore, if the persuasive message's acceptance does not depend on the psychotherapist's therapeutic models, it will depend on the relationship between psychotherapist and client — a notion obtained by correlating persuasion with the therapeutic relationship alliance developed in the first therapy sessions. From different psychologists, in video format.

According to Hill et al. (2017), most clients confirm that psychotherapists are not interchangeable. Thus, valuing factors involving the relational qualities of the psychotherapist, factors that go beyond education and specific skills. These include all aspects of mental health, such as being grounded, non-defensive, comfortable on their skin, and self-aware. Those and many other relational qualities facilitate developing a robust therapeutic connection while maintaining appropriate boundaries to evolve themselves in therapy. Hence, it is crucial to correlate the therapist's personal and relationally functioning with its effectiveness. However, specific psychotherapy models will be more effective with particular problems of different clients (Ahn & Wampold, 2001). According to Lambert and Barley (2001), the majority of the percentage is attributed to external factors (40%) and common factors (30%) predictors of efficacy outcomes in psychotherapy, leaving the conclusion that of all the elements to be taken into account in therapy, these will have the most impact on psychotherapeutic success. However, the information about what moderates the therapist's factors and what can improve is limited (Cuijpers et al., 2019).

Although therapist outcomes are one of the main factors explaining psychotherapeutic results, there is a lack of research in this field. Therefore, there is a need to develop evidence-based interventions. The interest in comparing therapeutic approaches for specific disorders has made the therapist's person the neglected variable in research. Therefore, it becomes essential to emphasize that systematically, the therapist is the active part of the intervention in psychology (Garfield, 1997). According to Okiishi et al., (2003) the form of research in psychotherapy should change. There should be a focus on the study of effective therapists.

Psychotherapy has consistent effectiveness in alleviating psychological distress in about 50% of patients who attend between 10 and 20 psychotherapy sessions. This percentage rises to 75% for those who attend between 30 and 50 sessions (Lambert, 2015) Equally, significant efficacy, compared to placebo or no-treatment conditions, averaging a significant 80% improvement over the no-treatment sample (Miller et al., 2013; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015), emphasizing that these results are independent of the psychotherapeutic model used. Therefore, it is possible to conclude that there are no significant differences in effectiveness between different therapeutic approaches (Laska et al., 2014; Wampold et al., 2017).

Even facilitative interpersonal skills (FIS) have a set of essential therapist qualities that impact therapeutic outcomes. As such, persuasion, or convincing rationale, is one of the characteristics of an effective therapist (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016; Anderson et al., 2016). In addition, Frank (1986) argues about the direct link between the therapist's persuasive ability and clinical effectiveness, stating that the crucial determinant of therapy outcome may be the therapist's persuasiveness, rationale, and procedure for a particular client.

Thus, the power of discourse and meaningful connections that inspire the client to new moments of hope, envisioning and reinforcing a sense of mastery, with the possibility of being emotionally woke, is highlighted. There is now ample evidence that some therapists are more effective than others, regardless of their therapeutic model and years of professional experience. Despite these effects for well-established therapists, it has been overlooked whether there is a contribution of the possible persuasive role of the therapist to therapeutic success. This correlation will be considered in more detail in the course of this paper.

Theoretically, anxiety harmonizes the subject for future experiential situations. Thus, anyone can be in a state of anxiety, facing different situations and with different levels of impact. However, the focus of anxiety on panic attacks opens the way to the understanding

that, in pathological anxiety, what is at stake is the fear of a threat (Abreu, 2014; Miloyan et al., 2016; Lopes & Santos, 2018).

According to the World Health Organization (WHO), it is estimated that the proportion of the world population with anxiety disorders in 2015 was 3.6%. As with depression, anxiety disorders are more common among women than men (4.6% versus 2.6% globally). In addition, prevalence rates do not vary substantially between age groups, although the lower prevalence is observed among older age groups. However, the total estimated number of people living with anxiety disorders in the world is 264 million. This total for 2015 reflects an increase of 14.9% since 2005 due to population growth and aging (World Health Organization, 2017) Here lies the importance of choosing a sample with this trait.

In persuasion, the focus is on influential assumptions about the emotions and feelings of the listener. Therefore, the strength of persuasion depends on the empathic ability of the speaker (Crăciun, 2015). Persuasion, in its definition, is a symbolic process that aims to change behaviors and attitudes by evaluating a stimulus, and global, lasting, favorable, or unfavorable sentimental changes can occur without coercion or guidance. Important to highlight those attitudes, beliefs, and behavior are intrinsically intertwined with persuasion. These factors can affect the way people think and act concerning their environment. Hence, the intention of a psychotherapist is not only to guide the other about the attributes of a stimulus or course of action but also to persuade the individual to make sense of other variables and other perspectives.

Nevertheless, some theoretical positions place the locus of change within the client and deny that influence plays a direct role in its production, even though change is seen as the client's responsibility. However, radically different theoretical orientations affect comparable changes in clients and may affect them through similar processes. Thus, what the therapist says and does-what distinguishes therapists of different orientations-may have less to do with change than with features of the interaction that contribute to the possibility of social influence (Cacioppo et al., 1985). Thus, it should be recognized that techniques employed at the social level to enhance self-interest or common interest can be used to reduce psychological distress (Cacioppo et al., 1985; Bator & Cialdini, 2000; Miller et al., 2019).

According to Frank & Frank (1991) rhetorical review of religion and other persuasive activities related to healing suggest that all psychotherapies are based on helping others. Reducing or overcoming distress improves personal relationships, increases self-esteem, and heightens patients' sense of control over themselves and their environment. Thus, the idea was introduced that, when exposed to clear thinking during psychotherapy, the client will be

influenced through involuntary cues that the therapist transmits, as the client's values shift to those of the therapist during successful psychotherapy.

In line with Abroms (1978), persuasion has an essential role in bringing change in psychotherapy. Based on the premise that subtle forms of overt influence induce attitudes and behaviors in their patients and that these changes can be initiated outside of the patient's awareness, fulfilling the purpose of control over the therapy by responding to the patient's maneuvers with counter-arguments that persuade the patient for therapeutic benefit. However, counterpointing the previous theoretical basis, we have psychological reactance (Shen & Coles, 2015). This theory relies on the assumption that persuasion poses a threat to the other's free will. Thereby, the reaction in the form of negative cognitions, such as counter-indicator effect and anger, can lead to more negative attitudes toward the message and, consequently, to less intention to change behaviorally following the message. Furthermore, counter-argumentation and anger as an intertwined reaction process have been shown to mediate the effect of threat perception on reaction effects, such as disagreement with the message (Steindl et al., 2020).

The therapeutic relationship established between psychotherapist and client is one of the primary purposes for clinical change. Research shows that the quality of the relationship will have a meaningful impact on the technical variables of psychotherapy since it influences the client's motivation and expectations, which is fundamental to clinical change. According to Gelso (2011), the experience of genuine relationships in psychotherapy occurs in and before the first interaction, in the form of fanciful hopes, fears, and expectations. One of the generalizations made in the form of a statement is based on the premise that the relationship that emerges between patient and therapist is significant, having a significant impact on the process and outcome of treatment. Thus, the definition of the therapeutic relationship is the construction through feelings and attitudes that therapist and client share and express, encompassing subtle variations demonstrated in a relationship. In this way, the experience of feeling towards the other to get to know them deeply, the sharing of feelings, and attraction can be mostly reality-based and genuine, and thus part of the proper relationship. It may be of more concern when such feelings are absent in the therapist than when they are present, given the intimate nature of the therapeutic relationship (Castonguay & Hill, 2002). As such, the therapeutic relationship is the present moment seen as the lived experience from which verbal symbols and representations have the potential to reveal the inner and outer worlds of the other (Geller et al., 2012). In order to be able to define it clearly, the therapeutic relationship is divided into three components: the therapeutic alliance (working alliance), the transference-

countertransference configuration, and the actual relationship. The extent to which one or the other is salient at a given point in the therapeutic interaction depends on many factors, such as the duration of the psychotherapy, the therapist's theoretical orientation, the patient's personality dynamics, the patient's core problems, and the quality of the therapeutic relationship (Gelso, 2011). According to Santos (2004), he explains the goal of the therapeutic relationship, which he states is a process of restoring the lost agreement between the client's total experience and the conscious experience of the self, culminating in a higher understanding and further development on the part of the client. Thus, unlike the previously mentioned, it addresses three attitudes that must exist for the conditions necessary for a change-enhancing relationship to occur: empathic understanding, unconditional positive regard, and congruence. This construct is a consistent and robust predictor of psychotherapy outcomes in different schools (Busseri & Tyler, 2003; Beitel et al., 2020; Milot-Lapointe et al., 2020). According to Zuroff et al. (2000) despite the differences among many notions of a therapeutic alliance, most theoretical definitions have three common constructs: the collaborative nature of the relationship, the bond of affection between patient and psychotherapist, and the ability of the pair to agree on the goals and tasks of psychotherapy.

Studies provide some of the factors that contribute to strengthening the role of the therapeutic alliance in the psychotherapeutic process. These are independent of the varied theoretical approaches that present this tool's influence on outcomes (Crits-Christoph et al., 2011). Thus, some of the factors, such as the characteristics of the psychotherapist and the patient associated with the establishment and maintenance of the alliance (Corbella et al., 2011; Tryon et al., 2008) the possibility of alliance progress in different contexts such as online, inpatient, and mandatory treatment (Prado et al., 2006; Sotero & Relvas, 2012), and the identification of and intervention in the causes associated with ruptures (Safran et al., 2009; Safran et al., 2011) are central to understand better the relationship established in psychotherapy.

Method

Design

The present work is a quantitative study investigating the correlation between the concept of persuasion and the therapeutic alliance in relationships formed in a psychotherapeutic context. This correlation was examined using the Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAIO-S) scale and the Therapists Persuasiveness Rating Scale (TPRS), the latter developed for the study. In order to investigate

how these two concepts, interact with each other and decipher their inherent theories through observation, the methodology adopted for the elaboration of this study is that of explanatory research, which is exploratory, to link ideas and identified factors, leading to the understanding of causes and effects of a given phenomenon.

The sample was selected randomly and by convenience, being selected from an accessible population provides greater operational ease and low-cost sampling, with the consequence that it is impossible to generalize with statistical rigor about the population. For the sample selection, the inclusion criteria were videos of initial psychotherapy sessions with different psychologists with clients with anxiety disorders. In the study, to increase the sample, videos of five sessions of one of the psychologists were included.

In implementing the persuasion scale, inter-coder observation was performed so that the scale's validity was strengthened before it was used in the study. This observation was repeated twice to ensure the robustness of the scale. Next, validation was performed for both scales used in the study.

Participants

The sample for this study consists of 14 videotaped sessions from 10 psychotherapists, with the first session observed from each therapist. Of note, it was possible to observe five sessions from one therapist. The sample of videos was obtained from the APPA database and viewed on YouTube.

Each video is between 45 minutes and 50 minutes long, divided into approximately 15 minutes observed and scored between the two scales. These videos are composed of different psychotherapeutic models, and it is possible to observe techniques such as AEDP, CBT, Emotion-Focused Therapy, and Schematic Therapy.

Material

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

The WAI-O was developed by Titchener and Hill to assess the client and therapist concerning the alliance established in the session from the observer's perspective. It contains three subscales: agreement on tasks, agreement on goals, and title development, each with four items rated on a 7-point Likert scale with 12 items (e.g., "the participant feels that the therapist values him/her as a person," "the participant and therapist are working toward mutually agreed-upon goals") (Tryon & Kane, 1993).

The first WAI-O manual was developed, creating the guidelines for the approach with ratings for each item and the explanations adapted to each item. This study used the manual for the Working Alliance Inventory - Observer Form (WAI-O): Revision IV (Darchuk et al., 2000) However, The Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAI-O-S – Appendix D) was the scale applied in the present study (Orleans-Pobee, 2020).

Therapists Persuasiveness Rating Scale (TPRS)

The development of this scale was based on two other scales. The Facilitative Interpersonal Skill Task Rating Method (FIS) and the Working Alliance Inventory - Observer Form (WAI-O) (Darchuk et al., 2000; Anderson & Patterson, 2013). These were chosen because of their form, organization, and detail, as they are scales that direct the researcher clearly and precisely. Thus, the scale is divided into four major groups - Establishment of preconditions for co-creation of therapeutic rationale; Co-creation of the therapeutic rationale; Nonverbal Charismatic behaviors; Therapist's influence on the client. In this way, these groups encompass the therapist's verbal skills and empathic skills. In addition, it was considered essential to assess the client's reaction to the therapist's persuasive skills, these factors being relevant to assess the therapist's level of persuasion or correlate variables (Strong, 1968; Frank, 1987; Heide, 2013; Wampold, 2017).

This scale was designed as an observer scale and assessed the degree to which the psychotherapist is persuasive in a psychotherapy setting. As it was intended to be a scale that others could use to assess the relationship in therapy, it was adapted for this study to collect data through a series of video recordings of individual psychotherapy sessions (approximately 45-50 minutes in length). The recordings of the sessions were to include both visual and audio components. Thus, this scale can be used to assess any video or set of videos of psychotherapy sessions.

Implementation requires that the videos be split. To optimize the rating of each video, we divided each one-third of the total session duration, approximately 15-20 minutes, and each segment of the session was rated using this scale. In this way, the scale was scored three times for each recording.

The scale is a five-point Likert scale: '1= Strongly uncharacteristic'; '2= Considerably uncharacteristic'; '3=Neutral'; '4= Considerably characteristic'; '5= Strongly characteristic'. All items begin with a rating of "3=Neutral," considered a baseline rating and corresponded to an intermediate level of persuasiveness. Should increase or decrease depending on the therapist's level of persuasiveness.

To apply the scales, the researcher must obtain a sample from a usable database. The application of the scale was on a set of 14 videos but can be used with a larger sample. The selection of videos must be made depending on what the researcher intends to study in the session. This work aims to explore the level of persuasion presented in the first consultations with patients with anxiety disorders and correlate it with a therapeutic alliance level. When analyzing the videos, it is proposed to divide them into fifteen-minute segments in which the scale will be answered every fifty minutes of the video (Appendix B).

Procedure

We began the procedure by analyzing four randomly selected psychotherapy videos to calculate the inter-coder agreement for both variables.

The first viewing obtained a value of 0.556 for the Persuasion variable, which yielded moderate rating values. We conducted a second analysis of the videos to increase these values, which produced a near-perfect average of 0.911. Concerning the variable Therapeutic Alliance, the first observation yielded a value of 0.285, which caused fair evaluation values. We conducted a second analysis of the videos to increase these values, which produced a substantial average of 0.623. The second analysis allowed our results to go from moderate to almost perfect, strengthening the scale's quotation since we are both made an identical reading and interpretation of the scale (Gisev et al., 2013).

Data processing began with the psychometric analysis of the scales used to validate both scales for the study. The analysis of the psychometric abilities of the scales is considered the Exploratory Factorial Analysis, the study of the validity of the rankings by examining the normality of the responses to the items, the reliability by Cronbach's Alpha Coefficient.

The exploratory factorial analysis of the Therapist's scale Persuasiveness Rating scale included 51 responses to the 13 items that compose it (14 videos from the sample plus 3 videos from the inter-coder agreement were used). This analysis was conducted by the Principal Components Method using Varimax Rotation.

The results showed a KMO value of 0.798, which makes this analysis method (factorial) achievable. The scree plot (Appendix E) shows that the items were "organized" into three factors, representing 71.77% of the explained common variance. The principal component matrix shows that the scale items are distributed among the factors as follows:

Table 1 – Test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Results – TPRS

Factor	Items	<i>Eingen Value minimum</i>	<i>Eingen Value maximum</i>
1	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10	0,715	0,902
2	11, 12, 13	0,683	0,851
3	2, 6	0,471	0,640

When subjected to Varimax Rotation, the elements acquire the following factor organization:

Table 2 - Varimax Rotation Results – TPRS

Factor	Items	<i>Eingen Value minimum</i>	<i>Eingen Value maximum</i>
1	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10	0,623	0,937
2	6, 11, 12, 13	0,464	0,879
3	2	0,816	0,816

Regarding the scale's reliability, a Cronbach's alpha coefficient of 0.864, and this value may increase with the elimination of items 2, 6, 12, and 13. Regarding validity, none of the items showed a normal distribution of responses.

The exploratory factorial analysis of the Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form scale included 42 responses to the 12 items that compose it (14 videos from the sample were used). This analysis was also conducted using the Principal Components Method with Varimax rotation. Should note that before analyzing the psychometric properties of this scale, the scores of items 4 and 10 were inverted.

The results showed a KMO value of 0.865, which makes this (factorial) analysis method attainable. The scree plot shows (Appendix F) that the items were "organized" into two factors, representing 79.605% of the common explained variance. The principal component matrix shows that the scale items are distributed among the factors as follows:

Table 3 - Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Results – WAIO - S

Factor	Items	<i>Eingen Value minimum</i>	<i>Eingen Value maximum</i>
1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	0,703	0,913
2	1, 2	0,442	0,586

When subjected to Varimax Rotation, the elements acquire the following factor organization:

Table 4 - Varimax Rotation Results – WAIO -S

Factor	Items	<i>Eingen Value minimum</i>	<i>Eingen Value maximum</i>
1	3, 6, 7, 8, 9, 10	0,745	0,888
2	1, 2, 4, 5, 11, 12	0,556	0,904

Regarding the reliability of this scale, a Cronbach's alpha coefficient of 0.959, and this value may increase by eliminating items 2 and 5. In terms of validity, none of the items showed a normal distribution of responses.

Concerning data analysis, it was initially found whether data analysis was a relationship between the two scales, accomplished by calculating a score based on the scores given to the items in each of the three assessment time points: Beginning, Middle, and End. Next, Pearson's correlation coefficient was used between the two scales at the same rating time point (beginning, middle, and end of the video). The same scales were applied at three different time points in the videos, it is interesting to see statistically relevant differences between the ratings at these three-time points, both in the Persuasion scale and the Therapeutic Alliance scale. To this end, measurement repetition ANOVA was used after validating the relevant assumptions. Then, for the verification of sphericity assumption, two Mauchly tests were performed, one for the three levels of the Persuasion scale and the other for the three levels of the Therapeutic Alliance scale. Finally, a comparison of the measurements of the Persuasion scale at the three-time points was made by repeated-measures ANOVA. A non-parametric alternative was used regarding the variable Therapeutic Alliance since the assumption of sphericity was not confirmed. Therefore, we used the Friedman test. To obtain the results for this study, we proceeded to investigate the existence of an interaction between the two scales. To do this, we first calculated a score based on the average of the item scores in each of the three assessment time points. Next, we examined the Pearson correlation coefficient between the two scales at the same assessment time point (beginning, middle, and end of the video).

Results

At the beginning of the videos, there is a strong and statistically significant correlation between the Persuasion and Therapeutic Alliance scales for $\alpha=0.05$ ($r = 0.852$; $p = 0.000$) (Appendix G – Table 1).

There is a strong and statistically significant correlation between the Persuasion and Therapeutic Alliance scales in ratings at the middle of the videos for $\alpha=0.05$ ($r = 0.802$; $p = 0.001$) (Appendix G – Table 2).

At the end of the videos, there is a strong and statistically significant relationship between the Persuasion and Therapeutic Alliance scales in the ratings given at the end time point of the videos for $\alpha=0.05$ ($r = 0.848$; $p = 0.000$) (Appendix F – Table 3).

Regarding the normality of the ratings of the three moments of the Persuasion scale and the Therapeutic Alliance scale, we concluded that all ratings except for the Persuasion measure at the end of the video have a normal distribution for $\alpha=0.05$ (Persuasion - beginning of video: $W(14) = 0.917$; $p = 0.197$; Persuasion - middle of video: $W(14) = 0.909$; $p = 0.154$; Therapeutic Alliance -beginning-of-video: $W(14) = 0.922$; $p = 0.234$; Therapeutic Alliance - middle-of-video: $W(14) = 0.955$; $p = 0.635$; Therapeutic Alliance-end-of-video: $W(14) = 0.957$; $p = 0.675$).

The Persuasion scale score at the end of the video does not follow a normal distribution ($W(14) = 0.852$; $p = 0.024$). However, the shape measures show that the value of symmetry is -0.015 , and kurtosis is -1.951 . According to Marôco (2021, p. 191), the violation of this assumption does not affect the robustness of the parametric test as long as the value of symmetry is not greater than three and the kurtosis is not greater than seven. We thus proceeded to perform this parametric test (Appendix G – Table 4).

Subsequently, the assumption of sphericity was verified. Next, two Mauchly tests were conducted, one for the three levels of the Persuasion scale and another for the three levels of the Therapeutic Alliance scale. With respect to the Persuasion scale, the assumption of sphericity was confirmed to $\alpha= 0.05$ ($W(2)=0.978$; $p= 0.876$) (Appendix G – Table 5). Regarding the scale Therapeutic Alliance, the assumption of sphericity to $\alpha= 0.05$ was not confirmed ($W(2)=0.484$; $p= 0.013$).

Finally, we turn to a comparison of the persuasion scale measures at the three time-points. Again, Repeated-measures ANOVA revealed statistically significant differences between at least two-time points ($F(1;13) = 352.222$; $p = 0.000$) (Appendix G – Table 6).

Noteworthy, during the viewing of the videos, we know that two moments differ from each other. The post hoc test (LSD) revealed the group whose statistically different ratings corresponded to the early moment (beginning vs. middle: $p= 0.001$; beginning vs. end: $p= 0.000$). On the other hand, the difference in persuasion ratings between the middle and end moments did not differ in a relevant way ($p = 0.05$; $p = 0.490$).

Regarding the Therapeutic Alliance Scale, we resorted to the nonparametric alternative because the assumption of sphericity was not confirmed. Therefore, we resorted to the Friedman test, which revealed statistically significant differences between at least two measurements ($2(2)=13.000$; $p=0.002$). Furthermore, the comparison between all possible pairs showed that the moments that differed were the initial and the final ($p =0.001$). Extrapolating these data, we leave the notion that the therapeutic process itself is not linear and stable.

Finally, we present the expressiveness relative to the averages for each variable to see how they evolve (Appendix G – Table 7). According to the data presented, we can conclude that the median value of the persuasion scores is progressive throughout the videos.

Discussion

The data relative to the three viewing moments shows a strong positive correlation at the initial moment of the videos. Therefore, there is a statistically relevant association between the increase in persuasion and the therapeutic alliance. At the midpoint of the videos, this correlation repeats itself, and there continues to be a statistically relevant correlation, but weaker than the previous one. Finally, at the end of the videos, it is possible to see what occurs at the beginning of the videos. This factor is indicative and confirms the increasing tendency of persuasion throughout therapy. Hence, we can hypothesize that this factor evolves throughout the session when the therapist is persuasive from the beginning of therapy. This tendency is similar concerning the therapeutic alliance but, its expression is not so significant.

These results allow us to conclude that persuasion will impact the development of the therapeutic alliance. However, it should not be the only factor to consider. This notion aligns with the evidence presented that the therapist is an active part of the therapeutic intervention.

Therefore, this study fulfilled one of the objectives, proving that therapeutic alliance in psychotherapy also tends to be high when there tend to be high levels of persuasion. Thus proving the theory that relational factors are essential in developing a therapeutic alliance (Castonguay et al., 2002).

Another goal was the possibility of creating a scale that could assess persuasion in therapy sessions. As shown in the procedure, it was successfully validated, but some items should be eliminated to be more effective in this study. Therefore, this question represents a limit of the study as these changes were not performed in this research.

In addition, since there is constant growth in both variables across all the videos, it is essential to note that, since the videos are representative of different models, there is a strong indication that the impact of the therapist's stance has a greater expressiveness in strengthening the alliance. Therefore, the hypothesis that there is a correlation between the two variables is confirmed. However, it is impossible to guarantee whether there was acceptance of the persuasive message for clients with anxiety.

Unfortunately, it is impossible to generalize due to the sample size and the small variety of models presented. However, it would be interesting to explore this aspect further in future studies.

Therefore, this study has brought new perspectives regarding the use of persuasion in therapy. Furthermore, it highlights the importance of therapy and the relationship and how important it may be to assess how it presents itself in therapy. Thus, one of the proposals for future studies is the possibility of developing training courses in which trainees can be trained in persuasive theory and practice, strengthening interventions in psychotherapy.

As a suggestion, further research on the construction of the persuasive discourse would be relevant since this involves three processes: modeling, reinforcement, and response change (Cameron, 2009). When we talk about persuasion, it is a symbolic process that aims to change behavior and attitudes by evaluating a stimulus. Thus, global, lasting, favorable, or unfavorable sentimental changes may occur without coercion or manipulation. Based on this definition, it is essential to highlight those attitudes, beliefs, and behavior intrinsically intertwined with persuasion. These factors can affect how people think and act concerning their environment and be an inherently social influence process. The intention of a psychotherapist will not be only to guide the other about the attributes of a stimulus or course of action but to persuade the individual so that other variables, different perspectives make sense (Crăciun, 2015). Thus, it must be recognized that techniques must be employed to construct the most effective and persuasive message adequately. Still, as a suggestion for future studies, it would be relevant to do a correlational study to compare therapies in which the therapist is persuasive and therapies in which the therapist is not persuasive to have an idea of the technique's effectiveness.

However, it was impossible to know with certainty and generalizability with this study whether the model used in therapy has an impact or not on the effectiveness of a persuasive message. Thus, as a proposal for future research, an investigation should be done with a larger sample and several models to compare whether the model impacts the construction of the message. It would also be relevant to conduct a study with a larger sample. Nonetheless, the sessions used should be from the same therapist over time. Thus, several therapists should first be considered to find the most persuasive therapist for this longitudinal study to happen. Then the longitudinal study would be able to find out more details about the effectiveness and how to be effective with the compelling message. All these studies would be relevant in building up training for psychology students and psychologists.

References

- Abroms, G. M. (1978). The place of values In psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4), 3-17.
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037//O022-OI67.48.3.251>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). Facilitative interpersonal skill task and rating method. Ohio University, Athens, OH: Unpublished rating manual.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). 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., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Bator, R. J., & Cialdini, R. B. (2000). New Ways to Promote Proenvironmental Behavior: The Application of Persuasion Theory to the Development Of Effective Proenvironmental Public Service Announcements. *Journal of Social Issues*, 56(3), 527–541.
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the working alliance inventory and working alliance inventory, short form. *Psychological assessment*, 15(2), 193–197. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.193>
- Cacioppo, J. T., Pett, R. E., & Stoltenberg, C. D. (1985). Processes of social influence: The Elaboration Likelihood model of persuasion. In *Advances in Cognitive–Behavioral Research and Therapy* (Vol. 4, pp. 215–274). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-010604-2.50012-4>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). 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>
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(2), 298-301. <http://revistas.um.es/analesps>
- Craciun, B. (2015). Persuasion in Psychotherapy. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 6(1).

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(3), 267–278. <https://doi.org/10.1037/a0023668>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 207-231.
- 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*.
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy—the transformation of meanings: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine, 79*(6), 341-346.
- 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.
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 40-43.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association.
- Gisev, N., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability: key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 9*(3), 330-338. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.04.004>
- 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>
- 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>
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change 6^a ed.*, pp. 169-218.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 38*(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- 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>

- Lopes, K. C. D. S. P., & dos Santos, W. L. (2018). Transtorno de ansiedade. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 1(1), 45-50.
- Marôco, J (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 8th ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber. 191-192.
- Miller, M. D., & Levine, T. R. (2019). Persuasion. In *An integrated approach to communication theory and research* (pp. 261-276). Routledge.
- 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>
- Milot-Lapointe, F., Le Corff, Y., & Savard, R. (2020). Factor Structure of the Short Version of the Working Alliance Inventory and Its Longitudinal Measurement Invariance Across Individual Career Counseling Sessions. *Journal of Career Assessment*, 28(4), 693–705. <https://doi.org/10.1177/1069072720925048>
- Miloyan, B., Bulley, A., & Suddendorf, T. (2016). Episodic foresight and anxiety: Proximate and ultimate perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 4-22. <https://doi.org/10.1111/bjc.12080>
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Orleans-Pobee, R. C. M. (2020). *The Therapeutic Alliance in Integrated Coping Awareness Therapy* (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill).
- 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., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. In *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (pp. 201-225). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_9
- Santos, C. B. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23.
- Santos, C. B. (2004). *Abordagem Centrada na Pessoa-Relação Terapêutica e Processo de Mudança I*.
- Shen, L., & Coles, V. B. (2015). Fear and psychological reactance. *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology*, 223(4), 225–235. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000224>
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 187-196.
- Steindl, C., Jonas, E., Sittenthaler, S., Traut-Mattausch, E., & Greenberg, J. (2020). Understanding Psychological Reactance. *European Journal of Psychological Assessment*, 223(4), 205–214. <https://doi.org/10.1027/a0000001>

- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215-224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 33-36.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2008). The Magnitude of Client and Therapist Working Alliance Ratings. *Psychotherapy*, 45(4), 546–551. <https://doi.org/10.1037/a0014338>
- 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.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 114–124. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.1.114>

Appendix

Appendix A: Revisão de Literatura



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Revisão de Literatura

Impacto da persuasão e da aliança terapêutica em psicoterapia

ANA RAQUEL BAPTISTA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Revisão de Literatura submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2020/ 2021

Índice

QUADRO CONCEPTUAL DE PSICOTERAPIA.....	3-8
Objectivo de estudo	3
Problemática de estudo	3
Definição de psicoterapia.....	3
Evidência da eficácia em psicoterapia	3
Efeitos e características do psicoterapeuta.....	4
Factores comuns.....	4
Modelo contextual.....	4
Relação terapêutica	4
The Dodo Bird Verdict.....	5
Aliança terapêutica	7
Efeito Placebo	8
PENSAR A ANSIEDADE.....	9-11
Racional teórico de perturbações de ansiedade	9
Modelo circular de Clark	9
Modelo de tripla vulnerabilidade de Barlow	9
Investigação actual sobre ansiedade	10
Modelos psicoterapêuticos e os seus impactos na perturbação de ansiedade.....	10
Dados estatísticos da perturbação de ansiedade – prevalência mundial e nacional.....	10
Ansiedade e persuasão – discurso racional e expectativas em acção	11
PERSUASÃO EM PSICOTERAPIA	12-17
Teoria da persuasão	12
Persuasão como agente activo de mudança terapêutica.....	13
Construção da mensagem persuasiva	13
Motivação	13
Processo da persuasão	13
Tarefas do persuasor	14
Competências interpessoais – Método FIS	14
Teoria de Jerome Frank.....	15
The elaboration likelihood model	16
Model for the burden of persuasion in dialogues.....	17

Referências18-23

Quadro Conceptual de Psicoterapia

Considerando a psicoterapia como um processo de influência social, o papel do terapeuta é de extrema importância na co-construção de sentidos novos que direcionam o outro num autoconhecimento profundo. Sendo a psicoterapia, um processo psicológico, tem como objectivo o sujeito psicológico, nas suas dimensões afectivas, cognitivas e comportamentais (Wampold, 2012). No artigo que esta revisão de literatura intenta introduzir, pretende-se verificar como a persuasão e a capacidade persuasiva do psicoterapeuta podem mover o outro, tentando inclusive perceber se um psicoterapeuta com elevado nível de persuasão tem elevado nível de aliança terapêutica. Pretende-se verificar se a linguagem persuasiva e a construção desta, direccionada para clientes com ansiedade, poderá melhorar a aceitação, por parte do cliente, do discurso partilhado em psicoterapia. Esta questão não dependerá dos modelos terapêuticos aplicados, mas sim, do discurso e postura do psicoterapeuta, bem como da co-construção em terapia de sentido para ambos os intervenientes. Culminando na hipótese, se a aceitação da mensagem persuasiva não depender dos modelos terapêuticos do psicoterapeuta, então dependerá da relação entre psicoterapeuta e cliente, noção obtida através da correlação da persuasão com a aliança terapêutica desenvolvida nas primeiras sessões de terapia.

Arbitrária, a definição de psicoterapia pressupõe que, todas as formas de influência pessoal podem afectar o bem-estar do outro. No entanto, são consideradas como psicoterapia os tipos de influência que se caracterizam através de um agente terapêutico, pessoa que, tem por base um método de restabelecimento socialmente aceite e eficaz; um outro que procura o alívio através da palavra, através de um outro igual; e por fim é estabelecida uma relação psicoterapêutica, culminando numa sequência circunscrita, mais ou menos estruturada de contactos entre o terapeuta e o cliente, com o intuito de aliviar o sofrimento do cliente. Este alívio é tipicamente acompanhado por mudanças no estado emocional, atitudes e comportamento. Excepto em casos de tratamento involuntário, todos os interessados acreditam que as mudanças são benéficas. Estas características são comuns a todas as formas de psicoterapia, sendo assim, actividades que envolvem contactos sistemáticos, limitados no tempo, entre uma pessoa em sofrimento e alguém que tenta reduzir este sofrimento produzindo mudanças nos sentimentos, atitudes e comportamentos do outro (Frank & Frank, 1991).

Explorando a profundidade empírica existente, a investigação em psicoterapia realça que, as mudanças ocorrem independentemente da orientação teórica e da

modalidade que é praticada, sendo que serão os factores comuns existentes nesta prática que poderão explicar este facto (Honda et al., 2013). Segundo Hill et al. (2017) a maioria dos clientes confirma que os psicoterapeutas não são permutáveis, valorizando factores que envolvem as qualidades relacionais do psicoterapeuta, factores estes que vão para além da educação e competências específicas. Estes incluem todos os aspectos da saúde mental, tais como estar alicerçado, não defensivo, confortável na sua pele, e autoconsciente. São estas, e muitas outras, qualidades relacionais que facilitam o desenvolver de uma ligação terapêutica forte, mantendo os limites adequados para que o cliente evolua o seu “eu” em terapia. Assim é importante correlacionar, o funcionamento do terapeuta, tanto a nível pessoal como relacional, com a eficácia do mesmo. Estes factores permitem chegar a uma interacção plena, sendo estes capazes de estabelecer relações de apoio, dedicadas ao seu próprio crescimento e ao dos seus clientes. No entanto, certos modelos psicoterapêuticos serão mais eficazes com certas problemáticas de diferentes clientes (Ahn & Wampold, 2001) Bem como, de acordo com Lambert and Barley (2001), num conjunto de análises estatísticas, de preditores de resultados de eficácia em psicoterapia, a maioria da percentagem é atribuída a factores externos à terapia (40%) e a factores comuns (30%), deixando a conclusão de que, de todos os elementos a ter em conta em terapia, estes serão os que têm mais impacto para o sucesso psicoterapêutico. Contudo, pouco se sabe sobre os factores que moderam estes factores do terapeuta e o que pode ser feito para os melhorar (Cuijpers et al., 2019).

O modelo contextual expõe a existência de três caminhos através dos quais a psicoterapia produz benefícios, funcionando através de vários mecanismos. Os mecanismos subjacentes às três formas implicam características evoluídas do ser humano como ser social. Assim, o modelo contextual fornece uma explicação alternativa para a eficácia em psicoterapia, enfatizando ingredientes específicos que são benéficos para determinadas perturbações devido à reestruturação de uma queixa identificável. Os três percursos do modelo contextual envolvem: a relação real, a criação de expectativas através da explicação da desordem e do tratamento envolvido, e a promulgação de acções de promoção da saúde, sendo que, deve ser anteriormente estabelecida uma relação terapêutica, de forma a consagrar um resultado benéfico para o cliente (Wampold, 2015) Este quadro permite-nos compreender a importante ligação entre as expectativas dos clientes, a persuasão do terapeuta e os resultados em psicoterapia. Essencial realçar, que este modelo tende a explicar melhor os resultados

clínicos do que as técnicas ou especificidades ligadas a cada abordagem (Messer & Wampold, 2002; Wampold, 2012), sendo que estas promovem um conjunto de estratégias clínicas que são transversais, promovendo processos psicológicos semelhantes através de técnicas diferentes, tendo por base, a premissa de que a eficácia da terapia será pouco condicionada devido ao uso de uma técnica específica, sendo importante o uso responsivo destas técnicas de forma a promover uma técnica clínica transversal (Gold Fried, 1980; Goldfried, 2009; Ahn & Wampold, 2001; Bell et al., 2013). Inclusive, Krebs et al. (2018) demonstra que, as variáveis terapêuticas com melhor interligação com os resultados clínicos são transversais a qualquer abordagem.

A interação terapêutica abre caminho para um entendimento do outro, através de processos psicoterapêuticos, sendo possível assim analisar o comportamento verbal do psicoterapeuta e do cliente, entendendo o comportamento verbal como um comportamento operante, sendo que o ouvinte produz uma consequência para quem fala, estando por base o comportamento de ambos que, influencia o psicoterapeuta e o cliente. Esta perspectiva permite entender processos como a tomada de decisão do terapeuta, consequências disponibilizadas do terapeuta às ações do cliente e reorientação de situações (Nobile et al., 2017) Desta forma realço os efeitos e características do psicoterapeuta, visto que a investigação permuta que o peso para uma boa psicoterapia se encontra em quem a faz e como é feita a intervenção, em detrimento de qual a intervenção ou a abordagem utilizada (Miller et al., 2013). Inclusive, a existência de diferenças entre terapeutas da mesma orientação está fortemente apoiada, através do modelo contextual, sendo que, ao serem implementadas as características específicas, alguns terapeutas apresentam uma maior habilidade interpessoal, culminando em melhores resultados clínicos (Wampold, 2015) Esta premissa está apoiada em diversos estudos que demonstram níveis bastante elevados de eficácia entre terapeutas, bem como as suas diferenças (Okiishi et al., 2003; (Wampold et al., 2005).

Contudo, as técnicas cognitivo-comportamentais, em diversos estudos deixam em evidência a sua vantagem perante outras técnicas. Na depressão, alguns autores relataram que a terapia cognitiva-comportamental (CBT) é superior a outras formas de terapia psicológica para a depressão. Na área da ansiedade, a única meta-análise que claramente descobriu que a CBT é superior a outros tratamentos é o relatado por Siev e Chambless (2007), tendo estes autores relatado que embora a Relaxação Aplicada (RA) fosse tão eficaz como a CBT para a Desordem de Ansiedade Generalizada (GAD), a CBT era mais eficaz que a RA para a Desordem de Pânico. Inclusive, mais meta-

análises, relativa à perturbação de ansiedade, mostram que a terapia comportamental (TBC) era tão eficaz como a terapia cognitiva (TC) e a TBC, enquanto a meta-análise de Benish et al. (2008) em perturbações de stress pós-traumático (TEPT), com uma ampla equivalência de resultados em todas as modalidades. Importante destacar que, do ponto de vista da CBT, todas as terapias psicológicas são amplamente equivalentes em termos de poder ser tomada como prova de que falta à CBT quaisquer ingredientes terapêuticos específicos e na realidade fornece pouco mais do que uma estrutura para desenvolver uma aliança terapêutica e uma lógica de tratamento que gera expectativas de mudança no cliente. Contudo as primeiras metas-análises realizadas a fim de perceber este fenómeno geraram o debate não resolvido que continua até hoje, faltando um consenso a partir dos dados. Existem assim, intervenções específicas, geralmente de carácter cognitivo-comportamental, que são eficazes para determinadas perturbações, sendo todas as outras intervenções pouco mais eficazes do que placebos inertes. Dentro desta perspectiva, os elementos comuns não específicos da terapia têm sido geralmente vistos como, na melhor das hipóteses, elementos necessários, mas não suficientes no processo de mudança (Budd et al., 2009)

Embora, os efeitos dos terapeutas sejam um dos principais factores que explicam os resultados psicoterapêuticos, existe falta de investigação neste campo, apesar de haver a necessidade de desenvolver intervenções com base em evidência, o interesse em comparar abordagens terapêuticas para perturbações específicas fez da pessoa do terapeuta a variável negligenciada em investigação. Assim sendo, torna-se importante destacar que, sistematicamente, o terapeuta é a peça activa da intervenção em psicologia (Garfield, 1997). De acordo com Okishii et al. (2003) constatam que deveria ser alterada a forma de investigação em psicoterapia, devendo haver o foco para o estudo de terapeutas eficazes. Assim, os efeitos do terapeuta explicam entre 5% a 9% da variabilidade de resultados em psicoterapia, em contrapartida a variabilidade das técnicas específicas utilizadas em terapia corresponde a 1% (Miller et al., 2013) Contudo, destaca-se que estas diferenças não são impactadas pela idade, sexo, orientação terapêutica utilizada, anos de experiência clínica do terapeuta, quantidade de treino ou supervisão que o terapeuta possa ter, nem com o grau de adesão a protocolos de intervenções psicológicas específicas (Garfield, 1997; Wampold, 2015; Miller et al., 2013; Goldberg et al., 2016).

A afirmação de que diferentes terapias psicológicas têm uma eficácia largamente semelhante, muitas vezes chamada de *Dodo Bird Verdict*, contrasta com a visão

alternativa de que existem terapias específicas que são mais eficazes do que outras para diagnósticos particulares. Contudo, conclui-se que o resultado existente na literatura não fornece uma superioridade clara entre os diversos modelos de terapia psicológica. Apesar de tendencialmente ser apoiado em investigação, esta visão é ainda controversa e não tem sido aceite por muitos dentro da comunidade de terapia psicológica (Budd et al., 2009). Desta forma, é possível correlacionar este fenómeno com a falta de independência entre os factores comuns e específicos, o que implica que se deve adoptar uma perspectiva diferente para abordar o problema de como funciona a psicoterapia, especialmente no que diz respeito ao actual paradigma em que se baseia a investigação em psicoterapia: a investigação dos resultados do processo, investiga a ligação entre as variáveis relativas ao processo da psicoterapia e o seu resultado. Por conseguinte, seria mais apropriado estudar as interações entre as variáveis e a sua evolução ao longo do tempo por meio de métodos que tomam a causalidade como um fenómeno resultante de processos de auto-organização entre essas variáveis e os seus padrões de mudança (Felice et al., 2019)

A psicoterapia tem uma eficácia consistente, no que concerne o aliviar do sofrimento psicológico em cerca de 50% dos pacientes que frequentam entre 10 a 20 sessões de psicoterapia, sendo que esta percentagem sobe para 75% no caso daqueles que frequentam entre 30 e 50 sessões (Lambert, 2015) Verificando-se uma eficácia igualmente significativa quando comparada a condições de placebo ou situações de não tratamento, tendo em média uma melhoria significativa de 80% em detrimento da amostra sem tratamento (Miller et al., 2013; Lambert, 2013; Wampold et al., 2015). Destaco que estes resultados são independentes do modelo psicoterapêutico utilizado, na medida que é possível concluir que, não existem diferenças significativas na eficácia entre as diferentes abordagens terapêuticas (Laska et al., 2014; Wampold et al., 2017).

Inclusive, o constructo de capacidades interpessoais facilitadoras (FIS) tem em si um conjunto de importantes qualidades do terapeuta, sendo estas impactantes nos resultados terapêuticos. Assim sendo, a persuasão ou racional convincente, é uma das características de um terapeuta eficaz (Anderson et al., 2009); Anderson et al., 2016; Anderson et al., 2016). Frank (1986) argumenta sobre a ligação directa entre a capacidade persuasiva do terapeuta e a sua eficácia clínica, afirmando que o determinante crucial do resultado da terapia poderá ser a persuasão do terapeuta, a sua lógica, e procedimento, para um cliente em particular. Assim sendo, é destacado o poder de discurso e as ligações significativas que, inspiram o cliente para novos momentos de

esperança, perspectivando e reforçando o sentido de domínio, e despertando-o emocionalmente. Existem agora amplas provas de que alguns terapeutas são mais eficazes do que outros, independentemente do seu modelo terapêutico e dos anos de experiência profissional. Apesar destes efeitos relativamente a terapeutas bem estabelecidos, tem sido dada pouca atenção se existirá contribuição, do possível papel de persuasão do terapeuta para o sucesso terapêutico. Esta correlação será, com mais detalhe pensada no decorrer deste trabalho.

A relação terapêutica estabelecida entre psicoterapeuta e cliente é um dos principais impulsionadores de mudança clínica. A investigação demonstra que a qualidade da relação terá um impacto importante nas variáveis técnicas da psicoterapia visto esta, influenciar a motivação e as expectativas do cliente, fundamental para a mudança clínica. Segundo Gelso (2011), na sua experiência sobre a relação real em psicoterapia, parte fundamental da relação terapêutica ocorre na primeira interação e antes dessa, sob forma de esperanças fantasiosas, medos e expectativas. Uma das generalizações feitas em forma de afirmação baseia-se na premissa de que, a relação que emerge entre paciente e terapeuta é muito importante, tendo um impacto significativo sobre o processo e o resultado do tratamento. Assim, a definição de relação terapêutica consiste na construção através de sentimentos e atitudes que o terapeuta e o cliente partilham e expressam, englobando variações subtis que são expostas aquando uma relação. Desta forma, a experiência do sentir em relação ao outro, com o propósito de o conhecer profundamente, a partilha de sentimentos, e a atracção podem ser na sua maioria baseados na realidade e genuínos e, portanto, fazer parte da verdadeira relação. Pode ser mais preocupante quando tais sentimentos estão ausentes no terapeuta do que quando estão presentes, dada a natureza íntima da relação terapêutica (Castonguay et al., 2002). Assim sendo, a relação terapêutica é o momento presente visto como a experiência vivida a partir da qual símbolos verbais e representações têm o potencial de revelar o mundo interior e exterior do outro (Geller et al., 2012) De forma a conseguir definir de forma clara, é feita a divisão de relação terapêutica em três componentes: a aliança terapêutica (*working alliance*), a configuração de transferência-contratransferência, e a relação real. A medida em que um ou outro é saliente num determinado momento da interação terapêutica depende de muitos factores, como por exemplo, a duração da psicoterapia, a orientação teórica do terapeuta, a dinâmica da personalidade do paciente, os problemas centrais do paciente, e a qualidade da relação terapêutica (Gelso, 2011). Segundo Santo (2004) explana sobre o objectivo da relação

terapêutica, em que afirma ser um processo de restabelecimento do acordo perdido entre a experiência total do cliente e a experiência consciente do *self*, culminando num entendimento superior e um desenvolvimento diferente por parte do cliente. Assim sendo, ao contrário do anteriormente mencionado, este aborda três atitudes que devem existir de forma a haver condições necessárias para que ocorra uma relação potenciadora de mudança: a compreensão empática, o olhar positivo incondicional e a congruência.

No que concerne a *working alliance* (aliança terapêutica), esta inclui a experiência do cliente sobre a relação com o terapeuta, sendo esta útil na realização de objectivos, na colaboração dos clientes nas tarefas de psicoterapia, na interacção entre terapeuta e cliente, e nas contribuições de ambos os participantes. Com a necessidade de uma definição mais precisa, é afirmado que a aliança terapêutica é a interligação emocional entre terapeuta e cliente, desenvolvendo um laço pessoal entre ambos, acordo sobre os objectivos a alcançar e como alcançar esses objectivos (Tracey et al., 1989). Este constructo tem demonstrado ser um preditor consistente e robusto dos resultados da psicoterapia em diferentes escolas (Busseri et al., 2003; Beitel et al., 2020; Milot-Lapointe et al., 2020). A aliança terapêutica compreende a relação racional, não-neurótica do paciente com seu psicoterapeuta, tendo como elementos básicos, o desejo racional e consciente do paciente em colaborar com o psicoterapeuta bem como seu engenho em seguir os saberes e compreensões deste último. Ainda a reforçar esta ideia a terapia cognitiva destaca que, é fundamental para uma boa relação terapêutica, um psicoterapeuta activo e um paciente cooperante. De acordo com (Safran et al., 2011) a relação e a aliança terapêutica são utilizadas não puramente como ferramentas para o alívio de sofrimentos, mas como instrumentos que facilitam um esforço comum para o alcance de metas específicas. Sendo considerada uma forma de avaliar a qualidade de evolução e o desfecho de distintas modalidades de psicoterapias, trata-se assim de um elemento fundamental do processo psicoterapêutico devido à relação directa com a adesão e com o resultado da continuidade psicoterapêutica (Oliveira et al., 2015). No entanto é necessário reforçar que o peso relativo da aliança terapêutica excede em muito as características de qualquer método terapêutico particular ou teorias alternativas de psicoterapia ou de mudança.

A preocupação com o papel desempenhado por esta ferramenta foi perspectivada na teoria psicanalítica, sendo mencionada como Transferência Eficaz e *Rapport*, de

forma a designar a relação estabelecida entre o médico e o paciente. Baseada no *ego*, apropria-se da experiência passada permitindo a manutenção do cuidado em terapia.

Estudos apresentam alguns dos factores que contribuem para o fortalecimento do papel da aliança terapêutica no processo psicoterapêutico, independentemente das variadas abordagens teóricas apresentam influência desta ferramenta nos resultados do tratamento (Crits-Christoph et al., 2011; Martin et al., 2000), como as características do psicoterapeuta e do paciente associadas ao estabelecimento e manutenção da aliança (Bachelor et al., 2010; Botella et al., 2011; Tryon et al., 2008), a possibilidade de progresso da aliança em diferentes contextos como o *online*, em pacientes internados e em tratamento obrigatório (Prado & Meyer, 2006; Sotero et al., 2012), identificação e intervenção nas causas associadas às rupturas (Safran et al., 2009; Safran et al., 2011). Segundo Martin et al. (2000) apesar das diferenças entre muitas noções de aliança terapêutica a maioria das definições teóricas possui três constructos comuns: a natureza colaborativa do relacionamento, o vínculo de afecto entre paciente e psicoterapeuta e a habilidade de acordo da dupla nos objectivos e tarefas da psicoterapia.

Assim sendo, podemos concluir que, a flexibilidade, experiência, honestidade, respeito, confiante, interessado, alerta, amigável, calmo e aberto, são características importantes para o papel do psicoterapeuta para a relação (Ackerman et al., 2003). Por sua vez a comunicação com o cliente deve ser aberta, empática, com constante supervisão, visto que estes factores também impactam a aliança terapêutica, destacados como imprescindíveis para o estabelecimento do vínculo, tal como ser empático, congruente e aceitar incondicionalmente o paciente. Porém estamos perante a dificuldade de interpretação destes constructos, que podem ser vagos e ambíguos, em declarações empiricamente orientadas. Embora existam construções complexas em torno de processos de aliança, é importante manter a investigação em torno destas construções devido a problemas de definição ou medição (Quinn et al., 1997).

Contudo, alguns estudos apresentam como resultado que a mudança nos sintomas dos pacientes está directamente relacionada ao bom acordo entre psicoterapeuta e cliente. Por outro lado, o estudo mostra que o vínculo que se estabelece entre terapeuta e paciente é uma consequência dessa mudança de sintomas (Oliveira et al., 2015).

De forma a melhor perceber estes constructos, tem sido usado o inventário The Working Alliance Inventory - WAI, medida que, através do auto-relato, avalia a construção da aliança terapêutica, tendo por base as três variáveis acima descritas,

podendo ser eficaz para percebermos se existem as condições necessárias para que o cliente aceite uma construção de mensagem mais persuasiva em terapia, podendo este ser um instrumento que adaptado, poderá avaliar os níveis de persuasão em psicoterapia por parte do terapeuta (Darchuck et al., 2000).

Beecher (1955) introduz o tema de efeito placebo no sentido que, apesar de ser muito utilizado, é agora reconhecida uma circunstância clínica em que a utilização deste instrumento é essencial, nomeadamente a de distinção entre os efeitos farmacológicos dos efeitos de sugestão. Explana que um dos recursos que demonstra o efeito do placebo é o de instrumento concebido para modificar as respostas subjectivas. Assim, o placebo fornece uma ferramenta indispensável para o estudo da componente de reacção ou de processamento do sofrimento. O autor quantifica os efeitos dos placebos numa variedade de doenças, afirmando que os sintomas de 35% de 1082 pacientes em 15 estudos foram satisfatoriamente aliviados apenas por placebos. De forma a definir placebo, trata-se de imitações de tratamentos específicos, com a ausência de constituintes terapêuticos específicos, sendo esta definição por muitos visto como contraditória. Assim, o efeito placebo é reconhecido tendo por base os seguintes critérios: um placebo teve de ser administrado; o evento tinha de ser um efeito do tratamento com placebo, ou seja, o evento não teria acontecido sem a administração de placebo; e por fim, o evento tinha de ser relevante para a doença ou sintoma, ou seja, tinha de ser um evento terapêutico (Kienle et al., 1997). De acordo com Leibowitz et al. (2019) a investigação demonstra que os efeitos placebo têm benefícios clinicamente significativos na maioria das condições, sendo importante destacar a ansiedade. Contudo, estes efeitos são considerados frequentemente irrelevantes na prática clínica, devido a presumir-se que os placebos dependem da capacidade do cliente de acreditar nos mesmos. Há acordo geral e dados substanciais, indicando que a expectativa é central para o efeito placebo. No entanto, existem dois problemas com esta afirmação. A primeira é a utilização do termo, visto que existem vários efeitos no efeito placebo, em que, inclusive, o seu efeito irá variar devido a factores externos. Assim sendo, estão aqui em questão as expectativas intuídas sobre a eficácia. O segundo problema está interligado com a existência de vários tipos diferentes de expectativa, sendo a distinção entre expectativas de resposta e expectativas de estímulo particularmente importante para a compreensão dos efeitos placebo, em que, a expectativa de resposta está intimamente relacionada com o efeito placebo visto que, o aspecto mais importante das expectativas de resposta é a sua tendência para se auto-confirmarem. Importante

destacar, que uma das razões para que tal aconteça é que, o papel das expectativas e da resposta se fixa na percepção, que por sua vez poderá ser variável, em função da ambiguidade do estímulo - quanto maior a ambiguidade do estímulo, maior o papel da expectativa na percepção do mesmo (Kirsch, 2018). Sendo que esta perspectiva tem por base a expectativa e a percepção do outro, e se este acredita ou não em algo, está imediatamente interligado com a noção de persuasão, a ser desenvolvida mais adiante.

Pensar a Ansiedade

Teorizado com um estado de humor, a ansiedade, harmoniza o sujeito para situações vivenciais futuras. Desta forma qualquer pessoa se pode ficar num estado de ansiedade, perante diferentes situações e com níveis de impacto distintos, estando aqui a diferença entre um estado ansioso adaptativo ou mal-adaptativo. A focalização da ansiedade no ataque de pânico abre caminho ao entendimento que, na ansiedade patológica o que está em causa é o medo de uma ameaça (Abreu, 2014; Miloyan et al., 2016; Lopes et al., 2018).

Entendendo as perturbações mentais como constructos dimensionais em oposição a construções dicotómicas, no instante em que o sujeito apresenta um dos estados relativos à perturbação de ansiedade, sendo que esta varia dentro do mesmo espectro de ansiedade, esta pode ser impulsionada por algum sintoma e/ou acontecimento específico (Rodebaugh et al., 2018). Porém, o importante não é se o estado está simplesmente presente, mas sim o quão forte e frequente é a sua presença (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014). Relativamente à estruturação dos sintomas na perturbação de ansiedade, o Modelo circular de Clark, apesar de ser um modelo que se centra nos ataques de pânico, pressupõe a relação entre sintomas e medos específicos, explicando que os sintomas corporais percebidos transformam o medo de forma imensurável, originando respostas que agravam a antecipação de sintomas temidos, implicando que existe uma correlação entre sintomas corporais e cognições (Abreu, 2014). Concluindo a ansiedade é considerada patológica quando é desproporcional ao estímulo, podendo interferir com a qualidade de vida, conforto emocional ou na vida quotidiana do indivíduo (Castilho et al., 2000)

O Modelo de Tripla Vulnerabilidade, permite entender as causas para os distúrbios de ansiedade. Este centra-se em três factores vulneráveis: vulnerabilidade biológica (hereditária) generalizada; vulnerabilidade psicológica generalizada que compreende experiências primárias em que se desenvolve um sentido de controlo sobre

eventos precipitantes, e por fim, a vulnerabilidade psicológica específica a qual engloba a concentração da ansiedade em objectos ou situações específicas. Este conjunto de três factores, formam a condição perfeita para a elaboração de perturbações de ansiedade (Barlow, 2000; Barlow et al., 2014). Estes factores reflectem também, tendências gerais para níveis elevados de evitamento (e.g. neuroticismo, efeito negativo) por um lado, e níveis baixos de aproximação (por exemplo, extroversão, efeito positivo). A investigação suporta que os distúrbios de ansiedade estão associados a um neuroticismo elevado. A inibição comportamental, uma construção temperamental, pode ser interpretada como uma combinação de baixa extroversão e alto neuroticismo, prevê o desenvolvimento das perturbações de ansiedade, fomentando a causa e o efeito ao longo do tempo, apoiadas parcialmente amplas vulnerabilidades temperamentais que contribuem para todas as perturbações de ansiedade (Frenkel et al., 2015).

Assim é aprendido, através de experiências vivenciais primárias, que certas situações ameaçadoras são incontroláveis, imprevisíveis, e improváveis de serem dominados com controlo podendo constituir uma vulnerabilidade psicológica generalizada. Desta forma, o factor de risco psicológico generalizado sugere que, as experiências de aprendizagem comuns podem preparar terreno para as perturbações de ansiedade (Bouton et al., 2001).

Comprovado por Budd et al. (2009), na área da ansiedade, a CBT poderá ser mais eficaz relativamente a outros tratamentos, sendo mais indicada para a perturbação de pânico, contudo alguns autores demovem esta noção, referindo não haver qualquer evidência de melhorias significativas nos resultados. Porém, segundo bases empíricas, várias são as abordagens psicoterapêuticas que suportam a eficácia em psicoterapia. Nomeadamente a abordagem psicodinâmica (Driessen et al., 2015; Leichsenring et al., 2014), cognitivo-comportamental (Lambert et al., 2018; Wampold et al., 2017; McMMain et al., 2015), existencial (Vos et al., 2015) sistémica-familiar (Heatherington et al., 2015) e humanista (Angus et al., 2015). Importante referir que a eficácia psicoterapêutica engloba um conjunto de perturbações psicológicas, em que destaque estudos e meta-análises focadas em perturbações específicas, tais como as perturbações de ansiedade (Yulish et al., 2017; Pompoli et al., 2016; Cuijpers et al., 2014).

Nobile et al. (2017) apontam que Terapia cognitiva comportamental (CBT), Terapia analítico comportamental e o Treino de habilidades sociais são consideradas técnicas promotoras de diminuição de sintomas característicos da perturbação de ansiedade, sendo desenvolvidas estratégias que melhoram os seus comportamentos e

relacionamentos, promovendo mudanças consistentes. Apesar de a CBT ser a opção de tratamento psicológico de primeira procura para as perturbações de ansiedade, existe a comparação com medicamentos de efeito placebo, que têm resultados significativos. Contudo, até 30% a 60% dos pacientes têm sintomas substanciais e prejudiciais remanescentes.

Considerada uma perturbação resistente ao tratamento, esta questão é notória na persistência de sintomas de ansiedade, ausência de resposta, recuperação ou remissão da perturbação após alguma forma de tratamento activo. Uma quantidade substancial de carga residual da doença pode apresentar-se em mudanças persistentes de comportamento, tais como evitamento, ou em funcionamento cognitivo alterado, como por exemplo, ruminação excessiva. Os efeitos positivos da CBT são visíveis nas primeiras sessões. Estes efeitos positivos também são notórios na Terapia dinâmica de apoio-expressiva para a ansiedade (Ahmed & Westra, 2009; Bokma et al., 2019).

A fobia específica é consistentemente estimada como sendo a ansiedade mais comum durante toda a vida, com estimativas de prevalência geralmente na faixa dos 6% a 12%. Há uma considerável prevalência transnacional, no entanto, com uma maior prevalência de fobia social na América do Norte do que na Europa Ocidental e uma elevada prevalência acompanhada de um sintoma distintivo (medo de envergonhar outras pessoas em vez de se envergonhar a si próprio) na Ásia, (o chamado taijin kyofusho, uma síndrome de fobia social ligado à cultura). *Post-traumatic stress disorder* (PTSD) é o terceiro transtorno de ansiedade que ocorre frequentemente, embora novamente a prevalência reveza bastante de país para país, devido à grande variação em exposição a eventos traumáticos, especialmente eventos que envolvam violência interpessoal (mais comum nos EUA do que na Europa Ocidental, e mais comum ainda em países que sofreram violência sectária), mas também acontecimentos que envolveram acidentalmente morte ou ferimento (mais comum nos países desenvolvidos onde os acidentes automóveis são comuns). Devido a estas diferenças na exposição, a prevalência estima-se que o PTSD seja de apenas 1% a 2% na Europa Ocidental, 6% a 9% na América do Norte, e mais de 10% em países que foram expostos à violência sectária a longo prazo. Inquéritos epidemiológicos mostram também que as perturbações de ansiedade e as doenças relacionadas com a traumatologia co-ocorrem com perturbações de utilização de substâncias (Baxter et al., 2013; Costa et al., 2019; Quek et al., 2019).

Segundo a OMS a proporção da população mundial com perturbações de ansiedade em 2015 é estimada em 3,6%. Tal como com a depressão, as perturbações de ansiedade são mais comuns entre as mulheres do que entre os homens (4,6% contra 2,6% a nível global). As taxas de prevalência não variam substancialmente entre grupos etários, embora se observe uma tendência para uma menor prevalência entre os grupos etários mais velhos. No entanto, o número total estimado de pessoas que vivem com distúrbios de ansiedade no mundo é de 264 milhões. Este total para 2015 reflecte um aumento de 14,9% desde 2005, como resultado do crescimento da população e do envelhecimento (World Health Organization, 2017).

De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental os resultados sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas revelam que mais de um quinto da amostra apresenta uma perturbação psiquiátrica, demonstrando que Portugal, é um dos países, com mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas na Europa. O grupo das perturbações de ansiedade é um dos mais destacados sendo este o que apresenta uma prevalência mais elevada (16.5%), sendo que, as fobias específicas (8.6%), a perturbação depressiva major (6.8%), a perturbação obsessivo-compulsiva (4.4%), a fobia social (3.1%) e a perturbação pós-stress traumático (2.3%) são as perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na população estudada (Caldas de Almeida et al., 2013). O relatório “Programa Nacional para a Saúde Mental – 2017” publicado pela DGS revela que 21% da população portuguesa sofria de alguma perturbação de ansiedade (DGS, 2017a). Assim sendo, em Portugal é observável o aumento da prevalência anual desta perturbação mental, sendo o quarto país da Europa com a taxa mais elevada (DGS, 2017b). Estes dados vêm demonstrar a importância do diagnóstico precoce, tratamento e promoção de saúde mental como objectivos primordiais para uma melhor articulação entre os serviços de saúde (Apóstolo et al., 2008; Apóstolo et al., 2011; DGS, 2017a).

De forma a correlacionar a possibilidade que a persuasão traria impacto para pessoas com ansiedade é importante realçar que estudos existentes se concentram em formas processuais de discurso persuasivo. Na entrega de uma lógica de tratamento, ou seja, um discurso fundamentado, complexo, prestigioso, influencia as expectativas dos participantes, tornando-as favoráveis no sentido de fortalecerem a possibilidade de mudança em terapia (Ametrano, 2015). Foi também investigado, em participantes com ansiedade social, quando há uma fundamentação sistemática de CBT, ocorre um aumento na expectativa dos participantes, no sentido, de ocorrer uma mudança

terapêutica antes do racional persuasivo, assim sendo, a expectativa dos participantes de serem capazes de gerir a sua ansiedade aumentou. Estas conclusões replicam a noção de que os raciocínios de tratamento em geral podem influenciar a expectativa de resultados dos pacientes, sendo que esta comunicação devolve ao outro uma melhor compreensão de si, culminando numa sensação geral de bem-estar. Assim, a forma como as pessoas respondem a uma lógica racional persuasiva pode influenciar o comportamento, sendo que seria importante examinar estratégias de persuasão específicas e verificar se a eficácia do discurso racional pode ser melhorada através de comportamentos específicos que suporte o poder de persuasão e expectativa (Ahmed et al., 2009).

Persuasão em Psicoterapia

A arte da dialéctica persuasiva, pressupõe o carácter e argumentos utilizados pelo comunicador que devem ser percebidos como credíveis, tendo também em conta o estado emocional do receptor. Na persuasão, o foco está nas premissas afectivas sobre as emoções e sentimentos do ouvinte, em que a força de persuasão depende da capacidade empática do orador (Crăciun, 2015) Introduzindo o tema de persuasão, em que, na sua definição, é um processo simbólico que visa a alteração de comportamentos e/ou atitudes, através da avaliação de um estímulo, podendo ocorrer mudanças sentimentais globais, duradouras, favoráveis ou desfavoráveis, sem coerção ou manipulação. Tendo por base esta definição, é importante destacar que as atitudes, as crenças e o comportamento estão intrinsecamente interligados com a persuasão, na medida que estes factores podem afectar a forma como as pessoas pensam e agem em relação ao seu meio, bem como, tratando-se de um processo de influência intrinsecamente social, a intenção de um psicoterapeuta não será apenas guiar o outro sobre os atributos de um estímulo ou curso de acção mas, persuadir o indivíduo para que façam sentido outras variáveis, outras perspectivas. Apesar de a persuasão ser um aspecto penetrante do nosso ambiente social, o foco da maioria das orientações teóricas em psicoterapia está no que o terapeuta comunica ao cliente e não na forma como o cliente passa a acreditar e a agir em conformidade. Contudo, algumas posições teóricas colocam o locus da mudança no interior do cliente e negam que essa influência desempenhe um papel directo na sua produção, assim a mudança é vista como sendo da responsabilidade do cliente. No entanto, orientações teóricas radicalmente diferentes não só afectam mudanças comparáveis nos clientes, como podem afectá-las através de processos semelhantes. O que o terapeuta diz e faz - o que distingue os terapeutas de

diferentes orientações - pode ter menos a ver com a mudança do que com características da interacção que contribuem para a possibilidade de influência social (Cacioppo et al., 1985). Assim, deve ser reconhecido que as técnicas empregues a nível social de forma a enaltecer o interesse próprio ou comum, podem ser usadas para reduzir o sofrimento psicológico (Bator & Cialdini, 2000; Miller et al., 2019). Desta forma, os comportamentos e atitudes implícitas na persuasão vão ser distintos em cada indivíduo, devido a motivações subjacentes de comportamento, como, valores, crenças, e características de personalidade. Sendo o processamento e a susceptibilidade, uma táctica persuasiva, estes irão ser diferenciados por pessoa (Miller et al., 2019; Spelt et al., 2020).

Segundo Abroms (1978) a persuasão tem um papel importante para que ocorra mudança em psicoterapia, apoiando-se na premissa de que, formas subtis de influência evidente, induzem atitudes e comportamentos nos seus pacientes sendo que, estas mudanças podem ser iniciadas fora da consciência do mesmo, cumprindo o propósito de controlo sobre a terapia, respondendo às manobras do paciente com contra-argumentações que persuadem o paciente para benefício terapêutico. Desta forma, a mensagem é formulada por uma pessoa que, terá uma maior motivação para elaborar a informação que percebe como relevante para o contexto psicoterapêutico. Importante referir, que a persuasão pressupõe a construção lógica de um argumento em que, as mensagens persuasivas visam modificar a percepção do valor de uma acção por parte do outro, tendo como objectivo motivar para a realização de comportamentos consistentes com a mensagem. Desta forma o valor percebido de conformidade e relevância da mensagem persuasiva determina a sua eficácia. A adaptação as mensagens de modo que se interpele o outro, torna mais provável a elaboração de uma acção. Contudo este valor, depreendido de uma nova informação, dependerá das características de personalidade do próprio, sendo de extrema importância a sua motivação. No entanto, em termos gerais, é mais provável ser persuadido por fontes que consideramos poderosas, em posições de autoridade, atraentes, agradáveis ou semelhantes a nós em detrimento de fontes que consideramos desprovidas destes traços pessoa (Miller et al., 2019)

A orientação motivacional diz respeito à probabilidade de uma pessoa se envolver num comportamento avesso ao risco ou centrado na recompensa. Dois mecanismos auto-reguladores controlam atitudes e comportamentos, nomeadamente, o sistema de abordagem comportamental (SAC) responde às oportunidades e inicia acções em relação a elas (abordagem), enquanto o sistema de inibição comportamental (SIC)

procura evitar castigos ou perdas. A orientação motivacional explica como a mesma mensagem pode ser valorizada de formas diferentes dependendo do sistema mais activo. As pessoas com SIC activos concentrar-se-ão nos efeitos prejudiciais da inacção, em contrapartida, sujeitos com SAC mais activos concentrar-se-ão nos ganhos da acção. Como tal, espera-se que o enquadramento de perdas seja mais eficaz para indivíduos com SIC mais activos, visto que o enquadramento de ganhos para indivíduos com SAC mais activa terá melhores resultados. Assim compreende-se que, uma correspondência de mensagens persuasivas para a avaliação subjectiva das potenciais consequências no outro é fundamental para que o outro seja influenciado (Cameron, 2009; Spelt et al., 2020).

A comunicação persuasiva compreende três processos - A moldagem da resposta que consiste na construção de respostas a um novo estímulo, sendo que antes da exposição a um novo estímulo, não pode ainda existir uma atitude em relação ao estímulo. A modelação resulta então, da introdução de informação nova sobre o desconhecido, através de uma nova perspectiva. O reforço da resposta acontece quando um indivíduo já tem uma atitude ou está a ter um comportamento defendido por um persuasor. Por fim, a mudança de resposta é o aspecto reconhecido da persuasão: o de valor, crença, atitude, intenção ou mudança de comportamento. Um factor crítico em todos os três processos é que a persuasão é limitada ao comportamento intencional (Cameron, 2009). De acordo com O'keefe et al. (1997), existem três grandes tarefas que um persuasor enfrenta: a tarefa de identificar o foco de resistência, a tarefa de construir mensagens eficazes destinadas a esses focos, e a tarefa de seguimento após o esforço inicial de persuasão. Desta forma a tarefa inicial não tem no seu propósito a mudança de atitudes, mas sim que, o receptor da mensagem veja a relevância da atitude existente em relação ao comportamento de interesse, de modo a agir de forma consistente com a atitude existente, como que um simples lembrar das atitudes, ajudando a ver a ligação entre estas e as escolhas comportamentais que enfrenta. Contudo, as características da mensagem, tais como discrepância, intensidade da linguagem, verticalidade da mensagem, e a qualidade e quantidade de provas fornecidas também influenciam a persuasão. A discrepância refere-se à distância entre a atitude existente de um alvo e a posição defendida por uma mensagem. A intensidade linguística refere-se ao grau em que a língua utilizada se afasta da neutralidade, esta pode ser manipulada através do uso de qualificadores adverbiais ou através do uso de metáforas, especialmente as que têm conteúdo violento ou sexual. Por sua vez, a intensidade da linguagem interage com

outras variáveis (tais como atitude anterior em relação ao tópico, características da fonte, e expectativas dos receptores) em situações persuasivas. A veracidade da mensagem refere-se a se um lado ou ambos os lados de uma questão são apresentados. A investigação indica que as mensagens de dois lados são mais persuasivas, desde que o lado contrário seja explicitamente refutado. O fornecimento de provas é mais eficaz quando os alvos são envolvidos na questão, embora algumas descobertas sugiram fortes argumentos com provas são consistentemente mais eficazes, independentemente do envolvimento do público (Miller et al., 2019).

No entanto, e contrapondo a base teórica anterior, tem sido estudado a reactância psicológica. Esta tem desempenhado um papel central na compreensão do processo de persuasão comunicação. Resistência à influência social foi interesse original de Jack Brehm que acabou por resultar na formulação da teoria da reactância psicológica. Persuasão e mudança de atitude têm sido sempre áreas relevantes e aplicáveis à reactância psicológica. A teoria da reactância tem sido consistentemente proposta como explicação para a falha na persuasão. Assim, ao ser estudada a reacção ao medo, forma reconhecidas ramificações de mensagens estrategicamente concebidas para o induzir, ou seja, quando os receptores experimentam um medo excessivo, irão envolver-se em reacções defensivas tais como negar o perigo e/ou evitar a mensagem persuasiva, o que muitas vezes resulta em persuasão falhada. Estas reacções defensivas poderiam assumir as formas de percepção negativa da fonte e manipulação percebida, contra-argumento contra a mensagem, e atenção selectiva à informação que minimiza o perigo (Shen et al., 2015). Reactância, motivação para recuperar uma liberdade depois de ter sido perdida ou ameaçada - leva as pessoas a resistir à influência social de outros – uma reacção desagradável à excitação motivacional que surge quando as pessoas experimentam uma ameaça ou perda dos seus comportamentos livres. A quantidade de reactância depende da importância da liberdade ameaçada e da percepção da magnitude da ameaça. Caso a persuasão represente uma ameaça ao livre-arbítrio do outro, a reacção sob a forma de cognições negativas, tais como o efeito contra-indicador e a raiva, leva a atitudes mais negativas em relação à mensagem e, conseqüentemente, a menos intenção de mudança comportamental de acordo com a mensagem. A contra-argumentação e a raiva como um processo de reacção entrelaçado demonstram mediar o efeito da percepção da ameaça sobre os efeitos da reacção, tais como a discordância com a mensagem (Steindl et al., 2015).

No contexto da persuasão, através do modelo entrelaçado de Dillard et al. (2005), segundo o qual as mensagens persuasivas recebidas ao serem depreendidas como ameaçadoras, podem suscitar uma reacção sob a forma de contra-argumentos que são acompanhados de um efeito de raiva. Quando utilizada uma mensagem enérgica, esta mensagem motiva as pessoas a apresentar argumentos contra a tentativa persuasiva (contra-argumentação). Este é um processo cognitivo-reflexivo que leva a atitudes negativas em relação à mensagem e resulta finalmente no decréscimo de intenção comportamental de seguir o objectivo da mensagem. Por um lado, Dillard et al. (2005) e Rains (2013) testaram um modelo de processo duplo e rejeitaram-no. Contudo, outros estudos demonstram que, dependendo da ameaça, as pessoas ou reagem imediatamente ou após um atraso temporal com um aumento da excitação fisiológica que pode ser visto como um indicador de motivação (Zanna et al., 1974; Wright, 2008).

A investigação recente sobre as competências interpessoais facilitadoras do terapeuta (FIS), reaviva o interesse e a credibilidade científica no papel de persuasão do terapeuta. O método FIS é um sistema psicométrico que avalia a competência do terapeuta em oito competências interpessoais apoiadas empiricamente: fluência verbal; esperança e expectativas positivas; persuasão; expressão emocional; calor, aceitação e compreensão; empatia; capacidade de ligação entre alianças; e capacidade de reparação de rupturas de alianças (Anderson et al., 2013). Desta forma, esta medida prevê de forma fiável os resultados da psicoterapia e os efeitos terapêuticos (Anderson et al., 2009, 2015, 2016).

Foi conjurada uma definição para a persuasão do terapeuta, que assenta no pressuposto de que a persuasão é a capacidade de induzir o outro a aceitar um ponto de vista que pode ser diferente do já existente. Contudo, deve existir a capacidade de transmitir uma compreensão clara e organizada sobre o significado da fonte de angústia do outro. Assim sendo, o discurso persuasivo implica uma capacidade de comunicar o que Jerome Frank chamou de um "mito credível". Esta capacidade implica que o terapeuta deve ser convincente na comunicação deste sistema de crenças, sendo necessário que a lógica seja relevante para os problemas do outro e que espelhe a novidade para a experiência do outro (Anderson et al., 2013). A definição é acompanhada por um sistema de classificação que determina quais as acções que servem de critério para classificar um clínico na sua capacidade persuasiva. Estamos perante uma primeira tentativa de trazer à discussão actual em psicoterapia, a possibilidade de se medir sistematicamente a capacidade de persuasão do terapeuta, por

mais que estes não tenham relatado a previsão de “persuasão” de forma isolada. Além disso, fornece uma forma de correlacionar esta habilidade interpessoal a outros processos terapêuticos (e.g. working alliance) e resultados. Finalmente, estabelece critérios observáveis a partir dos quais se comprova a importância em formar terapeutas nesta competência. Contudo, perante a literatura existente, é possível verificar um vazio relativamente às capacidades do FIS que moderam alguns dos resultados terapêuticos. Desta forma, é perceptível que existem diferentes níveis de FIS nos diferentes terapeutas, sendo que estes estão directamente correlacionados com os resultados dos mesmos. Porém, é possível realçar que o impacto das diferentes capacidades interpessoais facilitadoras é distinto para com diferentes clientes, na medida que, diferentes terapeutas irão ter resultados distintos consoante o tipo de cliente, mesmo tendo estes terapeutas um FIS elevado (Anderson et al. 2016). Pretendendo colmatar esta falha, neste trabalho é destacada uma destas capacidades interpessoais facilitadoras, a persuasão, visto ainda ser pouco investigada, esta variável pertencente ao FIS é de extrema importância sendo que está contemplada em todas as abordagens psicoterapêuticas, estando intimamente relacionada com factores comuns, referidos anteriormente, tais como o acordo nos objectivos e tarefas terapêuticas, esperança, criação de expectativas positivas e até a aliança terapêutica (Krebs et al., 2018), que por sua vez estão fortemente associados à eficácia da psicoterapia (Wampold et al., 2015)

Segundo a revisão retórica de Frank & Frank (1991), sobre religião, cultos, cura pela fé, e outras actividades persuasivas relacionadas com a cura sugere que todas as psicoterapias têm por base a ajuda ao outro, de forma a reduzir ou superar a angústia, melhorar as relações pessoais e concomitantemente aumentar a auto-estima e elevar o sentido de controlo dos pacientes sobre si próprios e sobre o seu meio. Os problemas pessoais passíveis de psicoterapia são manifestações de desarmonia dentro dos pacientes ou entre pacientes e outros próximos deles. Assim sendo, a psicoterapia tenta ajudar os pacientes a resolver estas desarmonias, aumentando a sua capacidade de lidar com problemas de vida criados através da interacção de determinantes genéticos, história passada, e ambiente social actual, aumentando a moral à medida que desafiam padrões de comportamento mal-adaptados e encorajam padrões de comportamento mais eficazes, ajudando os pacientes a alcançar e a aumentar a sensação de liberdade interior, auto-eficácia, e satisfação com a vida. Assim, introduziu-se a ideia de que, o cliente quando exposto a um pensamento persuasivo durante a psicoterapia, será influenciado através de pistas involuntárias que o terapeuta transmite, na medida que os valores do

cliente mudam para os do terapeuta no decurso de uma psicoterapia bem-sucedida. Através de três qualidades partilhadas pela persuasão em psicoterapia, é reflectido em como se constrói esta característica, sendo estes o ethos do psicoterapeuta, sinónimo da sua credibilidade, directamente relacionada com o que é perceptível a nível de perícia, atractividade e confiança, para além destas três também são mencionadas como características importantes, o estímulo à excitação emocional e o argumento (Heppner et al., 1989) na medida que, a estimulação da excitação emocional e o uso da argumentação são duas das principais habilidades do psicoterapeuta em sessão com, pré-requisito para a mudança no cliente, existindo assim, uma capacidade de evocar um despertar emocional que, facilita a potência persuasiva do terapeuta e o envolvimento do cliente. A afirmação de que a excitação emocional e a potência persuasiva estão intrinsecamente ligadas foi repetidamente demonstrada experimentalmente (Petty et al., 2015; Angie et al., 2011). Por outro lado, a utilização do argumento inclui qualquer troca verbal com o objectivo de influenciar o cliente a adoptar um novo significado ou uma visão do mundo.

Outra forma de entendimento é a defendida através do *Elaboration Likelihood Model* (ELM). Este quadro geral para compreender a persuasão, propõe que as pessoas não são nem universalmente ponderadas na avaliação de mensagens persuasivas nem universalmente descuidadas. Assim, são vários os factores, e combinações de factores, determinantes para a motivação do outro e para a sua capacidade de pensar cuidadosamente sobre os argumentos. Quando as condições fomentam a motivação das pessoas e a capacidade de se envolver em pensamentos relevantes, a "probabilidade de elaboração" é elevada. Significa assim, que é provável que as pessoas atendam ao apelo, pelo que, acedem a associações, imagens e experiências relevantes de memória; examinam e elaboram argumentos da mensagem externa à luz das associações disponíveis da memória; tiram inferências sobre os argumentos; e conseqüentemente formam uma apreciação da recomendação, ou atitude em relação à mesma. Este modelo apresenta duas formas de persuadir o outro, a central e a periférica. A forma central é caracterizada por escrutínio cognitivo de uma mensagem persuasiva, em que a capacidade de elaboração é elevada. Desta forma, quando a pessoa exposta a uma mensagem persuasiva, está motivada para processar a mensagem, as suas atitudes têm por base pensamentos derivados da mensagem persuasiva assimilada. A forma periférica, em contraste, é caracterizada por pouco escrutínio cognitivo da mensagem persuasiva, sendo a capacidade de elaboração baixa. Quando o receptor da mensagem

está desmotivado ou é incapaz de processar a informação, a sua atitude irá ser baseada em respostas de sinais periféricos, ou seja, terá mais impacto o exterior que a mensagem em si, como por exemplo o ambiente, a credibilidade da fonte, a atractividade do emissor e a disposição do receptor. Evidentemente, as formas centrais e periféricas representam posições numa dimensão contínua que vai da alta à baixa probabilidade de pensamento relevante em termos de emissão, em vez de duas dimensões mutuamente exclusivas de processamento de mensagens. Quando a probabilidade de elaboração é elevada, o pensamento relevante para a questão tende a ser o determinante mais directo das reacções do destinatário à recomendação, contudo quando a probabilidade de elaboração é baixa, o determinante mais importante da persuasão tende a ser as pistas que, embora periféricas, permitem ao destinatário alcançar uma posição razoável sem pensar muito sobre os fundamentos de uma recomendação. Note-se que o estímulo ou factor específico ao qual um sujeito responde pode ser o mesmo (por exemplo, uma longa lista de argumentos fortes); a diferença crítica é a forma como um indivíduo relaciona esta informação recebida com o seu conhecimento prévio (Cacioppo et al., 1985; Henningsen et al., 2003; Geers et al., 2018; Manca et al., 2020).

Por último, outro modelo que explica a persuasão, é o *Model for the burden of persuasion* in dialogues em que, a responsabilidade da persuasão diz respeito à necessidade de apresentar um argumento dialecticamente convincente, tendo o objectivo de estabelecer uma acção. Quando convincente, o argumento deve prevalecer sobre todos os contra-argumentos. Se não for este o caso, então o argumento carregado de persuasão deve ser rejeitado. Não só esse argumento não justifica a sua conclusão, mas também não será capaz de desafiar com êxito qualquer outro argumento. Assim sendo, este modelo tem em conta que um argumento, em várias etapas, pode ser refutado não só por contradição da sua conclusão final, mas também por desafio aos seus passos anteriores. Assim, para um argumento enfrentar a responsabilidade de persuasão, não deve haver dúvidas - ou seja, conflito não resolvido - também em relação a tais passos (Calegari & Sartor, 2020). Apesar de este modelo ter origem em considerações legais, extrapolou para o contexto psicológico, nomeadamente em contexto psicoterapêutico, na medida que um psicoterapeuta terá de ter também o poder de argumentação, já anteriormente mencionado do pensamento de Frank e Frank (1991).

Referências

- Abroms, G. M. (1978). The place of values in psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4), 3-17.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 314-322. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9182-1>
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037//O022-OI67.48.3.251>
- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., & Nalven, T. (2015). 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.
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). Facilitative interpersonal skill task and rating method. *Unpublished manuscript*.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). 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., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Angie, A. D., Connelly, S., Waples, E. P., & Kligyte, V. (2011). The influence of discrete emotions on judgement and decision-making: A meta-analytic review. *Cognition & Emotion*, 25(8), 1393-1422. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.550751>
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>

- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), 1–6.
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stress em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(8), 45-49.
- Bachelor, A., Meunier, G., Laverdière, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 47(4), 454–468. <https://doi.org/10.1037/a0022079>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American psychologist*, 55(11), 1247–1263.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Bator, R. J., & Cialdini, R. B. (2000). The Application of Persuasion Theory to the Development Of Effective Proenvironmental Public Service Announcements. *Journal of Social Issues*, 56(3), 527–541.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Beecher, H. K. (1955). THE POWERFUL PLACEBO. *Journal of the American Medical Association*, 159(17), 1602-1606.
- Beitel, M., Gone, J. P., Myhra, L. L., Cutter, C. J., & Barry, D. T. (2020). A First Look at the Working Alliance in Psychotherapy with American Indians. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000338>
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>
- Benish S G, Imel Z E, Wampold B E. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(5), 746-758.
- Bokma, W. A., Wetzter, G. A., Gehrels, J. B., Penninx, B. W., Batelaan, N. M., & van Balkom, A. L. (2019). Aligning the many definitions of treatment resistance in anxiety disorders: A systematic review. *Depression and anxiety*, 36(9), 801-812. Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1002/da.22895>
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21–33.

- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological review*, *108*(1), 4. American Psychological Association Inc. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.4>
- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *16*(6), 510-522. <https://doi.org/10.1002/cpp.648>
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the working alliance inventory and working alliance inventory, short form. *Psychological assessment*, *15*(2), 193–197. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.193>
- Cacioppo, J. T., Pett, R. E., & Stoltenberg, C. D. (1985). Processes of social influence: The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. In *Advances in Cognitive–Behavioral Research and Therapy* (4), 215–274. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-010604-2.50012-4>
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. *Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*, 26-29.
- Calegari, R., & Sartor, G. (2020). Burden of Persuasion in Argumentation. *Electronic Proceedings in Theoretical Computer Science*, *325*, 151–163. <https://doi.org/10.4204/EPTCS.325.21>
- 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>
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*(2), 20–23.
- 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>
- Costa, C. O., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. de M., & da Silva, R. A. (2019). Prevalence of anxiety and associated factors in adults. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *68*(2), 92–100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>
- Crăciun, B. (2015). Persuasion in Psychotherapy. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, *6*(1).
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The Dependability of Alliance Assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(3), 267–278. <https://doi.org/10.1037/a0023668>

- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 207-231.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(2), 130-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Darchuk A, Wang V, Weibel D, et al. (2000) Manual for the Working Alliance Inventory— Observer Form, 4th revision. Unpublished manuscript
- Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, *72*(2), 144–168. <https://doi.org/10.1080/03637750500111815>
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J. M., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 42, pp. 1–15). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Programa nacional para a saúde mental: 2017. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Lisboa, Portugal.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical psychology review*, *42*, 1-15. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
- Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F. F. (2019). The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology*, *54*, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.01.006>
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy—the transformation of meanings: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *79*(6), 341-346.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frenkel, T. I., Fox, N. A., Pine, D. S., Walker, O. L., Degnan, K. A., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Early childhood behavioral inhibition, adult psychopathology and the buffering effects of adolescent social networks: A twenty-year prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(10), 1065-1073. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12390>
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*(1), 40-43.

- Geers, A. L., Briñol, P., Vogel, E. A., Aspiras, O., Caplandies, F. C., & Petty, R. E. (2018). The Application of Persuasion Theory to Placebo Effects. *International Review of Neurobiology*, 113–136. Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.01.004>
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. *American Psychological Association*.
- Gelso, C. J. (2011). The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change. American Psychological Association.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2014). *Psicologia*. 10ª Edição.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991.
- Goldfried, M. R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet?. *Applied and Preventive Psychology*, 13(1), 32-34. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.013>
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, V., & Pinsof, W. M. (2015). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25(3), 348-364. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.983208>
- Henningsen, M. L. M., Henningsen, D. D., Cruz, M. G., & Morrill, J. (2003). Social influence in groups: A comparative application of relational framing theory and the elaboration likelihood model of persuasion. *Communication Monographs*, 70(3), 175-197. Routledge. <https://doi.org/10.1080/0363775032000167398>
- Heppner, P. P., & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of counseling psychology*, 36(3), 365-387.
- 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. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2013). Mudança em psicoterapia: indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(4), 589–597.
- Kienle, G. S., & Kiene, H. (1997). The powerful placebo effect: fact or fiction?. *Journal of clinical epidemiology*, 50(12), 1311-1318.
- Kirsch, I. (2018). Response expectancy and the placebo effect. In *International review of neurobiology* (Vol. 138, pp. 81-93). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.01.003>

- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^a ed., pp. 169-218).
- Lambert, M. J. (2015) Effectiveness of Psychotherapeutic Treatment. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*.
- 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., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520 –537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- 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.
- Leibowitz, K. A., Hardebeck, E. J., Goyer, J. P., & Crum, A. J. (2019). The role of patient beliefs in open-label placebo effects. *Health Psychology, 38*(7), 613–622. <https://doi.org/10.1037/hea0000751.supp>
- Leichsenring, F., Klein, S., & Salzer, S. (2014). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis, 50*(1-2), 89-130. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880310>
- Lopes, K. C. D. S. P., & dos Santos, W. L. (2018). Transtorno de ansiedade. *Revista de Iniciação Científica e Extensão, 1*(1), 45-50.
- Manca, S., Altoè, G., Schultz, P. W., & Fornara, F. (2020). The Persuasive Route to Sustainable Mobility: Elaboration Likelihood Model and Emotions predict Implicit Attitudes. *Environment and Behavior, 52*(8), 830–860. <https://doi.org/10.1177/0013916518820898>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. 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.
- McMain, S., Newman, M. G., Segal, Z. V., & DeRubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research, 25*(3), 321-329. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.1002440>
- 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. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.21>

- Miller, M. D., & Levine, T. R. (2019). Persuasion an integrated approach to communication theory and research. *Routledge*, 261–275.
- 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>
- Milot-Lapointe, F., Le Corff, Y., & Savard, R. (2020). Factor Structure of the Short Version of the Working Alliance Inventory and Its Longitudinal Measurement Invariance Across Individual Career Counseling Sessions. *Journal of Career Assessment*, *28*(4), 693–705. <https://doi.org/10.1177/1069072720925048>
- Miloyan, B., Bulley, A., & Suddendorf, T. (2016). Episodic foresight and anxiety: Proximate and ultimate perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, *55*(1), 4–22. <https://doi.org/10.1111/bjc.12080>
- Nobile, G. F. G., Garcia, V. A., & Silva, A. T. B. (2017). Análise sequencial dos comportamentos do terapeuta em psicoterapia com universitários com transtorno de ansiedade social. *Perspectivas em análise do comportamento*, *8*(1), 16–31. <https://doi.org/10.18761/pac.2016.030>
- 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.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*(6), 361–373.
- Oliveira, N. H., & da Cruz Benetti, S. P. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *67*(3), 125–138.
- Petty, R. E., & Briñol, P. (2015). Emotion and persuasion: Cognitive and meta-cognitive processes impact attitudes. *Cognition and Emotion*, *29*(1), 1–26. Routledge. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.967183>
- Pio Abreu, J. L (2014). Elementos de Psicopatologia Explicativa. 2ª Edição
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 4). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da Relação Terapêutica na Terapia Assíncrona via internet. *Psicologia Em Estudo*, *11*(2), 247–257.
- Quek, T. T. C., Tam, W. W. S., Tran, B. X., Zhang, M., Zhang, Z., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2019). The global prevalence of anxiety among medical students: A meta-analysis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 16, Issue 15). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>

- Quinn, W., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). *Dimensions of Therapeutic Alliance and Their Associations with Outcome in Family Therapy*. *Psychotherapy Research*, 7(4), 429–438. <https://doi.org/10.1080/10503309712331332123>
- Rains, S. A. (2013). The nature of psychological reactance revisited: A meta-analytic review. *Human Communication Research*, 39, 47–73. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2012.01443.x>
- Rodebaugh, T. L., Weisman, J. S., & Tonge, N. A. (2018). APA Handbook of Psychopathology: Psychopathology: Understanding, Assessing, and Treating Adult Mental Disorders. *American Psychological Association* (Vol.1, pp. 429-454). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000064-018>
- 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., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, Negotiation, and Rupture Resolution. In *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 201–225). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_9
- Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23.
- Shen, L., & Coles, V. B. (2015). Fear and psychological reactance: Between-versus within-individuals perspectives. *Zeitschrift Fur Psychologie / Journal of Psychology*, 223(4), 225–235. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000224>
- Siev, J., & Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 513–522. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.513>
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A Intervenção com Clientes Involuntários: Complexidade e Dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 187–196.
- Spelt, H. A. A., Zhang, C., Westerink, J. H., Ham, J., & Ijsselstein, W. (2020). Persuasion-Induced Physiology Partly Predicts Persuasion Effectiveness. *IEEE Transactions on Affective Computing*. <https://doi.org/10.1109/TAFFC.2020.3022109>
- Steindl, C., Jonas, E., Sittenthaler, S., Traut-Mattausch, E., & Grenberg, J. (2015). Understanding Psychological Reactance. *European Journal of Psychological Assessment*, 223(4), 205–214. <https://doi.org/10.1027/a000001>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 1(3), 207.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2008). The Magnitude of Client and Therapist Working Alliance Ratings. *Psychotherapy*, 45(4), 546–551. <https://doi.org/10.1037/a0014338>

- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 115–128. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- 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. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 914–923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., ... & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of metaanalyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*.
- Wright, R. A. (2008). Refining the prediction of effort: Brehm's distinction between potential motivation and motivation intensity. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 682–701. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00093.x>
- 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. <https://doi.org/10.1037/pst0000144.supp>
- Zanna, M. P., & Cooper, J. (1974). Dissonance and the Pill: an attribution approach to studying the arousal properties of dissonance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29(5), 703–709.

Appendix B: 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 explores C's preexisting expectations and beliefs regarding the therapeutic process and therapeutic change.

Providing a cogent rationale that strengthens C's expectations and sense of mastery firstly requires assessing C's preexisting beliefs about therapy to avoid offering an explanation that outpaces or is too discordant with C's expectations (Frank, 1986). C may have preexisting beliefs about how they will react to and benefit from therapy and how C believes therapy will proceed (Constantino et al., 2018). This item evaluates the extent to which T assesses C's preexisting expectations and beliefs concerning the therapeutic process and therapeutic change.

Rating guidelines: High ratings require a direct and explicit assessment at least once of C's expectations about the therapeutic process and therapeutic change. Low ratings reflect a lack of exploration of C's expectations, resulting in an unclear understanding of C's beliefs concerning the therapeutic process and therapeutic change. This item only evaluates how T explores C's expectations. The rater should pay attention to if T is assessing C's expectations and how this is achieved (e.g., more explicitly or indirectly; more meticulously or superficially). The rater should disregard any personal thoughts about C's expectations or any potential optimistic and hope-inspiring statements made by T.

5. T is highly interested and inquisitive of C's preexisting expectations and beliefs

about the therapeutic process and therapeutic change. T explores C's expectations in an open, consistent and thorough manner. T directly asks or applies a brief measurement concerning C's expectations.

4. T is considerably exploratory of C's preexisting expectations and beliefs about the therapeutic process and therapeutic change. T appears to be interested in C's expectations and beliefs about therapy but explores them implicitly and indirectly (e.g., "Do you know how therapy transpires?" or "Have you wondered about how therapy is beneficial for people?"). T might question C about his/her general expectations about therapy without exploring the topic in a thorough or detailed manner.

3. T notices C's preexisting expectations about the therapeutic process and therapeutic change but does not explore them further.

2. T might explore C's preexisting expectations and beliefs about the therapeutic process and therapeutic change with some difficulty. T tries to question C about his/her preexisting expectations and beliefs but struggles to phrase it (e.g., T rambles confusingly without making an explicit question, T pauses or hesitates). T does not actively explore C's expectations but might inquire about it briefly if C brings it up during the session.

1. T does not explore C's preexisting expectations or beliefs concerning the therapeutic process and therapeutic change. T does not show any particular interest in C's expectations or beliefs about therapy at any point during the session. If C mentions their preexisting expectations or beliefs regarding therapy, T avoids the subject or significantly struggles to explore it further.

3. 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

4. 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).

5. 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 not be 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.

6. T offers cogent explanations as to how therapy and therapeutic tasks might help resolve C's problems.

A persuasive T can enhance C's involvement in therapy and install a sense of hope and optimism about the therapeutic process by suggesting a set of therapeutic tasks and explaining how therapy can help C overcome his/her problems convincingly and compellingly (Strong, 1968; Frank, 1987). This item evaluates the extent to which T offers a compelling explanation of how therapy and specific therapeutic tasks can explicitly help overcome C's problems.

Rating guidelines: High ratings require a logical and convincing explanation that reinforces a sense of hope of how therapy can help C overcome his/her problems. Low ratings reflect a lack of logical and credible explanation of therapy's effectiveness and reinforce C's pessimism. The rater should disregard any personal beliefs about the usefulness of therapy and the therapeutic tasks and focus on T's explanations' credibility.

5. T offers a highly cogent explanation of how psychotherapy and therapeutic tasks help resolve C's problems in a hopeful and optimistic manner. T openly and explicitly provides explanations about therapy directly focused on addressing C's problems and delineates specific therapeutic tasks that help resolve C's complaints. T's logical, clear and succinct explanations provide structure to the therapy and consider C's readiness for change and reactance level. T's explanations about the therapeutic process have sufficient detail without being exhaustive, making them more convincing and credible. T provides a realistic view of the "ups and downs" of therapy and builds C's self-agency and mastery by highlighting C's strengths and competencies. T might also provide clinical examples where therapy was successful and assure that the therapeutic tasks are modern and based on empirical evidence.

4. T offers a cogent explanation of how therapy and therapeutic tasks help overcome C's complaints. T's explanation gives a generic overview of how therapy and the therapeutic tasks are useful without diving into much detail or specifically addressing C's problems. T's explanations remain indirect or implicit and consider C's folk psychology, readiness for change, and reactance level.

3. T's explanation of how therapy helps resolving C's problems has an average level of cogency

2. T tries to explain how therapy and therapeutic tasks help resolve C's problems but only gives a vague and imprecise explanation that is not explicitly related to C's problems. T tries to explain how therapy and therapeutic tasks are useful but cannot openly explain their benefits and how they can help resolve C's specific complaints. T does not consider C's preexisting beliefs about therapy or folk psychology and offers a generalistic explanation that is not sufficiently detailed or clearly explains how therapy is beneficial.

1. T does not explain how therapy can be useful, or T's explanations of how therapy and therapeutic tasks might help resolve C's problems are unorganized, imprecise or insufficiently detailed. T appears uncertain and does not explain how therapy and the therapeutic tasks are useful in resolving C's problem (e.g., T doesn't explicitly address C's problems, T does not assure that therapy is useful for resolving C's problems). T

might provide a hopeless and sometimes pessimistic view of the therapeutic process and might state that change is improbable or difficult to achieve. T's explanations are difficult to understand and have logical flaws or are incongruent with C's problems.

Nonverbal charismatic behaviors

7. 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 challenging to follow and is not responsive to C's display of emotion.

8. 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.

9. 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.

10. 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

11. 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.

12. 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.

13. C expresses a willingness to try new behaviors or try something new.

A persuasive T can influence C to incorporate changes into his/her "assumptive systems" and motivate him/her to perform rationale-consistent behaviors (Spelt et al., 2020). These changes or behaviors do not have to be specific therapeutic tasks; they can be things like thinking about the world in a more adapted way, expanding their social networks, or reinterpreting past events (Wampold, 2012). This item evaluates the extent to which C is open to try new behaviors or attempt something new.

Rating guidelines: High ratings require a clearly expressed willingness by C that he/she will make the necessary efforts to adopt the behaviors suggested by T. Low ratings reflect an objection to incorporate new behaviors into his/her routine. The rater should pay attention to explicit or implicit cues of confirmation or refusal from C.

5. C openly expresses firm conviction and willingness to incorporate new behaviors into his/her routine or try something new. C explicitly and directly states that he/she will make an effort to adopt the behaviors suggested by T and appears enthusiastic and confident. C actively and eagerly gives examples of how he/she can try new behaviors or try something new in his/her daily life.

4. C is considerably prepared to try new behaviors. C appears pleased with the prospect of trying something new but dwells on the possibility of integrating new behaviors in his/her routine. C ultimately agrees to incorporate new behaviors in his/her routine or to try something new. The distinction between "5" and "4" is a matter of intensity.

3. C's willingness to try new behaviors or to try something new is not discernable.

2. C is initially willing to try new behaviors or try something new but appears uncertain or uncomfortable with the prospect (e.g., C makes pauses while talking about the chance of adopting something new, C looks away from T, C moves in his/her seat). C dwells on the possibility of trying but seems resistant and ultimately refuses to adopt new behaviors or is not clear if he/she is willing to try them.

1. C is reluctant or unwilling to try new behaviors or something new. C clearly states that he/she will not incorporate new behaviors into his/her routine and openly disagrees with the proposed behaviors. C verbally refuses and opposes trying something new, and there might be tension between C and T that makes C refuse to try new behaviors.

References

- 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., Višlā, 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.

Appendix C: Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta – Tradução Portuguesa

Aplicação da escala

A "Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta" é uma escala de observador que avalia o nível de persuasão de psicoterapeutas no contexto de sessões de psicoterapia.

A recolha de dados requer um conjunto de gravações de sessões de psicoterapia individual (aproximadamente 45-50 minutos de duração). Tendo em conta que a persuasão do terapeuta engloba a comunicação verbal e não-verbal, as gravações das sessões devem conter componentes de imagem e áudio. Esta escala pode ser utilizada para avaliar qualquer vídeo ou conjunto de vídeos de sessões de psicoterapia.

A "Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta" deve ser implementada para cada terço da duração total da sessão. A sessão (aproximadamente 45-50 minutos de duração) é dividida em três partes (início, meio e fim), com cerca de 15-20 minutos cada, e cada segmento da sessão é cotado utilizando a presente escala. Desta forma, a escala deverá ser cotada três vezes para cada gravação.

Orientações para cotação

Cada item é cotado utilizando a seguinte escala de cinco pontos de Likert: "1= Fortemente incharacterístico"; "2= Consideravelmente incharacterístico"; "3=Neutro"; "4= Consideravelmente característico"; "5= Fortemente característico". Todos os itens começam pela classificação "3= Neutro", que é considerada como a classificação de base e corresponde a um nível médio de persuasão. Cada cotação deve começar pela classificação "3" e depois aumentar ou diminuir consoante o nível de persuasão do terapeuta.

De forma a facilitar o processo de cotação e diminuir a influência da percepção subjectiva do codificador, cada classificação contém uma descrição longa e detalhada. Essas descrições constituem uma lista minuciosa e aprofundada dos vários critérios possíveis para merecer cada classificação, não sendo necessário o terapeuta apresentar todos os comportamentos descritos para lhe ser atribuída uma classificação. As classificações extremadas da escala (i.e., "1= Fortemente incharacterístico" e "5= Fortemente característico") são opostos e são descritas recorrendo a adjectivos polares.

A utilização de adjetivos que diferem em nível de severidade e o recurso a expressões comportamentais permitem ao codificador distinguir as classificações e avaliar a persuasão do terapeuta de forma mais precisa. Os itens são acompanhados por explicações sucintas que providenciam um contexto para aquilo que está a ser avaliado.

Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta

Estabelecimento das pré-condições para a co-criação do racional teórico

1. O Terapeuta (T) explora os “sistemas de crenças” e a “psicologia de senso comum” do Cliente (C)

De forma a providenciar um racional teórico persuasivo, que estimule o envolvimento de C na psicoterapia e a aceitação por parte deste das tarefas terapêuticas, o T precisa de ser conhecedor das crenças preexistentes de C e elaborar um racional teórico que não entre em conflito com os “sistemas de crenças” ou “psicologia de senso comum” de C (Wampold, 2012). Este item avalia a medida em que T investiga os “sistemas de crenças” e “psicologia de senso comum” de C e obtém uma compreensão clara das crenças preexistentes de C.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T inquirir C activamente acerca das interpretações que este formula relativamente aos seus problemas/ experiência interna. Classificações baixas reflectem uma falta de exploração por parte de T dos sistemas de crenças/ psicologia do senso comum de C, o que resulta numa compreensão pouco clara das crenças preexistentes de C.

5. T é extremamente exploratório da psicologia do senso comum de C. T questiona de forma aberta e explícita sobre as crenças preexistentes de C relativamente aos problemas e estado interno deste. T demonstra um interesse genuíno e vontade em compreender como a cultura e religião de C moldam os significados que este atribui aos seus problemas. T pergunta consistentemente ao longo da sessão como C explica a sua experiência interna.

4. T explora consideravelmente a psicologia do senso comum de C. T inquire acerca das crenças preexistentes de C relativamente aos seus problemas de forma mais

implícita ou indirecta (e.g., "Pensa que isso poderá ter contribuído para os seus problemas?"). T aparenta estar curioso para saber mais sobre os sistemas de crenças de C, mas não aprofunda minuciosamente as crenças preexistentes de C, permanecendo a um nível mais superficial.

3. T reconhece as crenças preexistentes de C acerca dos seus problemas, sem as desvalorizar ou explorar além disso.

2. T demonstra algum interesse em inquirir acerca das crenças preexistentes de C relativamente aos seus problemas, mas não as explora activamente. T parece estar incerto sobre como explorar a psicologia do senso comum de C (e.g., T reformula as suas perguntas múltiplas vezes, pausa enquanto pensa sobre como abordar o assunto, divaga nervosamente). Se C menciona as suas crenças preexistentes, T poderá fazer algumas perguntas para dar seguimento com alguma dificuldade e hesitação.

1. T não reconhece ou inquire acerca das crenças preexistentes de C relativamente aos seus problemas. T demonstra uma falta de vontade e curiosidade para conhecer a psicologia do senso comum de C. Se C aborda o significado que atribui às suas queixas, T não explora o tópico e poderá parecer frustrado com as explicações de C.

2. T explora as expectativas e crenças preexistentes de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica.

A elaboração de um racional teórico convincente que fortaleça as expectativas e o sentido de mestria de C requer primeiramente avaliar as crenças preexistentes de C acerca da psicoterapia, para evitar a apresentação de uma explicação que ultrapassa ou que é demasiado discordante das expectativas de C (Frank, 1986). C pode ter crenças preexistentes sobre como vai reagir à psicoterapia e beneficiar da mesma e sobre como a terapia funciona (Constantino et al., 2018). Este item avalia a medida em que T explora as expectativas e crenças preexistentes de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T faça uma avaliação directa e explícita das expectativas de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica pelo menos uma vez durante a sessão. Classificações baixas reflectem uma falta de exploração das expectativas de C, o que resulta numa compreensão

pouco clara das crenças de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica. Este item avalia apenas como T explora as expectativas de C. O codificador deve prestar atenção a como T avalia as expectativas de C (e.g., explicitamente ou indirectamente, mais meticulosamente ou superficialmente). O codificador não deve ter em consideração quaisquer opiniões pessoais acerca das expectativas de C ou quaisquer mensagens optimistas e potenciadoras de esperança realizadas por T.

5. T está extremamente interessado e questiona as expectativas e crenças preexistentes de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica. T explora as expectativas de C de forma aberta, consistente e minuciosa. T questiona de forma directa sobre as expectativas de C ou aplica uma breve escala de mensuração das expectativas de C.

4. T é consideravelmente exploratório das expectativas e crenças preexistentes de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica. T aparenta estar interessado nas expectativas e crenças de C acerca da terapia, mas explora-as implicitamente e indirectamente (e.g., "Sabe como a terapia procede?" ou "Já pensou sobre como a terapia é benéfica para as pessoas?"). T poderá questionar C acerca das expectativas gerais deste acerca da terapia sem explorar o tópico de forma minuciosa e detalhada.

3. T reconhece as expectativas preexistentes de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica, mas não as explora além disso.

2. T explora as expectativas e crenças preexistentes de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica com alguma dificuldade. T tenta questionar C acerca das suas crenças e expectativas preexistentes, mas tem dificuldades em como frasar essas perguntas (e.g., T divaga de forma confusa sem fazer uma questão de forma explicita, T pausa ou hesita). T não explora activamente as expectativas de C, mas poderá inquirir brevemente sobre as mesmas se C mencionar o assunto durante a sessão.

1. T não explora as expectativas ou crenças preexistentes de C acerca do processo terapêutico e da mudança terapêutica. T não demonstra interesse nas expectativas ou

crenças preexistentes de C durante a sessão. Se C menciona as suas expectativas ou crenças preexistentes relativamente à psicoterapia, T evita o assunto ou tem dificuldades significativas em explorá-lo além disso.

3. T estimula as emoções de C.

Despertar o C emocionalmente é proposta como uma forma de aumentar a credibilidade de T enquanto um providenciador de ajuda e de fortalecer a aceitação de C do racional terapêutico (Frank, 1987). Este item avalia em que medida T consegue despertar as emoções de C.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T estimule activamente as emoções de C. Classificações baixas reflectem uma incapacidade em despertar as emoções de C ou uma incapacidade em explorá-las aprofundadamente. Intervenções de T que podem estimular emoções incluem: reviver memórias carregadas de emoções, apresentar metáforas marcantes e imagens sensoriais, explorar as emoções de C e sensações corporais, questionar e explorar como C se está a sentir. Se C expressa emoções que não são propiciadas pelas intervenções de T e T não as explora além disso, a cotação máxima possível é um “3”.

5. T estimula activamente várias reacções emocionais em C ao longo da sessão. T utiliza adequadamente técnicas ou intervenções (e.g., metáforas vividas, imagens sensoriais, reviver memórias ou eventos, e focar em sensações corporais) que estimulam emoções ou afectos fortes em C. A presença emocional de T e as técnicas utilizadas por T estimulam emoções que C poderá evitar ou com as quais este não está familiarizado. T também é capaz de ajudar C a manter contacto com as emoções despertadas.

4. T estimula consideravelmente as emoções de C durante a sessão. T desperta emoções discretas ou outras emoções com as quais C está familiarizado (i.e., emoções que C expressa já ter sentido previamente e com as quais não demonstra nenhuma resistência ou evitamento) sem elaborar ou aprofundar completamente a reacção emocional de C. T poderá ter alguma dificuldade em despertar emoções mais profundas (e.g., T evita tópicos carregados de emoções, T não consegue ultrapassar a resistência de C, T não pede a C para elaborar as suas emoções).

3. A estimulação emocional não é perceptível OU é típica de uma conversa normal.

2. T estimula algumas emoções discretas em C com muita dificuldade. T demonstra-se ansioso a lidar com as reacções emocionais de C (e.g., T desvia o olhar de C, T divaga, T hesita ou vacila nas suas palavras) e não aparenta saber como explorar ou despertar as emoções de C.

1. T não é capaz de estimular reacções emocionais perceptíveis ou significativas durante a sessão. As tentativas de T em estimular as emoções de C são escassas ou inexistentes e não são bem-sucedidas. T poderá mostrar alguma frustração e irritação ou evitamento e ansiedade perante a expressão de emoções por parte de C.

Co-criação do racional terapêutico

4. T valida e/ou reformula os problemas de C como compreensíveis.

A eficácia da terapia depende fortemente da capacidade persuasiva de T quando este reformula os problemas de C e providencia uma explicação mais clara e lógica dos sintomas e queixas de C (Frank, 1986). Este item avalia em que medida T demonstra uma compreensão clara e profunda dos problemas de C e valida a experiência interna de C.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T reformule os problemas de C de forma mais clara e adaptativa E mostre uma aceitação dos problemas de C. Classificações baixas reflectem uma falta de compreensão e aceitação dos problemas de C. T não precisa de providenciar um “sistema de crenças” completo, mas precisa de reformular ou explicar os problemas de C de forma clara, sucinta e fácil de acompanhar. O codificador não deve ter em consideração as suas crenças pessoais acerca do racional de T e deve focar-se na credibilidade da explicação de T.

5. T reconhece abertamente e explicitamente que os problemas de C são compreensíveis e afirma que os compreende. T explica os problemas ou a experiência interna de C sem julgamentos e de forma compassiva e aceitante. T demonstra uma

compreensão excepcional da experiência de C e reformula-a de forma mais clara, sucinta e adaptativa. T acrescenta de forma bem-sucedida alguns elementos que não foram explicitamente ditos por C, mas que se podem inferir facilmente a partir da comunicação não-verbal de C.

4. T afirma que os problemas de C são compreensíveis e fazem sentido. T demonstra aceitação e compreensão pelos problemas ou experiência interna de C sem julgamentos. T reformula os elementos mais salientes e essenciais da experiência ou problemas de C.

3. T mostra uma cortesia e aceitação normal relativamente aos problemas de C e reformula-os de forma apropriada.

2. T poderá afirmar que os problemas e queixas de C fazem sentido, mas não mostra quaisquer sinais significativos de aceitação, cortesia ou compreensão. T reformula a experiência de C sem uma compreensão significativa dos problemas ou emoções de C (e.g., T não transmite o estado emocional ou experiência interna de C, T realça os aspectos menores da experiência de C, T faz algumas distorções menores e interpretações erradas).

1. T não reformula os problemas de C como compreensíveis ou T poderá interpretar ou identificar erradamente os problemas e queixas de C e distorce a experiência de C. T poderá reformular os problemas de forma pouco organizada e clara e interpreta erradamente vários aspectos dos problemas e queixas de C. T mostra uma falta de aceitação e compreensão evidentes pelos problemas e queixas de C (e.g., T faz comentários sarcásticos acerca da experiência de C, T parece desinteressado ou frustrado pelos problemas de C, T sugere que C é culpado pelos seus problemas/experiência interna, T faz comentários críticos ou depreciativos, T culpa C ou tenta fazer C sentir-se culpado pelos seus problemas/experiência interna).

5. T oferece explicações convincentes para os factores que criaram ou perpetuam os problemas de C.

Um T persuasivo deve instalar um sentido de clareza e esperança em C através de uma explicação clara e do estabelecimento de conexões sobre os factores que criam e mantêm os problemas de C (Frank & Frank, 1993). Este item avalia a medida em que

T consegue explicar os factores que perpetuam os problemas de C de forma clara, lógica e convincente.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T forneça uma explicação clara e convincente dos factores que perpetuam os problemas específicos de C. Classificações baixas reflectem uma explicação confusa e pouco convincente dos factores que perpetuam os problemas de C. T não precisa de providenciar um sistema de crenças inteiro, mas precisa de explicar quais são os factores principais que criaram os problemas específicos de C de forma clara, convincente e nova para C. O codificador não deve considerar as suas crenças pessoais acerca da explicação de T, devendo-se focar na credibilidade das explicações de T.

5. T oferece uma explicação extremamente convincente para os factores que criaram ou perpetuam os problemas de C, que revela um conhecimento aprofundado acerca dos problemas de C. T providencia uma explicação clara, convincente e sucinta, e aborda explicitamente os factores que criaram as queixas de C. T apresenta uma explicação completa e diversa das emoções, cognições e comportamentos que podem perpetuar os problemas de C. T tem em consideração as crenças preexistentes de C acerca dos seus problemas e devolve uma explicação mais adaptativa. T dá exemplos específicos e explícitos sobre os factores que perpetuam os problemas de C e utiliza uma quantidade apropriada de termos técnicos para descrever esses factores.

4. T oferece uma explicação convincente para os factores que criaram os problemas de C. T providencia uma explicação lógica e convincente que se enquadra com as crenças preexistentes de C. A explicação de T para os factores que perpetuam os problemas de C poderá permanecer a um nível mais superficial e implícita sem referir factores específicos focados nos problemas de C.

3. A explicação de T para os problemas de C tem um nível médio de persuasão.

2. A explicação de T para os factores que criam os problemas de C é vaga e não está directamente focada nas queixas de C. T tem alguma dificuldade em explicar os factores que perpetuam os problemas de C e oferece uma explicação que poderá ser pouco clara e difícil de acompanhar em alguns momentos. A explicação de T permanece fragmentada, pouco clara e não aborda explicitamente os problemas de C

ou tem em consideração as crenças preexistentes ou a psicologia do senso comum de C.

1. T não explica os factores que criam os problemas de C ou a explicação de T para os factores que criaram os problemas de C poderá ser difícil de compreender e reflecte uma falta de conhecimento acerca dos problemas de C. As explicações de T poderão não ser convincentes ou persuasivas e têm falhas lógicas evidentes. T não tem em consideração as explicações de C sobre os seus problemas e oferece uma explicação que difere significativamente das crenças preexistentes de C. T poderá não saber o que dizer ou providencia a explicação de uma forma incoerente e desorganizada, que é difícil de acompanhar.

6. T oferece uma explicação convincente sobre como a psicoterapia e as tarefas terapêuticas podem ajudar a resolver os problemas de C.

Um T persuasivo é capaz de aumentar o envolvimento de C na terapia e instalar um sentido de esperança e optimismo acerca do processo terapêutico ao sugerir um conjunto de tarefas terapêuticas e explicar de forma persuasiva e convincente como a terapia pode ajudar a ultrapassar os problemas de C (Strong, 1968; Frank, 1987). Este item avalia a medida em que T providencia uma explicação convincente sobre como a terapia e tarefas terapêuticas específicas ajudam a ultrapassar os problemas de C.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T ofereça uma explicação lógica e convincente que reforça um sentido de esperança sobre como a terapia pode ajudar C a ultrapassar os seus problemas. Classificações baixas reflectem uma explicação sobre a eficácia da psicoterapia pouco lógica e credível, que reforça o pessimismo de C. O codificador não tem em consideração as suas crenças pessoais acerca da utilidade da psicoterapia e das tarefas terapêuticas e deve focar-se na credibilidade da explicação de T.

5. T oferece uma explicação extremamente convincente sobre como a psicoterapia e as tarefas terapêuticas ajudam a resolver os problemas de C de forma esperançosa e optimista. T providencia explicações sobre a terapia que estão focadas nos problemas de C e de forma aberta e explícita, e delinea tarefas terapêuticas específicas que ajudam a resolver as queixas de C. A explicação clara, lógica e sucinta de T

providencia estrutura à terapia e tem em consideração o estágio de mudança em que C se encontra e o seu nível de reactância. As explicações de T sobre o processo terapêutico são suficientemente detalhadas sem serem exaustivas, o que as torna mais convincentes e credíveis. T fornece uma visão realista dos "altos e baixos" da terapia e fortalece o sentido de mestria de C ao sublinhar os seus pontos fortes e competências. T poderá dar alguns exemplos clínicos nos quais a terapia foi bem sucedida e reassegura C de que as tarefas terapêuticas são modernas e sustentadas por evidência empírica.

4. T fornece uma explicação convincente sobre como a terapia e as tarefas terapêuticas ajudam a ultrapassar as queixas de C. A explicação de T dá uma visão genérica e global sobre como a terapia e as tarefas terapêuticas são úteis sem aprofundar muitos detalhes ou abordar especificamente os problemas de C. A explicação de T permanece indirecta ou implícita e tem em consideração a psicologia do senso comum de C, o seu estágio de mudança e nível de reactância.

3. A explicação de T sobre como a terapia ajuda a resolver os problemas de C tem um nível médio de persuasão.

2. T tenta explicar como a terapia e as tarefas terapêuticas ajudam a resolver os problemas de C, mas apenas fornece uma explicação vaga e imprecisa que não está explicitamente relacionada com os problemas de C. T tenta explicar como a terapia e as tarefas terapêuticas são úteis, mas não consegue explicar de forma concreta os seus benefícios ou como estas podem ajudar a resolver as queixas específicas de C. T não tem em consideração as crenças preexistentes de C acerca da terapia ou a sua psicologia do senso comum e fornece uma explicação geral que não é suficientemente detalhada ou que explica de forma clara como a terapia é benéfica.

1. T não explica como a terapia pode ser útil ou as explicações de T sobre como a terapia e as tarefas terapêuticas podem ajudar a resolver os problemas de C são desorganizadas, imprecisas e insuficientemente detalhadas. T parece incerto e não explica como a terapia e as tarefas terapêuticas são úteis na resolução dos problemas de C (e.g., T aborda de forma explícita os problemas de C, T não reassegura C de que a terapia é útil para resolver os seus problemas). T poderá fornecer uma visão do processo terapêutico sem esperança e por vezes pessimista do processo terapêutico e

poderá afirmar que a mudança terapêutica é improvável ou difícil de atingir. A explicações de T são difíceis de compreender e têm falhas lógicas ou não são congruentes com os problemas de C.

Comportamentos não-verbais carismáticos

7. T é expressivo emocionalmente através de um tom de voz consistentemente afectivo e responsivo.

Um T persuasivo consegue modular e expressar emoções através de um tom de voz carregado de afectos, que se traduz numa presença emocional carismática e genuína (Wampold, 2017). Este item avalia a medida em que T transmite uma presença emocional e um tom de voz afectivo.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas requerem que T tenha um tom de voz apelativo e afectivo que é responsivo às emoções de C. No entanto, afectos como hostilidade ou repugnância teriam uma classificação máxima de "2". Classificações baixas reflectem um tom de voz com poucos afectos, que pode ser difícil de seguir. O codificador deve avaliar como T comunica e não o conteúdo que T comunica.

5. T comunica de uma forma extremamente expressiva e cativante. A voz de T é melódica, tem ritmo e é carregada de afectos, o que a torna cativante. O tom de voz de T, que é calmo, caloroso e convidativo, transmite uma presença emocional e tem entoações emocionais focadas aquando a apresentação o racional. O tom de voz de T é responsivo às emoções de C.

4. T comunica de forma expressiva e envolvente. O tom de voz de T tem uma entoação e ritmo consideráveis e, de forma geral, é responsivo às emoções de C. A expressão verbal de T é melódica, convidativa, e retrata uma presença emocional. Contudo, pode não ser tão consistente ou intensamente carregada de entoações afectivas/emocionais como a expressão verbal classificada com "5".

3. A expressão verbal de T tem uma presença emocional e entoações emocionais típicas de uma conversa regular.

2. O tom de voz de T poderá ter algumas entoações emocionais e ritmo, mas T fala

principalmente num tom de voz inexpressivo e discordante. T poderá falar de forma envolvente esporadicamente, mas de forma geral não expressa uma presença emocional e dinâmica. T tem dificuldades em expressar afectos durante momentos difíceis ou carregados de emoções.

1. T é inexpressivo e fala de forma monocórdica e entorpecida. A expressão verbal de T carece de uma presença dinâmica e tem pouco ou nenhum afecto. T fala num tom monocórdico que é difícil de seguir e não é responsivo à demonstração de emoções por parte de C.

8. T tem fluência verbal (i.e., comunica com confiança, facilidade e clareza).

A psicoterapia assenta fortemente na comunicação verbal. Um T persuasivo comunica e apresenta o racional terapêutico de forma calma e confiante, que é convincente e fácil de acompanhar (Wampold, 2017). Este item avalia a medida em que T fala com facilidade e convicção.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T tenha uma comunicação confiante e fácil de seguir, sem sinais de ansiedade. Classificações baixas reflectem uma falta de convicção e clareza enquanto T fala. Os sinais de ansiedade e incerteza incluem: hesitar ou pausar durante a fala, reformular o que estava a dizer, não terminar frases, ter um tom de voz tremido, ou divagar. Este item apenas avalia como T fala e não o que T está a comunicar, o que significa que o codificador deve prestar atenção à clareza e convicção com que T fala e não ao conteúdo comunicado.

5. T comunica com grande facilidade e fluência. T fala de forma confiante e tem um tom de voz ritmado, que é cativante e fácil de seguir. T apresenta o racional de forma sucinta e clara.

4. T comunica com uma fluência considerável e não mostra sinais de ansiedade. T apresenta o racional sem hesitações ou pausas nervosas e comunica de forma clara e sucinta. T fala de uma forma fácil de seguir e comunica o racional sem dificuldade, mas poderá ter dificuldades em expressar-se de forma confiante ou convicta. A distinção entre "5" e "4" resume-se uma questão de intensidade.

3. T tem uma fluência verbal regular e fala num tom de conversação.

2. T mostra alguns sinais de ansiedade e falta de confiança no seu discurso, tornando-o por vezes difícil de acompanhar. T tropeça nas suas palavras, pausa ou divaga em alguns momentos, mas consegue transmitir as suas ideias ou racional. C poderá pedir esclarecimentos e/ou que T repita as suas ideias.

1. T carece de fluência verbal. T mostra sinais claros de evitação e ansiedade no seu discurso (e.g., T hesita e pausa frequentemente durante o seu discurso, tem um tom de voz tremido ou tímido, não termina as frases e perde a sua "linha de pensamento"), o que o torna difícil de acompanhar. T carece de confiança, convicção e certeza naquilo que está a comunicar.

9. T mantém contacto visual com C.

Manter o contacto visual com C durante toda a sessão, e especialmente durante momentos difíceis ou durante a apresentação do racional, tem sido sugerido como um comportamento carismático não-verbal que aumenta a credibilidade e persuasão de T (Heide, 2013). Este item avalia a medida em que T consegue manter um contacto visual apropriado com C.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T mantenha um contacto visual consistente e contínuo durante toda a sessão, sem sinais de ansiedade ou desconforto. Classificações baixas reflectem incapacidade em manter contacto visual ou sinais visíveis de desconforto e ansiedade enquanto se mantém o contacto visual com C.

5. T mantém contacto visual directo com C durante toda a sessão. T mantém contacto visual directo com C durante os momentos emocionalmente carregados, sem sinais visíveis de ansiedade ou desconforto. T mantém contacto visual enquanto providencia o racional terapêutico.

4. T mantém o contacto visual durante a maior parte da sessão com uma facilidade significativa. T é capaz de manter contacto visual com C quando este está a falar, mas poderá mostrar algum desconforto ou dificuldade em manter o contacto visual durante momentos emocionalmente carregados. T poderá desviar o olhar enquanto apresenta

o racional teórico.

3. T mantém uma quantidade média de contacto visual directo, típica de uma conversa normal.

2. T tem dificuldade em manter o contacto visual durante a sessão. T hesita ou não consegue manter o contacto visual directo durante os momentos mais cruciais da sessão. T parece ansioso ou desconfortável e desvia frequentemente o olhar enquanto apresenta o racional e quando C está a falar.

1. T é incapaz de manter contacto visual directo com C durante a sessão. T parece estar desligado da sessão e desvia deliberadamente o olhar de C durante a maior parte da sessão.

10. T é expressivo de forma não-verbal (i.e., T usa inclinação do tronco para a frente, expressões faciais, movimentos corporais e gestos).

Os T que são mais expressivos e utilizam frequentemente comportamentos não-verbais, tais como a inclinação do tronco para a frente, expressões faciais, acenos de cabeça, e gestos corporais ou das mãos, são mais susceptíveis de influenciar o C e de serem percebidos como credíveis (Heide, 2013). Este item avalia a medida em que o T é expressivo de forma não verbal ao longo da sessão.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T utilize comportamentos não-verbais de forma consistente ao longo da sessão que são responsivos às emoções de C e entoam aquilo que T está a comunicar. Classificações baixas reflectem uma falta de expressividade que se traduz num distanciamento ou desinteresse pela sessão.

5. T é extremamente expressivo. As expressões faciais, movimentos corporais e gestos de T transmitem uma presença emocional que é genuína e convidativa. T tem expressões faciais, movimentos corporais e gestos ao longo da sessão que são adequados e têm em conta o tema em discussão. T usa as suas expressões faciais e movimentos/gestos corporais para transmitir entoações emocionais e usa a inclinação do tronco para cativar o C.

4. T é consideravelmente expressivo. As expressões faciais e os movimentos

corporais de T são apropriados e transmitem uma presença emocional durante os momentos difíceis ao longo da sessão e enquanto comunica o racional. T utiliza a inclinação do tronco para enfatizar o que está a comunicar. A distinção entre "5" e "4" resume-se a uma questão de intensidade.

3. T não tem expressões faciais ou movimentos/ gestos corporais perceptíveis. T utiliza a inclinação do tronco numa quantidade regular, típica de uma conversa normal.

2. T permanece inexpressivo durante uma parte substancial da sessão. T pode ter algumas expressões faciais e movimentos corporais durante momentos difíceis, que poderão parecer forçados e não transmitem uma presença emocional genuína. T inclina o tronco escassamente.

1. T carece de expressões emocionais não-verbais. T permanece com uma expressão facial neutra ou fria, e os movimentos ou gestos corporais de T não transmitem uma presença emocional autêntica. T permanece inexpressivo durante momentos emocionalmente carregados e poderá ter expressões faciais de descontentamento ou frustração. T está maioritariamente sentado quieto e não inclina o tronco para parecer mais convidativo.

A influência do terapeuta no cliente

11. O C parece estar atento/interessado naquilo que T está a comunicar.

Um T persuasivo consegue apresentar o racional terapêutico de uma forma persuasiva e convincente que cativa a atenção de C (Anderson & Patterson, 2013). Quanto mais apelativa e credível for a mensagem de T, mais envolvido e activo C estará na terapia. Este item avalia a medida em que C está atento e envolvido naquilo que T diz.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que C esteja activamente envolvido e interveniente durante a sessão. Classificações baixas reflectem uma falta de interesse e envolvimento nas explicações de T. O codificador deve prestar atenção a sinais subtis de interesse (e.g., C manter contacto visual directo com T enquanto este fala e acenar frequentemente ou fazer expressões faciais congruentes com as de T).

5. C está extremamente envolvido no que T está a dizer. C parece estar interessado e a prestar atenção àquilo que T está a dizer (e.g., C mantém contacto visual directo com T enquanto este fala, C acena frequentemente ou faz expressões faciais congruentes com as de T). C é um participante activo, faz perguntas sobre o que T está a dizer e afirma verbalmente que está interessado naquilo que T está a dizer.

4. C está interessado naquilo que T está a dizer. C parece estar a prestar atenção durante a maior parte da sessão, mas podem haver momentos em que C se distrai ou não mostra interesse naquilo que T está a dizer (e.g., C desvia o olhar, C mexe os seus dedos, C suspira). No entanto, C faz algumas perguntas sobre aquilo que T está a dizer.

3. C mostra um interesse e envolvimento típico de uma conversa normal.

2. C pode mostrar algum envolvimento durante alguns momentos da sessão, mas que se desvanece rapidamente. C parece impassível e não envolvido. C está maioritariamente distante daquilo que T está a dizer e distrai-se em alguns momentos.

1. C não está envolvido ou a prestar atenção àquilo que T está a dizer. C está claramente desinteressado naquilo que T está a dizer (e.g., C boceja enquanto T está a falar, C desvia frequentemente o olhar e concentra-se noutras coisas, C mexe os dedos ou brinca com o seu cabelo, C pede para T repetir o que estava a dizer) e poderá até afirmar a sua falta de interesse.

12. C está a considerar/reflectir sobre o que T está a comunicar (em vez de rejeitar ou adoptar).

Um T persuasivo reforça o envolvimento e colaboração de C na terapia e co-constrói uma explicação convincente e significativa para os problemas e queixas de C (Frank, 1986). Este item avalia a medida em que C está envolvido na sessão e reflecte exaustivamente sobre o que T está a comunicar.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que C dê sinais claros e explícitos de estar a considerar as explicações de T. Classificações baixas reflectem um desinteresse e distanciamento em relação ao que T está a dizer. O codificador deve prestar atenção a sinais de interesse (e.g., parar enquanto pensa no que T está a

dizer, reflectir em voz alta sobre as explicações de T, explorar as vantagens e desvantagens das explicações de T) ou de desinteresse (e.g., C rejeita ou aceita imediatamente o que T está a dizer, C acena frequentemente sem interesse particular).

5. C é um participante activo ao longo da sessão e reflecte abertamente sobre aquilo que T está a comunicar. C contempla e reflecte sobre aquilo que T está a comunicar (e.g., C poderá parar para pensar sobre o que T está a comunicar ou C pode dizer: "Nunca tinha pensado sobre isso") e partilha os seus pensamentos sobre o que T está a comunicar. C poderá debater e ponderar as vantagens e desvantagens sobre aquilo que T está a comunicar.

4. C reflecte abertamente sobre aquilo que T está a comunicar. C parece estar a considerar e a processar aquilo que T está a comunicar e faz algumas perguntas sobre isso, mas não reflecte completamente sobre os tópicos em discussão e poderá permanecer a um nível mais superficial. C pondera verbalmente sobre aquilo que T está a comunicar e partilha os seus pensamentos sobre o assunto, mas poderá aceitar ou rejeitar alguns assuntos sem pensar aprofundadamente sobre o assunto.

3. C mostra uma quantidade regular de ponderação sobre o que T está a comunicar.

2. C reflecte inicialmente sobre aquilo que T está a comunicar, mas este envolvimento é escasso e desvanece rapidamente. C poderá parecer estar a considerar aquilo que T está a dizer (e.g., C acena com frequência, C faz algumas perguntas), mas não elabora nem analisa aprofundadamente. C aceita ou rejeita aquilo que T está a dizer sem pensar muito sobre isso.

1. C não reflecte sobre aquilo que T está a comunicar. C está claramente desinteressado naquilo que T está a dizer e não processa ou elabora sobre aquilo que T está a dizer. C aceita ou rejeita imediatamente aquilo que T está a comunicar sem oferecer uma explicação para isso ou sustentar a sua posição.

13. C expressa vontade de adoptar novos comportamentos ou experimentar algo novo.

Um T persuasivo consegue influenciar C a incorporar mudanças nos seus "sistemas de crenças" e motivá-lo a executar comportamentos congruentes com o racional

(Spelt et al., 2020). Estas mudanças ou comportamentos não têm de ser tarefas terapêuticas específicas, podendo ser coisas como pensar sobre o mundo de forma mais adaptativa, alargar a sua rede social, ou reinterpretar eventos passados (Wampold, 2012). Este item avalia a medida em que C está disponível para tentar novos comportamentos ou tentar algo novo.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam uma vontade claramente expressa por C de que este fará os esforços necessários para adoptar os comportamentos sugeridos por T. Classificações baixas reflectem uma objecção por parte de C à incorporação de novos comportamentos na sua rotina. O codificador deve prestar atenção às confirmações ou recusas explícitas ou implícitas de C.

5. C exprime abertamente uma firme convicção e vontade para incorporar novos comportamentos na sua rotina ou tentar algo novo. C declara explícita e directamente que fará um esforço para adoptar os comportamentos sugeridos por T e parece entusiasta e confiante. C dá activamente e ansiosamente exemplos de como pode experimentar novos comportamentos ou experimentar algo novo na sua vida quotidiana.

4. C está consideravelmente preparado para experimentar novos comportamentos. C parece satisfeito com a perspectiva de experimentar algo novo, mas pondera sobre a possibilidade de integrar novos comportamentos na sua rotina. C acaba por concordar em incorporar novos comportamentos na sua rotina ou em experimentar algo novo. A distinção entre "5" e "4" resume-se a uma questão de intensidade.

3. A vontade de C em experimentar novos comportamentos ou de experimentar algo novo não é perceptível.

2. C está inicialmente disposto a experimentar novos comportamentos ou a experimentar algo novo, mas parece incerto ou desconfortável com a perspectiva (e.g., C faz pausas enquanto fala sobre a hipótese de adoptar algo novo, C desvia o olhar de T, C move-se no seu lugar). C pondera sobre a possibilidade de tentar algo novo, mas parece resistente e acaba por se recusar a adoptar novos comportamentos ou não é claro sobre se está disposto a experimentá-los.

1. C está relutante ou não está disposto a experimentar novos comportamentos ou

algo novo. C afirma claramente que não irá incorporar novos comportamentos na sua rotina e discorda abertamente dos comportamentos propostos. C recusa e opõe-se verbalmente a experimentar algo novo, podendo haver uma tensão entre C e T que faz C recusar-se a experimentar novos comportamentos.

Referências

- 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., Vîslă, 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.

Appendix D: Working Alliance Inventory - Observer Version - Short Form (WAIO-S).

Working Alliance Inventory, Short Form Form O

Instructions

On the following pages there are sentences that describe some of the different ways a therapist/client dyad may interact in therapy. If a statement describes the way you always (consistently) perceive the dyad, circle the number 7; if it never applies to the dyad, circle the number 1.

Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.

This questionnaire is CONFIDENTIAL; neither the therapist, client, nor the agency will see your answers. Work fast, your first impressions are the ones we would like to see.

(PLEASE DON'T FORGET TO RESPOND TO EVERY ITEM.)

Thank you for your cooperation.

© A. O. Horvath, 1981 1982, V. Tichenor 1989, A. O. Horvath, 1990

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

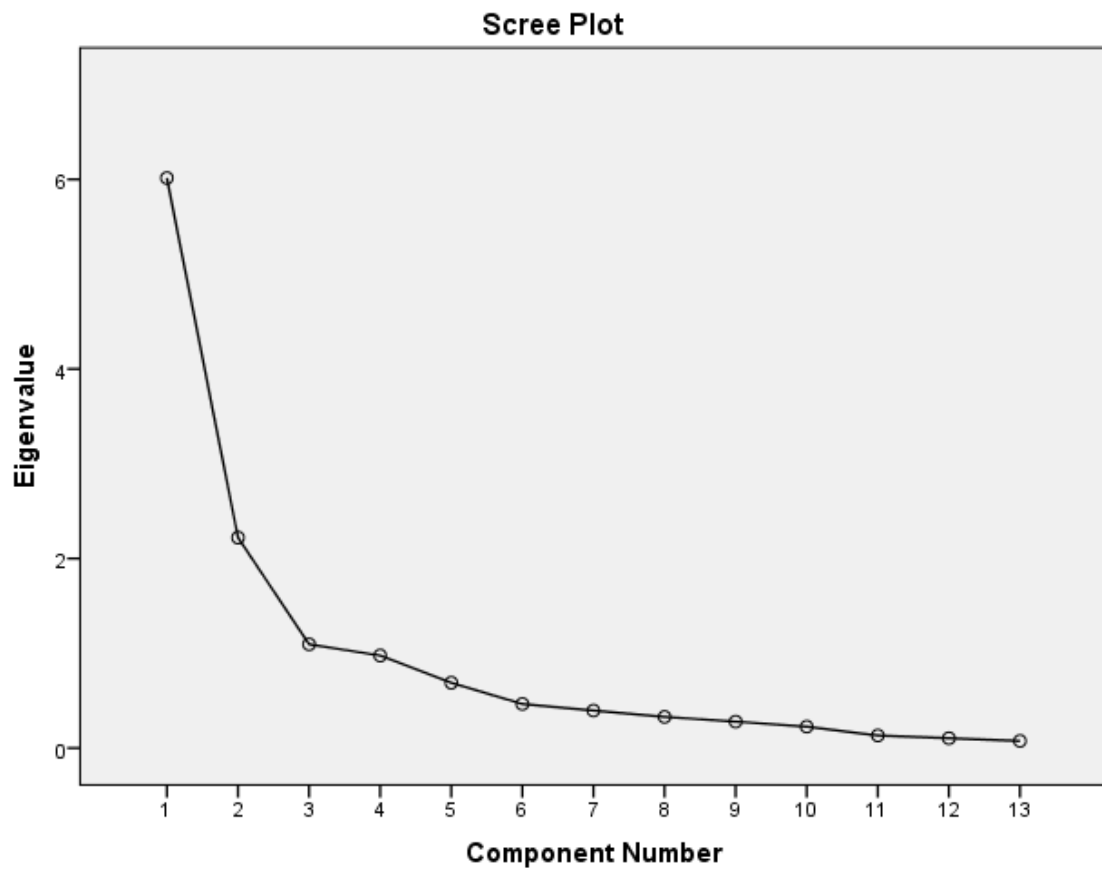
Item 11: The client and therapist have established a good understanding of the changes that would be good for the client.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

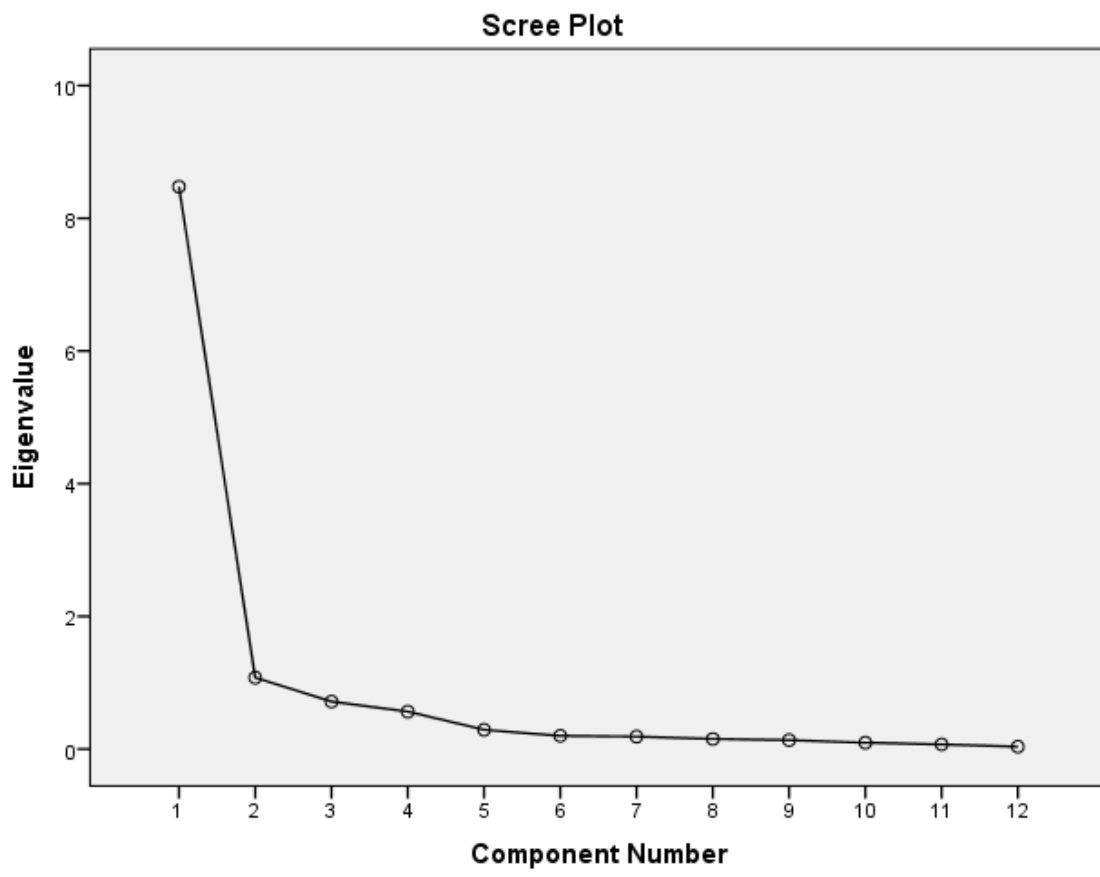
Item 12: The client believes that the way they are working with his/her problem is correct.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

Appendix E: Scree Plot 1



Appendix F: Scree Plot 2



Appendix G: Results Tables

Table 1:

Correlations

		P_I	AT_I
PB	Pearson Correlation	1	,852**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	14	14
TAB	Pearson Correlation	,852**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	14	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

PB – Persuasion Beginning; ATB – Therapeutic Alliance Beginning

Table 2:

Correlations

		P_M	AT_M
PM	Pearson Correlation	1	,802**
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	14	14
TAM	Pearson Correlation	,802**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	14	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

PM – Persuasion Middle; TAM – Therapeutic Alliance Middle

Table 3:

Correlations

		P_F	AT_F
PE	Pearson Correlation	1	,848**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	14	14
TAE	Pearson Correlation	,848**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	14	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

PE – Persuasion End; TA – Therapeutic Alliance End

Table 4:

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PB	,182	14	,200*	,917	14	,197
PM	,199	14	,138	,909	14	,154
PE	,183	14	,200*	,852	14	,024
TAB	,155	14	,200*	,922	14	,234
TAM	,181	14	,200*	,955	14	,635
TAE	,137	14	,200*	,957	14	,675

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

P = Persuasion; TA = Therapeutic Alliance

B= Beginning; M= Middle; E= End

Table 5:

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
factor1	,978	,266	2	,876	,979	1,000	,500

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

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: factor1

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

Table 6:

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	461,553	1	461,553	352,222	,000	,964	352,222	1,000
Error	17,035	13	1,310					

a. Computed using alpha = ,05

Table 7:

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
PB	14	3,0824	,66341	-,072	,597	-1,526	1,154
PM	14	3,4066	,69750	-,023	,597	-1,655	1,154
PE	14	3,4560	,67767	-,015	,597	-1,951	1,154
TAB	14	4,0595	,50471	-,311	,597	-1,382	1,154
TAM	14	4,4167	,59825	-,297	,597	-,662	1,154
TAE	14	4,6905	,93280	-,629	,597	,240	1,154
Valid N	14						

P = Persuasion; TA = Therapeutic Alliance

B= Beginning; M= Middle; E= End