



THE PSYCHOTHERAPIST'S PERSUASIVENESS IN
ANXIETY DISORDERS: SCALE DEVELOPMENT AND
RELATION TO THE WORKING ALLIANCE

MARGARIDA NUNES DOS SANTOS DE AFONSECA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

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

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Daniel Sousa, pela sua constante dedicação a este projecto de investigação e pelo incentivo para aprofundar o estudo da persuasão do psicoterapeuta. Agradeço ainda as questões e desafios colocados pelo Professor que muito contribuíram para a minha evolução na área de investigação. Finalmente, não queria terminar sem agradecer toda a simpatia e apoio demonstrados neste processo, que me levaram a sentir confiante na realização do mesmo.

De seguida, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Alexandre Vaz pela sua disponibilidade e ajuda no desenvolvimento deste trabalho de investigação e por me ter levado a conhecer o campo da investigação em psicoterapia.

Gostaria ainda de agradecer aos meus pais pelo apoio incondicional e pelo investimento na minha educação. Ao Luís e à Catarina pelos vários anos de risos e sorrisos. Ao grupo do Moderno pelos anos de amizade e à Margarida pelo companheirismo na passagem pelo ISPA-IU.

Por fim, gostaria de agradecer ao Francisco pelos anos, meses e dias e experiências que ainda estão por vir.

Resumo

A persuasão do psicoterapeuta é proposta como um determinante dos resultados da psicoterapia, que promove as expectativas, autoeficácia e envolvimento do cliente, e ajuda a estabelecer a aliança terapêutica. No entanto, permanece uma das capacidades interpessoais do psicoterapeuta menos investigada, sem uma escala validada. **Objetivos:** O presente estudo observacional e correlacional desenvolveu uma escala de avaliação da persuasão do psicoterapeuta e examinou a relação entre a persuasão do psicoterapeuta e a aliança terapêutica. **Método:** Com base numa revisão da literatura sobre a persuasão do psicoterapeuta, a Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS) foi desenvolvida. Dezesete gravações de sessões de psicoterapia foram utilizadas na validação da escala mediante análise fatorial exploratória e confirmatória, e avaliação da validade, confiabilidade e sensibilidade. Catorze gravações de sessões de psicoterapia com clientes com ansiedade foram cotadas com a TPRS e o Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAI-O-S) para examinar a relação das variáveis. **Resultados:** Do processo de validação resultou uma escala com 4 subescalas e 10 itens. Exceptuando a validade discriminante, que se revelou inadequada, a TPRS mostrou-se uma escala válida, confiável e sensível da persuasão do psicoterapeuta. Apesar da correlação não significativa encontrada na correlação de Spearman, o modelo de regressão linear sugere que a persuasão do psicoterapeuta explica 65.1% da aliança terapêutica no início da sessão. **Conclusão:** A TPRS revelou boas qualidades psicométricas, sendo uma escala promissora para avançar o estudo da persuasão do psicoterapeuta. Existe uma sugestão do efeito da persuasão do psicoterapeuta na aliança terapêutica, mas o resultado não detectou significância estatística.

Palavras-chave: psicoterapia; factores comuns; investigação de processo; capacidades interpessoais; características do psicoterapeuta

Abstract

The psychotherapist's persuasiveness has been proposed as a crucial determinant of therapy outcomes that promotes the client's expectations, self-efficacy and engagement, and helps establish the working alliance. However, it remains one of the least investigated psychotherapist's interpersonal skills without a validated measure. **Objectives:** The present correlational observational study aimed to develop a rating scale that measures the psychotherapist's persuasiveness, and to examine the relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance. **Method:** Based on a literature review of the psychotherapist's persuasiveness, the Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS) was constructed. Seventeen psychotherapy session recordings were used to validate the scale through exploratory and confirmatory factor analysis, and validity, reliability, and sensitivity assessment. Fourteen psychotherapy session recordings with clients suffering from anxiety were rated using the TPRS and the Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAI-O-S) to examine the relationship between the two variables. **Results:** The validation process resulted in a 4-factor 10 items scale. Except for the discriminant validity, which was revealed to be inadequate, the TPRS showed to be a valid, reliable and sensitive measure of the psychotherapist's persuasiveness. Despite a non-significant correlation found in Spearman's correlation, a linear regression model suggested that the psychotherapist's persuasiveness explains 65.1% of the working alliance at the beginning of the session. **Conclusion:** The TPRS was revealed to have good psychometric qualities, being a promising measure to advance the research on the psychotherapist's persuasiveness. There is some suggestion of the psychotherapist's persuasiveness effect on the working alliance, but the result missed statistical significance.

Keywords: psychotherapy; common factors; process research; interpersonal skills, psychotherapist's characteristics

Index

Introduction.....	1
Method.....	3
Design.....	3
Participants.....	3
Measures.....	4
Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS).....	4
Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAI-O-S).....	5
Procedure.....	6
Scale development.....	6
Main study.....	6
Results.....	7
Scale validation.....	7
Exploratory Factor Analysis (EFA).....	7
Confirmatory Factor Analysis (CFA).....	8
Validity, reliability, and sensitivity.....	8
Main study.....	9
Discussion.....	11
Conclusion.....	15
References.....	17
Appendices.....	32
Appendix A – Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS).....	32
Appendix B – Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta.....	47

Appendix C - Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form (WAI-O-S).....	64
Appendix D – Revisão de Literatura.....	66
Investigação em Psicoterapia.....	66
Eficácia da Psicoterapia.....	66
Modelo Contextual.....	67
Variável do Psicoterapeuta.....	68
Características de psicoterapeutas eficazes.....	70
Persuasão.....	72
Estudo da persuasão em psicoterapia.....	72
Características de psicoterapeutas persuasivos.....	74
Apresentação do racional teórico.....	76
Criação de expectativas positivas.....	78
Persuasão e aliança terapêutica.....	79
Ansiedade.....	80
Intervenções psicoterapêuticas para perturbações de ansiedade.....	80
Persuasão do psicoterapeuta em perturbações de ansiedade.....	83
Objectivos.....	85
Referências.....	86

List of tables

Table 1: Model of the therapist’s persuasiveness rating scale (TPRS) before validation process.....	24
Table 2: Summary of results for exploratory factor analysis of the TPRS.....	26
Table 3: Factorial weights of the respecified model of the TPRS.....	28

Table 4: Comparison of confirmatory factor analysis indices for the models of the TPRS....29

Table 5 Reliability, validity and correlation of the factors of the final model of the TPRS....30

List of figures

Figure 1: Final model of the TPRS.....31

The psychotherapist's persuasiveness in anxiety disorders: scale development and relation to the working alliance

The therapist's facilitative interpersonal skills (FIS) have been proposed as a characteristic of effective therapists (Anderson et al., 2016a, 2019, 2020; Heinonen & Nissen-Lie, 2019) and a predictor of therapy outcomes (Schöttke et al., 2017; Wampold & Imel, 2015). The psychotherapist's persuasiveness constitutes one of the FIS proposed to enhance the client's expectations and sense of hope (Frank & Frank, 1993; Ilardi & Craighead, 1994) and perceived treatment credibility (Strong, 1968). According to Jerome Frank, clients enter psychotherapy in a state of demoralization, characterized by feelings of loneliness and despair. This state of distress originates from the client's maladaptive meanings that prevent clients from overcoming their complaints and promote internal conflicts (Frank & Frank, 1993). All psychotherapists provide a treatment rationale that explains the client's problems adaptatively and describes how psychotherapy can relieve them, promoting hope, clarity, and self-efficacy (Frank, 1974). Delivering a cogent rationale focused on clients' problems is proposed to be a fundamental aspect of psychotherapy that enhances clients' expectations, without which therapies will not be as effective in symptom reduction (Yulish et al., 2017). Despite being proposed as a crucial determinant of psychotherapy outcomes (Frank & Frank, 1993), the psychotherapist's persuasiveness remains under-investigated (Ametrano et al., 2017).

Delivering a treatment rationale is insufficient to enhance the client's expectations: it needs to be presented convincingly (Constantino et al., 2018). Providing a detailed and clear explanation without being too exhaustive (Horvath, 1990), mentioning that it is a modern and empirically supported treatment, and using technical language and clinical cases to describe it, is suggested to enhance the client's expectations, self-efficacy, and engagement in therapeutic tasks (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017; Kazdin & Krouse, 1983). Rationales focused on the client's specific complaints (Yulish et al., 2017), adapted to the client's beliefs (Wampold, 2012) and culture (Benish et al., 2011), accompanied by charismatic nonverbal behaviors, are thought to be persuasive (Heide, 2013; Otterson, 2015) and stimulant emotionally (Neumann & Strack, 2000). Despite the importance of communicating the rationale and previous attempts at measuring the psychotherapist's persuasiveness (Anderson & Patterson, 2013; Packwood & Parker, 1973; Truax et al., 1968, 1970), there still is not a psychometrically sound scale that explicitly measures the psychotherapist's persuasiveness (Vaz, 2021).

The psychotherapist's persuasiveness is also connected to aspects of the therapist-client dyad (Frank, 1986). A study about the influence of FIS on client-rated working alliance suggests that therapists with higher interpersonal skills establish stronger alliances that grow throughout therapy (Anderson et al., 2016b). The working alliance is a pan-theoretical concept that refers to the emotional bond between the therapist and client and the agreement on tasks and goals (Bordin, 1979), and is considered an essential predictor of therapeutic success (Flückiger et al., 2019; Wampold & Imel, 2015). Frank (1987) proposes that the client's acceptance of the rationale is dependent on the working alliance. A persuasive therapist establishes an emotional connection with the client that conveys an empathic understanding of their problems and promotes the acceptance of new meanings (Frank, 1987). By helping clients adopt adaptive meanings, the psychotherapist facilitates the agreement on goals and involvement in tasks (Bordin, 1979). Safran & Segal (1990) propose that presenting a persuasive rationale can facilitate establishing the working alliance and repairing ruptures in the working alliance (Safran et al., 2011). The relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance remains uninvestigated (Vaz, 2021).

Anxiety disorders are among the most prevalent mental disorders globally (Stein et al., 2017). Despite cognitive-behavior therapy being commonly presented as the gold standard for treating anxiety, there is no sufficient evidence to support its superiority (Wampold, 2019). The presentation of a rationale focused on the client's symptoms, which promotes a sense of hope for therapy outcomes, is suggested as an important mechanism of change and a predictor of anxiety symptom reduction (Gallagher et al., 2019; Yulish et al., 2017). Kazdin and Krouse's (1983) analogue study with participants suffering from anxiety proposed that a persuasive communication of the rationale promotes positive expectations and evaluations of the treatment as potent. Two analogue studies with participants with social anxiety found consistent results (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017). A cogent rationale was related to higher expectations for change, self-confidence in managing anxiety (Ametrano et al., 2017), and greater engagement with therapeutic tasks (Ahmed & Westra, 2009). Despite being presented as a priority for research (Kazdin, 2005), the psychotherapist's persuasiveness and communication of rationale remain severely under-investigated (Crăciun, 2015; Vaz, 2021).

Existing findings support the importance of the psychotherapist's persuasiveness to promote positive expectations, self-efficacy in managing symptoms, and engagement with therapeutic tasks, and propose a relationship between the psychotherapist's persuasiveness and

the working alliance. However, the psychotherapist's persuasiveness remains under-investigated. It is unclear what comprises the psychotherapist's persuasiveness and how it relates to the working alliance. The present study had two main aims. First, to develop a psychometrically sound rating scale that measures the psychotherapist's persuasiveness. Relevant literature on the psychotherapist's persuasiveness was researched, and the identified constructs and items were submitted to a validation process. Second, to explore the relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance. Psychotherapy session recordings were rated using scales that measure the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance. The corresponding ratings were analysed for a possible correlation between the two variables. It was hypothesized that the greater the psychotherapist's persuasiveness, the greater the working alliance would be. With no prior research on the relationship between the two variables, the hypothesis was exploratory.

Method

Design

To develop the scale, the subsequent steps were followed: gathering relevant literature; assembling an initial pool of constructs and items; requesting expert feedback and refining the items, accordingly; conducting a pilot study to test the items; conducting a larger study to validate the scale (DeVellis, 2017). Once the scale validation process was completed, a nonexperimental, correlational, observational study was conducted to examine the relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance.

Participants

The main study's sample included 14 psychotherapy session recordings, nine of which were single first sessions, and five were from a psychotherapeutic process. These were assembled through convenience sampling from a pool of session recordings obtained for educational purposes. As an inclusion criterion, the recordings included clients suffering from anxiety and had audio and visuals. Five psychotherapists were male (50%), and five were female (50%). Nine clients were female (90%), and one was male (10%). Five clients were suffering from an unspecified form of anxiety (50%), two from social anxiety (20%), two from panic disorder (20%), and one from generalized anxiety (10%). The type of anxiety was disclosed in the video's description, so no diagnostic measures were applied. Six psychotherapists had a cognitive-behavioral approach (60%), one accelerated experiential

dynamic psychotherapy (10%), one systematic treatment selection (10%), one schema therapy (10%), and one emotion-centered problem-solving (10%). Seventeen session recordings were used to validate the scale, 14 of which belonged to the main study's sample. Three more recordings were included with no specific inclusion criteria to ensure an adequate sample size for the validation process.

Measures

Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS)

The TPRS is an observer rating scale based on Jerome Frank's theorization of the psychotherapist's persuasiveness (Frank & Frank, 1993) that measures the psychotherapist's persuasiveness on a 5-point Likert-type scale (1= Strongly uncharacteristic; 5= Strongly characteristic). The final version of the TPRS comprises 10 items and four subscales (Preconditions; Rationale; Non-verbal behaviors; Influence) based on Vaz's (2021) proposed persuasive skills and other relevant literature. Each persuasive skill was researched, and the most salient aspects of each skill that can be observed during sessions were included. A description of each skill and behavioral indicators that varied in severity were included to facilitate the rating procedure.

The subscale, preconditions, refers to the establishment of preconditions for the co-creation of therapeutic rationale. It derives from Frank's conception that each client begins psychotherapy with explanations for their symptoms, that the psychotherapist needs to explore to provide a cogent rationale (Frank, 1986), and that emotional stimulation increases the psychotherapist's persuasive influence (Frank, 1987). The subscale, rationale, refers to the presentation of a cogent rationale. It derives from Frank's notion that the psychotherapist presents a "believable myth" that explains the client's symptoms and therapeutic actions that can help overcome those problems (Frank, 1974; Frank & Frank, 1993). The subscale, non-verbal behaviors, refers to the nonverbal charismatic behaviors with which the therapist presents the rationale. It derives from the research on the psychotherapist's behaviors that enhance the rationale's cogency (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017; Kazdin & Krouse, 1983). The subscale, influence, refers to the psychotherapist's influence on the client. It derives from the notion that the persuasive psychotherapist promotes the client's involvement in psychotherapy and therapeutic actions (Frank, 1986).

The TPRS's subscales had satisfactory reliabilities for the sample under study, with $\alpha = .647$ for Preconditions, $\alpha = .884$ for Non-verbal behaviors, and $\alpha = .728$ for Influence, except the Rationale subscale that had relatively low reliability ($\alpha = .568$), which can be considered sufficient considering the TPRS is in its early stages of research (Nunnally, 1978). The raters, two master students responsible for developing the TPRS, conducted the TPRS ratings in March and April. The rater's training involved reading relevant literature on the psychotherapist's persuasiveness that the TPRS was based on and studying the scale. The training was repeated twice for two weeks, encompassing roughly 30 hours, until good inter-rater reliability was achieved ($r = .833$). Intraclass correlation coefficients estimates, and their 95% confident intervals, were based on a mean-rating ($k = 2$), absolute agreement, 2-way random-effects model (Koo & Li, 2015).

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

The WAI-O-S (Tichenor & Hill, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989) is an accepted measure of the working alliance (Andrusyna et al., 2001; Martin et al., 2000; Santirso et al., 2018, 2020) that was adapted from the Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). The WAI-O-S is an observational scale with 12 items (e.g., "There is agreement about the steps taken to help improve the client's situation" and "The client feels that the therapist appreciates him/her as a person") rated on a 7-point Likert-type scale (1 = never; 7 = always), with two reverse-scored items (items 1 and 4). It is conceptually based on Bordin's (1979) pan-theoretical model of the working alliance and is comprised of three subscales (Goal, Task, and Bond) which measure the agreement of goals, accordance of tasks, and development of a bond between the client and therapist (Andrusyna et al., 2001).

The subscales of the WAI-O-S had high reliabilities for the sample under study, with $\alpha = .906$ for Goal, $\alpha = .903$ for Task, and $\alpha = .892$ for Bond. The WAI-O-S coding was conducted in April and May. The rater's training involved reading relevant literature on the working alliance and studying the WAI-O-S. The training was repeated twice for 2 weeks, encompassing roughly 30 hours until good inter-rater reliability was achieved ($r = .767$). Intraclass correlation coefficients estimates, and their 95% confident intervals, were based on a mean-rating ($k = 2$), absolute agreement, 2-way random-effects model (Koo & Li, 2015). The scale's internal consistency and inter-rater reliability for this study's sample were comparable to previous studies' (Santirso et al., 2018, 2020).

Procedure

Scale development

From a literature review conducted between October and December 2020, an initial draft of the TPRS was developed. The definition of the psychotherapist's persuasiveness and proposed persuasive skills found in the literature helped establish four subscales and an initial pool of 16 items on a 7-point Likert-type scale. To enhance the content validity of the TPRS, one expert provided feedback on the relevancy, appropriateness, and clarity of the items (DeVilles, 2017). The expert was a Ph.D. student who works in academia and studies the psychotherapist's persuasiveness. Based on the expert feedback, three items were removed for redundancy reasons ("T builds credibility for therapy and therapeutic tasks by enhancing his/her expertness, trustworthiness and attractiveness", "T validates or labels C's feelings" and "T's explanations transmit a sense of hope and positive expectations for therapeutic") and the 7-point Likert-type scale was adapted to a 5-point Likert-type to simplify the rating process. The expert's suggestions did not affect the constructs retrieved from the literature. The revised TPRS was tested on a pilot study with three session recordings not included in the main study's sample. Both raters agreed to reword two items for clarity reasons (see table 1 for the TPRS model). After this revision, the scale's validation process was conducted. An exploratory factor analysis was conducted to determine the underlying structure among the scale items, followed by confirmatory factor analysis. After an acceptable model fit was achieved, the scale validity, reliability, and sensitivity were examined.

Main study

There was a within-session assessment of the variables of interest by applying the TPRS and WAI-O-S at a micro-processual level in the 14 session recordings. The recordings (approximately 45-50 minutes in length) were divided into thirds (beginning, middle, end), and each unit was rated using the scales. After the training, the two raters rated three session recordings not included in the final sample to assess inter-rater reliability. The two students worked together during the rating process of the 14 sessions included in the main study. The TPRS and WAI-O-S ratings were taken under similar conditions. After rating each session individually, the two raters viewed the sessions together and discussed each rating. The session recordings were examined again separately, and some ratings were altered considering what was discussed. Each session was judged three times.

Results

Scale validation

Exploratory Factor Analysis (EFA)

EFA was performed to examine the underlying structure of the correlations among the TPRS items through principal axis factor analysis (FA) with orthogonal rotation (VARIMAX; Hair et al., 2019). Seventeen session recordings, 14 belonging to the main study's sample and three to the pilot study, were used for the analysis. There was no missing data from the dataset. Data adequacy was assessed through the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy (Kaiser & Rice, 1974), which indicated good adequacy ($KMO = 0.81$) (Marôco, 2021). It was further substantiated by Bartlett's test of sphericity assuming a significant value ($\chi^2(78) = 341.08, p < .001$) and the Measure of Sampling Adequacy (MSA) for each item being above the 0.50 threshold (Hair et al., 2019). Item 12 was below the threshold ($MSA = 0.49$), but it was not removed due to its closeness to the cutting point and was re-evaluated in the following stages.

The number of retaining factors was determined using the Kaiser criterion (> 1 eigenvalue), with an auxiliary interpretation of the scree plot and the extracted variance (Hair et al., 2019). Even though the scree plot was ambiguous, showing inflections that justified including four and six factors, only three factors had eigenvalues over 1 with 57.2% of explained variance. These criteria supported a 3-factor solution with 57.2% of variance explained. Table 2 summarizes the factor loadings after rotation. The items on factor 1 suggest that it represents emotional expressiveness, factor 2 represents the rationale for therapeutic actions, and factor 3 represents the client's interest in the rationale. The 3-factor solution deviated from the structure retrieved from the literature review. Items 1, 6, and 8 showed moderate cross-loadings into other factors (> 0.30 ; Salminen et al., 2020). It was opted not to remove these items and re-evaluate them in the CFA stage. Item 2's factorial loading was below 0.50, being a candidate for removal (Hair et al., 2019). A new EFA was conducted without item 2. Due to the lack of changes in the new EFA and item 2's factor loading being close to 0.50, it was opted not to remove the item and re-evaluate it in the CFA stage. Cronbach's alpha was calculated for each factor to assess scale reliability. Factors 1 and 3 had relatively high reliability, but factor 2's reliability was relatively low (see table 2).

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

CFA was conducted to test the predefined structure of the TPRS using IBM AMOS 27 Graphic and Maximum Likelihood (ML) estimation (Marôco, 2021). It was opted to test the structure retrieved from the literature, due to the differences between the structure obtained in the EFA and the initial theoretical structure. The X^2 statistic, the X^2/df index, the Comparative Fit Index (CFI) and its Parsimony Adjusted variant (PCFI), the Root Mean Squared Error Approximation (RMSEA), the Akaike Information Criterion (AIC), and the Browne-Cudeck Criterion (BCC) indices were used to assess model fit (Horta & Santos, 2016; Marôco, 2021). Each item's factorial weights were analysed to verify if they were above the threshold of 0.50. The model revealed an inadequate fit ($X^2/df = 2.45$, $CFI = 0.79$, $PCFI = 0.61$, $RMSEA = 0.17$) and three items (item 2, 6, and 13) had factorial weights below the 0.50 threshold (Marôco, 2021). Those items were removed, and the respecified model was analysed. The respecified model's items had factorial weights above 0.50 and there were considerable improvements to model fit ($X^2/df = 1.48$, $CFI = 0.96$, $PCFI = 0.62$, $RMSEA = 0.098$) also noted by the decrease on the comparative indices ($AIC_{old} = 235.25$ versus $AIC_{new} = 94.99$, $BCC_{old} = 269.47$ versus $BCC_{new} = 109.66$). The new respecified model revealed a good fit and was adopted (Marôco, 2021). The final model is summarized in figure 1, and the factorial weights are presented in table 3.

Validity, reliability, and sensitivity

The Validity Master Macro in James Gaskin's (2019) Stats Tool Package was used to assess the scale's validity and reliability. Factorial, convergent, and divergent validity were analysed to assess scale validity (Hair et al., 2019; Marôco, 2021). Factorial validity is evaluated by all the item's factorial weights exceeding the 0.50 threshold (Marôco, 2021), which was ensured in the CFA stage, supporting the scale's factorial validity. Convergent validity is assessed through the Average Variance Extracted (AVE; Fornell & Larcker, 1981) exceeding the 0.50 threshold, which was met, supporting the scale's convergent validity (Hair et al., 2019). Discriminant validity requires two criteria: the AVE for a pair of factors being equal or greater than the squared correlations between those two factors, and the AVE being equal or greater than maximum shared variance (MSV) and average shared variance (ASV; Fornell & Larcker). These criteria were not met, as the AVE for the factors rationale, preconditions, and nonverbal behaviors were less than one absolute value of the squared correlation with other factors, and

the AVE for rationale, preconditions, and nonverbal behaviors were less than the MSV. These results mean that the scale could be used as a unidimensional instrument. A unidimensional model of the TPRS was tested using CFA, but the indices (see table 4) did not differ significantly from the final respecified model. It was opted not to adopt the unidimensional model of the TPRS. The repercussions of the discriminant validity issues are presented in the discussion section. The scale's reliability is assessed through the composite reliability (CR; Fornell & Larcker, 1981; Marôco, 2021) of all factors exceeding the 0.70 threshold, which was met (see table 5), supporting the instrument's reliability (Marôco, 2021). The scale's sensitivity is assessed by verifying the item's normal distribution through the item's skewness and kurtosis being below the absolute value of 3, which was met (see table 3), supporting the scale's sensitivity (Kline, 2016).

Main Study

The Shapiro-Wilk test was performed on the TPRS and WAI-O-S ratings to examine if the distribution of ratings was approximately normal. The TPRS ratings in the middle ($W(10) = 0.96, p = .769$) and end of the session ($W(10) = 0.92, p = .365$), did not deviate significantly from normal. The WAI-O-S ratings in the beginning ($W(10) = 0.92, p = .35$) and end of the session ($W(10) = 0.94, p = .575$), did not deviate significantly from normal. However, the TPRS ratings in the beginning ($W(10) = 0.81, p = .02$) and the WAI-O-S ratings in the middle ($W(10) = 0.83, p = .031$), were both significantly non-normal. The normality assumption was violated, so non-parametric tests were used.

A Spearman's correlation coefficient was computed to assess the relationship between the TPRS and the WAI-O-S ratings. The correlation between the two variables at the beginning ($r = .08, n = 10, p = .823$), middle ($r = .29, n = 10, p = .409$), and end ($r = .06, n = 10, p = .88$) of the session was not statistically significant. The relationship between the TPRS ratings at the beginning, middle, and end of the session was assessed using Spearman's correlation coefficient to explore the psychotherapist's persuasiveness variable. There was a positive correlation between the TPRS ratings at the beginning and middle ($r = .799, n = 10, p = .006$), at the beginning and end ($r = 0.77, n = 10, p = .010$), and at the middle and end ($r = .81, n = 10, p = .004$). The process was repeated for the WAI-O-S ratings. The correlations between the WAI-O-S ratings at the beginning and middle ($r = 0.435, n = 12, p = .157$), beginning and end ($r = 0.07, n = 12, p = .833$), and middle and end ($r = .57, n = 12, p = .055$) were not statistically significant. The TPRS and the WAI-O-S ratings do not appear to be correlated. The WAI-O-S

ratings at the beginning, middle, and end of the session also do not appear to correlate. However, there was a strong positive correlation between the TPRS ratings at the session's beginning, middle and end. Increases in the TPRS ratings at the beginning of the session were correlated with increases in TPRS ratings at the middle and end of the session.

A Friedman's ANOVA was computed to assess the significance of the differences in the TPRS and WAI-O-S ratings throughout the session. The TPRS ratings significantly changed over the three moments ($X^2_{F(2)} = 9.135, p = .010, n = 10$). The pairwise comparisons were analysed to follow up on this finding. The TPRS ratings significantly changed from the beginning to the middle ($Z = -2.460, p = .014$) and end ($Z = -2.571, p = .010$), but did not significantly change from the middle to the end ($Z = -.112, p = .911$). There was a significant change in the TPRS ratings from the beginning to the middle and end, but there was no significant change between the middle and the end. The WAI-O-S ratings significantly changed over the three moments ($X^2_{F(2)} = 24.000, p < .001, n = 12$). The pairwise comparisons were analysed to follow up on this finding. The WAI-O-S ratings significantly changed from the beginning to the middle ($Z = -2.449, p = .014$) and end ($Z = -4.889, p < .001$), and from the middle to the end ($Z = -2.449, p = .014$). There was a significant change in the WAI-O-S from the beginning to the middle and end, and from the middle to the end.

A linear regression model was computed to assess the effect of the TPRS ratings on the WAI-O-S ratings. First, the TPRS ratings' effect at the beginning, middle, and end on the WAI-O-S ratings at the beginning of the session was tested. This model is statistically significant ($F(3) = 6.61, p = .025$) with an $R^2 = .651$, which means that the TPRS ratings at the beginning, middle and end explain 65.1% of the variance of the WAI-O-S ratings at the beginning of the session. To assess which moment had more impact in the WAI-O-S ratings, the model's coefficients were analyzed. Only the TPRS ratings at the beginning ($B = -1.615, p = .011$), significantly affected the WAI-O-S ratings. It appears that the TPRS ratings at the beginning had the largest effect on the WAI-O-S ratings at the beginning of the session. The process was repeated for the TPRS ratings' effect on the WAI-O-S ratings at the middle and end. The TPRS ratings at the beginning, middle and end did not have a statistically significant effect on the WAI-O-S at the middle ($F(3) = 1.44, p = .322$), and end ($F(3) = 0.59, p = .647$).

Discussion

The purpose of the present study was to explore the psychotherapist's persuasiveness by developing a rating scale that measured the psychotherapist's persuasive skills and analyzing the relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance. The final version of the Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS) contains 10 items with four subscales. Except for the scale's discriminant validity, which showed to be inadequate, the TPRS has good psychometric properties and can be used to measure the psychotherapist's persuasiveness in session. The structure initially retrieved from the literature review was not supported by the exploratory factor analysis, which proposed a structure heavily supported by the psychotherapist's emotional expressiveness, supporting the importance of charismatic behaviors and emotional stimulation in the psychotherapist's persuasiveness (Frank, 1987). Although the hypothesized positive correlational relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance was not supported, the psychotherapist's persuasiveness appears to explain 65.1% of the working alliance at the beginning of the session, which suggests that the small sample size might have prevented a significant correlation between the two variables. An exploratory analysis of the correlation of the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance throughout the session also showed that while the psychotherapist's persuasiveness ratings are correlated, the working alliance ratings are not. This finding supports previous studies that suggest the therapist's interpersonal skills are pre-existing in some way (Anderson et al., 2016b; Perlman et al., 2020).

The present study followed the steps considered best practice for scale development and evaluation (Boateng et al., 2018) and introduced the first validated scale that solely measures the psychotherapist's persuasiveness. It is based on Jerome Frank's theorizations of the psychotherapist's persuasiveness (Frank & Frank, 1993) and Vaz's (2021) proposed persuasive skills. Incorporating charismatic behaviors proposed to be more persuasive (Heide, 2013), and the client's engagement spurred by the therapist's rationale (Vaz, 2021) provides an in-depth estimation of the psychotherapist's persuasiveness that can advance the research on this interpersonal skill. Initially, the 13 items and four-factor structure retrieved from the literature revealed an inadequate fit, and three items were removed. The item's removal left three factors with only two items, which is below the three items per factor recommendation (Hair et al., 2019). However, it is important to note that there are validated scales with only two items per construct (Rammstedt & John, 2007), and the item's removal was essential to the scale's

improvement of fit and factorial validity. The presenting results also support the scale's reliability and sensitivity. The criteria to assure the scale's discriminant validity were not met, which means that the items are similar and the distinction between each factor is unclear, limiting the interpretation of findings related to the relationship between latent constructs (Farrell, 2010). This validity issue could not be resolved at this stage since it required revising the item's semantic formulation.

Despite not being the final structure adopted for the TPRS, the exploratory factor analysis yielded a deeper understanding of the psychotherapist's persuasiveness. Factor's 1 items highlight the importance of the psychotherapist's emotional expressiveness through charismatic verbal and nonverbal behaviors and the client's emotional stimulation to the psychotherapist's persuasiveness. These results support Frank's (1986, 1987) theoretical supposition that the psychotherapist's ability to stimulate emotions is integral to their persuasiveness and capacity to transform maladaptive meanings. A similar interaction was found in Vaz's (2021) study, which suggests that the psychotherapist's interpersonal skills positively predict the client's emotional stimulation and transformation of meanings. Recent research has proposed that the client's emotional stimulation and experience during sessions is an important variable for psychotherapy outcomes (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017; Peluso & Freund, 2018), through which the psychotherapist's interpersonal skills might mediate part of their effects on outcomes (Vaz, 2021). It seems plausible that the psychotherapist's emotional expressiveness and stimulation of the client's emotions constitute essential qualities that make up the psychotherapist's persuasiveness, through which the psychotherapist might persuade clients to transform maladaptive meanings.

The items that measure the psychotherapist's verbal and nonverbal behaviors are highly loaded to factor 1, which suggests that charismatic verbal behaviors contribute to the overall psychotherapist's expressiveness and are an integral element of the psychotherapist's persuasiveness. These results support findings of the verbal and nonverbal expressiveness having an impact on the psychotherapist's perceived likeability (Friedman et al., 1988), empathy (Maurer & Tindall, 1983), and credibility (Hoyt, 1996), which are thought to enhance the psychotherapist's persuasive ability (Otterson, 2015). The items referring to the psychotherapist's validation and cogent explanation of the client's problems are also highly loaded to factor 1, alongside items that measure the therapist's charismatic behaviors and stimulation of the client's emotions. This is congruent with research that suggests that the

psychotherapist's validation and understanding of the client's problems relate to the client's emotional stimulation and processing (Asano, 2019; Malin & Pos, 2015). Contrary to Vaz's (2021) results that suggest the treatment rationale hinders the client's emotional stimulation, the present study's findings suggest that the treatment rationale is related to the psychotherapist's expressiveness and client's emotional stimulation, as item 5 is highly loaded to factor 1. The association between the treatment rationale and the psychotherapist's verbal and nonverbal behaviors is further substantiated by a series of analogue studies that suggest that communicating the treatment rationale with certain verbal and nonverbal behaviors is more persuasive in enhancing the client's expectations and engagement (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017; Kazdin & Krouse, 1983).

Concerning the analysis of the relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance, Spearman's correlation coefficient results point to a non-significant statistical correlation between the two variables. This result does not support the positive correlation hypothesized based on the theoretical assumptions of the importance of psychotherapist's persuasiveness when presenting a treatment rationale to establishing a collaborative relationship and emotional bond (Safran & Segal, 1990). It is also not aligned with Anderson et al.'s (2016b) findings that therapists with higher facilitative interpersonal skills have higher working alliance ratings that continuously increase throughout the therapeutic process. An important finding of this study is the 65.1% of the variance of the working alliance at the beginning of the session explained by the psychotherapist's persuasiveness at the beginning of the session. This result is somewhat contradictory to the non-significant correlational relationship between the two variables and suggests an effect between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance. A possible interpretation for these results is that the present study's small sample size might have prevented the detection of a statistically significant correlation between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance (Hackshaw, 2008). The high percentage of the variance of the working alliance explained by the psychotherapist's persuasiveness raises the question of whether the psychotherapist's persuasiveness might facilitate the establishment of the working alliance. This would be in accordance with reviews that highlight that the establishment of the working alliance is facilitated by the psychotherapist's charismatic behaviors, exploration of the client's beliefs, and the validation of the client's problems, followed by a rationale of the treatment and symptoms (Hilsenroth & Cromer, 2007; Zimmermann & Haes, 2011), which are integral

elements to the psychotherapist's persuasiveness (Frank & Frank, 1993) that are evaluated in the TPRS.

The exploratory analysis of the correlation between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance ratings in the three session's moments yielded a deeper understanding of the two variables. While the psychotherapist's persuasiveness ratings correlated in the three moments of the session, the working alliance ratings did not correlate. The analysis of the differences in the psychotherapist's persuasiveness and working alliance ratings throughout the session also showed that how the ratings varied throughout the session differed between the two variables. While the psychotherapist's persuasiveness ratings rose from the beginning to the middle and stabilized between the middle and end of the session, the working alliance ratings increased gradually throughout the session. It seems reasonable to infer that the psychotherapist's persuasiveness is significantly higher in the middle and end of the session compared to the beginning of the session because it is usually when the psychotherapist becomes more participative and provides a rationale for the client's problems and suggests therapeutic tasks to the client (Zimmermann & Haes, 2011). The correlation of the psychotherapist's persuasiveness ratings throughout the three moments of the session and the stabilization of the psychotherapist's persuasiveness ratings between the middle and end of the session are also suggestive of it being an intrinsic quality of the psychotherapist. This would support previous studies suggesting that the psychotherapist's interpersonal skills might have a trait-like element (Anderson et al., 2016b; Perlman et al., 2020).

This study has several strengths. It is the first attempt to develop and validate a rating scale that solely measures the psychotherapist's persuasiveness, which is crucial to advance its study as an independent interpersonal skill. It is also the first attempt at examining the relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance. Finally, this study resorted to observer coding to reduce self-assessment bias as psychotherapists have been suggested to be biased when rating their abilities (Walfish et al., 2012). This study also has limitations that need to be warranted. The small sample size warrants caution in interpreting of results as it might have inhibited statistical significance (Hackshaw, 2008). The discriminant validity issues and low internal consistency of the rationale subscale also warrant caution when interpreting results (Farrell, 2010; Tavakol & Dennick, 2011). The study's design impedes drawing causal inferences about the relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance. (Cooper, 2020). The sample is comprised mostly of psychotherapists

with a cognitive-behavioral approach, which have been suggested to provide more rationales than other approaches (Vaz, 2021). A more varied clinical sample might produce differing results. Lastly, the session recordings included in the sample emphasized showing treatment rationale and tasks of theoretical approaches because of their educational purpose, meaning that recordings retrieved from a natural setting might have yielded different results.

More research is needed to continue the TPRS's validation process and investigation of the psychotherapist's persuasiveness. Despite having reached sampling adequacy, future studies should enhance their sample size and utilize different techniques to measure discriminant validity to surpass the insufficient discriminant validity. If the discriminant validity issues persist, future studies should consider evaluating a unidimensional version of the TPRS (Farrell, 2010). Future studies should examine the psychotherapist's persuasiveness with a varied pool of psychotherapeutic approaches in natural settings. Future research should also seek to understand how the psychotherapist's persuasiveness acts in the sessions and how it relates to the working alliance by combining quantitative and qualitative designs – performing a task analysis would allow investigating the processes involved in the psychotherapist's persuasiveness and how they relate to the construction of the working alliance (Pascual-Leone et al., 2009). The present study's findings also raise the following questions that should be investigated: What is the importance of the client's emotional stimulation to the effect exerted by the psychotherapist's persuasiveness? What is the psychotherapist's persuasiveness part in the establishment of the working alliance? How does the psychotherapist's persuasiveness evolve throughout the session?

Conclusion

The present study's findings suggest that the TPRS has good psychometric qualities, except for discriminant validity, being a promising tool to advance the psychotherapist's persuasiveness study. The exploratory factor analysis results give support to Frank's (Frank & Frank, 1993) conceptualization of the psychotherapist's persuasiveness by highlighting the importance of the psychotherapist's verbal and nonverbal behaviors when communicating the treatment rationale and validating the client's experience to stimulate the client's emotions, as essential elements to the psychotherapist's persuasiveness. The hypothesized positive correlative relationship between the psychotherapist's persuasiveness and the working alliance was not supported as results pointed towards a non-significant relationship between the variables. It is important to note that the small sample size might have contributed to the lack

of significance since the psychotherapist's persuasiveness explains 65.1% of the variance of the working alliance at the beginning of the session. Finally, the psychotherapist's ratings were correlated between the session's beginning, middle, and end, suggesting that the psychotherapist's persuasiveness might have an inherent quality.

References

- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy Research, 33*(3), 314-322. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9182-1>
- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., Naven, T. (2017). The influence of expectancy persuasion techniques on socially anxious analogue patients' treatment beliefs and therapeutic actions. *International Journal of Cognitive Therapy, 10*(3), 187-205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.3.187>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University: Unpublished rating manual.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016a). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57–66. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, K., Hulin, B. D. (2016b). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*(5), 511-529. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology, 76*(4), 659-675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Anderson, T., Finkelstein, J. D., & Horvath, S. A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Counseling Psychotherapy Research, 20*(3), 1-7. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal Psychotherapy Practice Research, 10*(3), 173-178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11402080/>
- Asano, K. (2019). Emotion processing and the role of compassion in psychotherapy from the perspective of multiple selves and the compassionate self. *Case Reports in Psychiatry, 20*, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2019/7214752>

- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research. *Frontiers in Public Health, 6*(149), 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- 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>
- Cooper, H. (2020). *Reporting quantitative research in psychology: How to meet APA style journal article reporting standards* (3rd ed.) American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000178-000> 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
- Crăciun, B. (2015). Persuasion in Psychotherapy. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology, 6*(1), 1-5. <http://www.rjeap.ro/issue-1-2015/rjeap/volume-6-issue-1-2015/1-editorial-persuasion-in-psychotherapy-barbara-craciun>
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed). Sage Publications.
- Farrell, A. M. (2010). Insufficient discriminant validity: A comment on Bove, Pervan, Beatty, and Shiu (2009). *Journal of Business Research, 63*(3), 324-327. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.05.003>
- Flückiger, C., Re, A. C. D., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol.1, 24-78). Oxford University Press.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *The American Journal of Psychiatry, 131*(3), 271-274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy - The transformation of meanings: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine, 79*(6), 341-346. <https://doi.org/10.1177/014107688607900611>

- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293-302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. JHU Press.
- Friedman, H. S., Riggio, R. E., & Casella, D. F. (1988). Nonverbal skill, personal charisma, and initial attraction. *Pers Soc Psychol Bull*, 14(1), 203-211. <https://doi.org/10.1177/0146167288141020>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., Souza, J. D., Boswell, J. F., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behavior Therapy*, 51(1), 190-202. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.06.001>
- Gaskin, J. (2019). *Validity master: Stats tool package* [Computer software]. http://statwiki.gaskination.com/index.php?title=Main_Page
- Hackshaw, A. (2008). Small studies: Strengths and limitations. *European Respiratory Journal*, 32(5), 1141-1143, <https://doi.org/10.1183/09031936.00136408>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
- 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>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hilsenroth, M. J., & Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 205-218. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.205>
- Horta, H., & Santos, J. M. (2016). An instrument to measure individuals’ research agenda setting: the multi-dimensional research agendas inventory. *Scientometrics*, 108(3), 1243- 1265. <https://doi.org/10.1007/s11192-016-2012-4>

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636–642. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199009\)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199009)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U)
- Hoyt, W. T. (1996). Antecedents and effects of perceived therapist credibility: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 430–447. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.430>
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138–156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111–117. <https://doi.org/10.1177/001316447403400115>
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy*, 14(5), 657–671. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80058-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80058-6)
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 184–188. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpi023>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modelling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Koo, T., & Li M. Y. (2015). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Malin, A. J., Pos, A. E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(4), 445–459. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.901572>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS statistics* (8th ed.). Pêra Pinheiro.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.3.438>

- Maurer, R. E., & Tindall, J. H. (1983). Effect of postural congruence on client's perception of counselor empathy. *Journal of Counselling Psychology*, 30(2), 158-163. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.30.2.158>
- Neumann, R., & Strack, F. (2000). "Mood contagion": The automatic transfer of mood between persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 211-223. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.211>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill, Inc.
- Otterson, B. (2015). *Therapist charisma and its impact: A phenomenological study* (Publication No. 3735209) [Doctoral dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Packwood, W. T., & Parker, C. A. (1973). A method for rating counselor social reinforcement and persuasion. *Journal of Counseling Psychology*, 20(1), 38-43. <https://doi.org/10.1037/h0034045>
- Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N., Greenberg, L. S., Pascual-Leone, J. (2009). Development in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542. <https://doi.org/10.1080/10503300902897797>
- Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N. (2017). The client "experiencing" scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653-665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 461-472. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000165>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 871-884. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item version of the big five inventory in english and german. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>

- Salminen, J., Santos, J. M., Kwak, H., An, J., Jung, S., & Jansen, B. J. (2020). Persona perception scale: Development and exploratory validation of an instrument for evaluating individual's perceptions of personas. *International Journal of Human-Computer Studies*, *141*(102437), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2020.102437>
- Santirso, F. A., Martín-Fernández, M., Lila, M., Garcia, E., & Terreros, E. (2018). Validation of the working alliance inventory–observer short version with male intimate partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *18*(2), 152-161. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.02.003>
- Santirso, F. A., Lila, M., & Garcia, E. (2020). Motivational strategies, working alliance, and protherapeutic behaviors in batterer intervention programs: A randomized controlled trial. *The European Journal of Applied to Legal Context*, *12*(2), 77-84. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a7>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, *27*(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Stein, D. J., Scott, K. M., Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*, *19*(2), 127–136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, *15*(3), 215-224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*, *27*(2), 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tichenor-Hill, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *26*(2), 195-199. <https://doi.org/10.1037/h0085419>
- Tracey, T. J., & Kokovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Journal Psychotherapy Practice Research*, *10*(3), 173-178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330646/>
- Truax, C. B., Fine, H., Moravec, J., & Millis, W. (1968). Effects of therapist persuasive potency in individual psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *24*(3), 359-362. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196807\)24:3<359::AID-JCLP2270240325>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196807)24:3<359::AID-JCLP2270240325>3.0.CO;2-O)

- Truax, C. B., & Lister, J. L. (1970). Effects of therapist persuasive potency in group psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 26(3), 396-397. [https://doi.org/10.1002/10974679\(197007\)26:3<396::AIDJCLP2270260342>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/10974679(197007)26:3<396::AIDJCLP2270260342>3.0.CO;2-T)
- Vaz, A. (2021). *Therapist's facilitative interpersonal skills and persuasiveness in psychotherapy* [Doctoral dissertation, ISPA – Instituto Universitário]. ISPA- Instituto Universitário repository. <http://hdl.handle.net/10400.12/8255>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychol Rep*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy* (2nd ed.). American Psychological Society. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A. Kring, M. Chin, M Y., Raines, C. R., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54(4), 321-338. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000144>
- Zimmermann, C., & Haes, H. D. (2011). Building the working alliance in brief psychotherapies. In M., Rimondini (Ed.) *Communication in cognitive behavioral therapy* (pp. 53-71). Springer.

Table 1

Model of the Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS) Before Validation Process

Items
Preconditions
Item 1 [Therapist (T) explores Client's (C) "assumptive systems" or "folk psychology"]
Item 2 [T explores C's preexisting expectations and beliefs regarding the therapeutic process and therapeutic change]
Item 3 [T stimulates C's emotional arousal]
Rationale
Item 4 [T validates and/or reframes C's problems as understandable]
Item 5 [T offers cogent explanations for the factors creating or perpetuating C's problems]
Item 6 [T offers cogent explanations as to how therapy and therapeutic tasks might help resolve C's problems]
Non-verbal Behaviors
Item 7 [T is emotionally expressive through a consistently affectively-responsive tone of voice]
Item 8 [T is verbally fluent (i. e., communicates with confidence, ease and clarity)]
Item 9 [T maintains eye contact with C]
Item 10 [T is nonverbally expressive (i.e., T uses forward trunk lean, facial expressions, body movement and gestures)]
Influence

Item 11 [C looks attentive/engaged with what T is communicating]

Item 12 [C is considering/reflecting on what T is communicating (instead of dismissing or complying)]

Item 13 [C expresses a willingness to try new behaviors or try something new]

Table 2*Summary of Results for Exploratory Factor Analysis of the TPRS*

Items	Rotated Factorial Loadings		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Item 1 [Therapist (T) explores Client's (C) "assumptive systems" or "folk psychology"]	.63	-.35	
Item 2 [T explores C's preexisting expectations and beliefs regarding the therapeutic process and therapeutic change]		-.49	
Item 3 [T stimulates C's emotional arousal]	.83		
Item 4 [T validates and/or reframes C's problems as understandable]	.89		
Item 5 [T offers cogent explanations for the factors creating or perpetuating C's problems]	.56		
Item 6 [T offers cogent explanations as to how therapy and therapeutic tasks might help resolve C's problems]	.34	.76	
Item 7 [T is emotionally expressive through a consistently affectively-responsive tone of voice]	.91		
Item 8 [T is verbally fluent (i. e., communicates with confidence, ease and clarity)]	.61	.34	
Item 9 [T maintains eye contact with C]	.61		

Item 10 [T is nonverbally expressive (i.e., T uses forward trunk lean, facial expressions, body movement and gestures)]	.87		
Item 11 [C looks attentive/engaged with what T is communicating]			.75
Item 12 [C is considering/reflecting on what T is communicating (instead of dismissing or complying)]			.72
Item 13 [C expresses a willingness to try new behaviors or try something new]		.59	
Eigenvalues	5.22	2.03	1.45
% of variance	37.64	11.67	7.91
α	.89	.57	.71

Table 3*Factorial Weights of the Respecified Model of the TPRS*

Items	Loadings	Skewness	Kurtosis
Item 1 [Therapist (T) explores Client's (C) "assumptive systems" or "folk psychology"]	1.00	-.754	.073
Item 3 [T stimulates C's emotional arousal]	1.73	.103	-1.305
Item 4 [T validates and/or reframes C's problems as understandable]	1.00	-.303	-1.105
Item 5 [T offers cogent explanations for the factors creating or perpetuating C's problems]	0.89	-.396	-1.234
Item 7 T is emotionally expressive through a consistently affectively-responsive tone of voice]	1.00	-.156	-.972
Item 8 [T is verbally fluent (i. e., communicates with confidence, ease and clarity)]	0.92	-.247	-1.519
Item 9 [T maintains eye contact with C]	0.66	-.496	-.799
Item 10 [T is nonverbally expressive (i.e., T uses forward trunk lean, facial expressions, body movement and gestures)]	1.13	-.401	-.870
Item 11 [C looks attentive/engaged with what T is communicating]	1.00	-.870	.938
Item 12 [C is considering/reflecting on what T is communicating (instead of dismissing or complying)]	1.06	-.951	.916

Table 4*Comparison of Confirmatory Factor Analysis Indices for the Models of the TPRS*

Indices	Model retrieved from the literature review	Respecified model	Unidimensional model
X^2	(60) = 147.25; $p < .001$	(29) = 42.99; $p = .046$	(31) = 45.28; $p = .047$
X^2/df	2.45	1.48	1.46
<i>CFI</i>	0.79	0.96	0.96
<i>PCFI</i>	0.61	0.62	0.66
<i>RMSEA</i>	0.17	0.098	0.096
<i>AIC</i>	235.25	94.99	93.28
<i>BCC</i>	269.47	109.66	106.82

Note. X^2 statistic; the X^2/df index; CFI = comparative fit index; PCFI = parsimony adjusted variant; RMSEA = root mean squared error approximation; AIC = akaike information criterion; BCC = browne-cudeck criterion

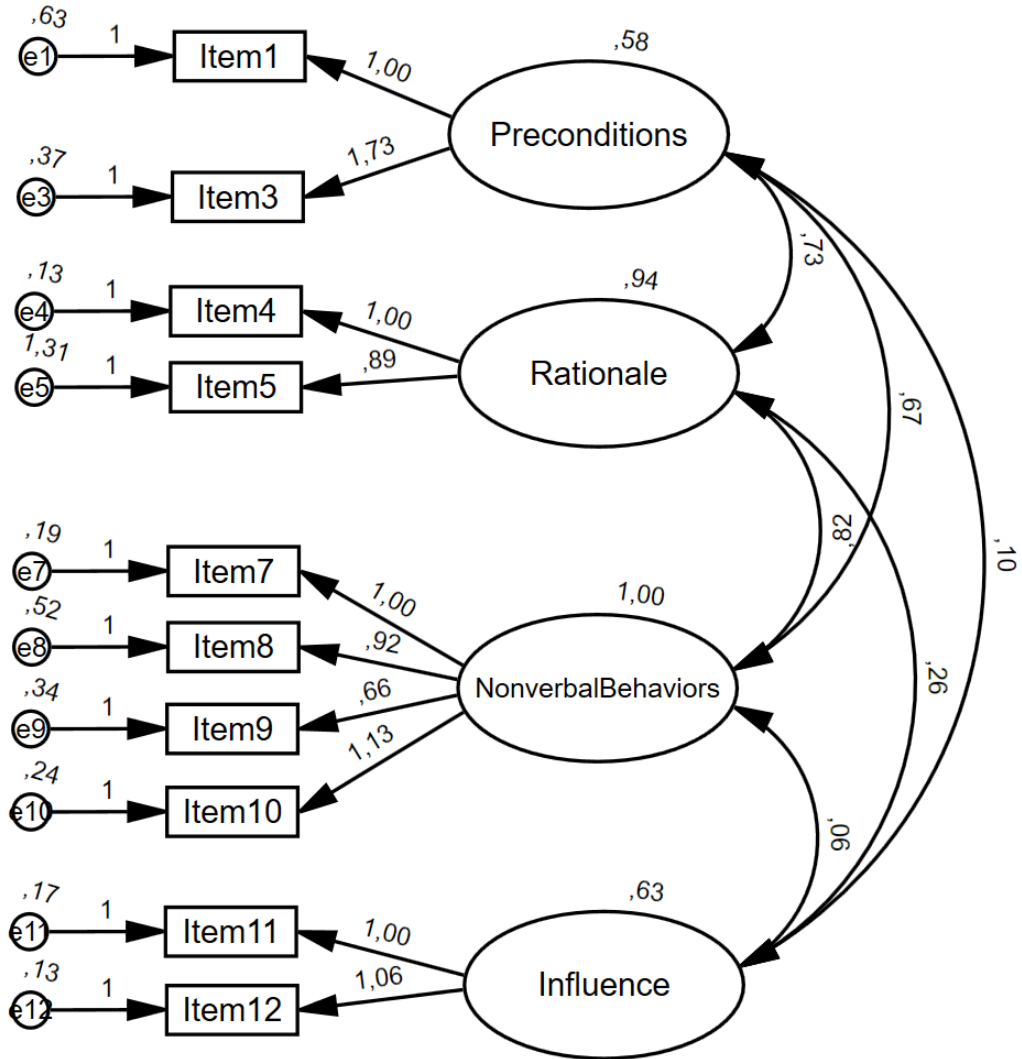
Table 5*Reliability, Validity and Correlation of the Factors of the Final Model of the TPRS*

Factor	CR	AVE	MSV	ASV	Rationale	Preconditions	Nonverbal	Influence
Preconditions	0.76	0.62	0.96	0.59	.79			
Rationale	0.79	0.65	0.96	0.59	.98	.81		
Nonverbal	0.91	0.72	0.78	0.50	.85	.88	.85	
Influence	0.89	0.81	.11	0.05	.34	.16	.078	.902

Note. CR = composite reliability; AVE = average variance extracted; MSV = maximum shared variance; ASV = average shared variance

Figure 1

Final Model of the TPRS



Note. Confirmatory factor analysis of the respecified final model of the TPRS. $X^2(29) = 42.99$, $p = .046$; $X^2 df = 1.48$; $CFI = 0.96$; $PCFI = 0.62$; $RMSEA = 0.098$; $AIC = 94.99$; $BCC = 109.66$

Appendices

Appendix A – Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS)

Therapist’s Persuasiveness Rating Scale (TPRS)

Administration

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

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

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

Raters guidelines

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

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

observations allows the rater to differentiate each rating level and accurately rate the therapist's persuasiveness. Items will have a succinct explanation to give context to what is being evaluated in that domain.

Therapist's Persuasiveness Rating Scale

Establishment of preconditions for co-creation of therapeutic rationale

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

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

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

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

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

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

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

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

2. T stimulates C's emotional arousal.

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

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

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

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

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

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

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

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

Co-creation of the therapeutic rationale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nonverbal charismatic behaviors

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. T maintains eye contact with C.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Therapist's influence on client

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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., Višlă, A., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–485. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000169>
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy - The transformation of meanings: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(6), 341-346. <https://doi.org/10.1177/014107688607900611>
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293-302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- Heide, F. J. (2013). “Easy to sense but hard to define”: Charismatic nonverbal communication and the psychotherapist. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 305-319. <https://doi.org/10.1037/a0032481>
- Spelt, H. A. A., Zhang, C., Westerink, J. H., Ham, J., & Ijsselsteijn, W. (2020). *Persuasion-Induced Physiology Partly Predicts Persuasion Effectiveness*. *IEEE Transactions on Affective Computing*.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215-224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>
- Wampold, B. E. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 49–65). John Wiley & Sons.

Addendum: Therapist's Persuasiveness Rating Scale – Coding Template

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

Establishment of preconditions for co-creation of therapeutic rationale

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

Co-creation of the therapeutic rationale

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

Nonverbal charismatic behaviors

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

Therapist's influence on client

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

Appendix B – Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta

Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta

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 adjectivos 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 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

3. 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).

4. 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.

Comportamentos não-verbais carismáticos

5. **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.

6. 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.

7. 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.

8. 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

9. 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.

10. 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 exhaustivamente 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.

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.

Adenda: Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta – Template de cotação

Gravação: Clique ou toque aqui para introduzir texto. **Codificador:** Clique ou toque aqui para introduzir texto. **Data:** Clique ou toque aqui para introduzir uma data.

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

Itens	Início	Meio	Fim
1. O Terapeuta (T) explora os “sistemas de crenças” e a “psicologia do senso comum” do Cliente (C).	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
2. T estimula as emoções de C.	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

Co-criação do racional terapêutico

Itens	Início	Meio	Fim
3. T valida e/ou reformula os problemas de C como compreensíveis.	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
4. T oferece explicações convincentes para os factores que criaram ou perpetuam os problemas de C.	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

Comportamentos não-verbais carismáticos

Itens	Meio	Fim	End
5. T é expressivo emocionalmente através de um tom de voz consistentemente afectivo e responsivo.	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
6. T tem fluência verbal (i.e., comunica com confiança, facilidade e clareza).	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
7. T mantém contacto visual com C.	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
8. T é expressivo de forma não-verbal (i.e., T usa inclinação do tronco para a frente, expressões faciais, movimento corporal e gestos).	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

A influência do terapeuta no cliente

Itens	Início	Meio	Fim
9. O C parece estar atento/interessado naquilo que T está a comunicar.	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.
10. C está a considerar/reflectir sobre o que T está a comunicar	Escolha um item.	Escolha um item.	Escolha um item.

(em vez de rejeitar ou
adoptar).

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

Working Alliance Inventory-Observer Version-Short Form

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

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

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

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

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

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

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

*Item is a reverse scored item.

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

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

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

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

1	2	3	4	5	6	7
Never						Always

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

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

Never Always

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

1 2 3 4 5 6 7
Never Always

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

1 2 3 4 5 6 7
Never Always

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

*Item is a reverse scored item.

1 2 3 4 5 6 7
Never Always

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

1 2 3 4 5 6 7
Never Always

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

1 2 3 4 5 6 7
Never Always

Appendix D – Revisão de Literatura

Revisão de Literatura

Investigação em Psicoterapia

Eficácia da Psicoterapia

A eficácia da psicoterapia ocupou o lugar central dos debates na comunidade de psicoterapeutas entre as décadas de 50 e 80. Eysenck e Strupp foram os principais intervenientes na disputa, a qual espoletou avanços essenciais na investigação em psicoterapia (Wampold & Imel, 2015; Wampold, 2019). Enquanto o primeiro defendia que não existiam dados comprovando a eficácia da psicoterapia (Eysenck, 1952, 1964), o segundo criticava as conclusões daquele e apelava à necessidade de aprofundar a investigação (Strupp, 1964). Em 1977, a meta-análise realizada por Smith e Glass concluiu que a psicoterapia, independentemente do modelo teórico, tem efeitos benéficos. Várias meta-análises têm reforçado a superioridade dos efeitos da psicoterapia face ao não tratamento ou à condição de placebo (Lambert, 2015). Aliás, evidência empírica sugere que as pessoas em psicoterapia registam melhorias mais significativas do que 80% daquelas que não foram tratadas (Wampold & Imel, 2015). Além disso, a psicoterapia surge como igualmente eficaz aos psicofármacos para várias problemáticas, tendo efeitos mais duradouros (Cuijpers et al., 2020; Lee et al., 2016). Deste modo, a psicoterapia é aceite transversalmente como eficaz (Jong & DeRubeis, 2018).

Partindo do pressuposto de que as intervenções não são igualmente eficazes e contêm ingredientes específicos, houve um investimento na comparação das várias abordagens terapêuticas (Miller et al, 2013; Wampold, 2019). No entanto, após esse período de competição, a conclusão de Smith e Glass (1977) mantinha-se: não há uma abordagem que seja identificada, de forma significativa e consistente, como mais eficaz (Wampold & Imel, 2015). Aliás, evidência empírica suporta a eficácia das principais abordagens terapêuticas: abordagem cognitivo-comportamental (McMain et al., 2015); existencial (Stephenson & Hale, 2017; Vos et al., 2015); humanista-experiencial (Angus et al., 2014); psicodinâmica (Leichsenring & Steinert, 2019; Rabeyron, 2021); e sistémica-familiar (Stratton et al., 2014). A psicoterapia também se revela eficaz em várias problemáticas: ansiedade (Hunsche, 2019); depressão (Zhang et al., 2019); perturbações de personalidade (Horn et al., 2015); e perturbações de comportamento alimentar (Linardon et al., 2019). Não obstante, as elevadas taxas de deterioração e de *dropout* dos clientes, e a auto-avaliação excessivamente optimista por parte

dos terapeutas relativamente às suas competências clínicas e resultados terapêuticos, constituem desafios para a prática terapêutica (Sousa, 2017).

Em oposição àqueles que defendem que as abordagens terapêuticas não são igualmente eficazes, encontram-se os que alegam a presença de mecanismos propulsores de mudança nas várias intervenções (Miller et al., 2013; Wampold, 2019). Rosenzweig (1936) apelou à existência nas várias abordagens terapêuticas de elementos determinantes para o sucesso terapêutico, os *unrecognized factors*, actualmente reconhecidos como factores comuns. Estes são factores implícitos, não verbalizados e potenciadores de mudança, que promovem a equivalência de resultados entre os modelos teóricos. O autor simboliza a acção destes factores com base na fala do livro *Alice no País das Maravilhas*: “At last the Dodo said, ‘Everybody has won, and all must have prizes’ ” (Rosenzweig, 1936, p. 412). Após a meta-análise de Luborsky et al. (1975) ter sugerido que não existiam diferenças significativas entre os *outcomes* das várias intervenções, este fenómeno foi apelidado de “Veredicto de Dodo”. Desde então foram desenvolvidos vários modelos baseados nos factores comuns, como o de Jerome Frank (Frank & Frank, 1993) e Bruce Wampold (Wampold & Imel, 2015).

Nas várias edições do livro *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, Jerome Frank populariza a hipótese dos factores comuns, defendendo que todas as psicoterapias têm aspectos curadores semelhantes entre si (Frank & Frank, 1993). De acordo com o autor, todas as psicoterapias têm como objectivo combater o estado de confusão e falta de esperança, transversal aos clientes no início do processo terapêutico. O autor identifica ainda os seguintes quatro factores transversais às várias intervenções: a existência de uma relação de cariz emocional entre o sujeito que procura ajuda e o que a providencia; *setting* de cariz curador, que favoreça a segurança e o apoio sentidos pelo cliente, para facilitar a discussão de temáticas dolorosas; um racional ou “mito” para a problemática do cliente, que deve ser aceite por este; a prescrição de tarefas ou “rituais” que sejam acreditados pelo terapeuta e cliente como o veículo para assegurar a melhoria do primeiro e que estimulem a participação activa do cliente (Frank & Frank, 1993).

Modelo Contextual

Mais recentemente, o Modelo Contextual desenvolvido por Bruce Wampold sintetiza e explica como a psicoterapia funciona (Wampold & Imel, 2015). Este parte da premissa de que a relação estabelecida entre terapeuta e cliente constitui o busílis da eficácia da psicoterapia e propõe que antes do processo terapêutico tenha início é necessário que haja a criação de um

laço entre o terapeuta e o cliente (Wampold & Imel, 2015). Após o fomento desta ligação, as três vias através das quais a psicoterapia promove a sua eficácia podem ser desencadeadas (Wampold, 2017). A primeira via envolve a construção de uma relação real, que é conceptualizada por Gelso (2014) como uma relação na qual ambos intervenientes se experienciam e percebem de forma genuína e realista. A investigação sugere a associação entre a relação real e progresso terapêutico (Gelso et al., 2018), sendo que os terapeutas que estabelecem melhores relações, na perspectiva dos clientes, produzem melhores resultados terapêuticos (Kivlighan et al., 2015). A segunda via envolve a criação de expectativas positivas mediante a co-construção de um racional teórico que explique a problemática do cliente (Wampold, 2017). No entanto, a criação de expectativas através do racional teórico não é suficiente, sendo necessária a realização de acções terapêuticas, que constitui a terceira via (Wampold & Imel, 2015). O aspecto mais importante desta via não incide no carácter específico das tarefas, mas na realização de actividades saudáveis, que contribuem para bem-estar psicológico e redução de sintomas (Budge & Wampold, 2015).

A análise transversal de meta-análises realizada por Norcross e Lambert (2019) destaca um conjunto de variáveis presentes na relação terapêutica, que surgem correlacionados com progresso terapêutico. A aliança terapêutica, um conceito pan-teórico, que tem sido o foco de vários estudos na investigação em psicoterapia, parece contribuir para 8% da variabilidade dos resultados terapêuticos (Flückiger et al., 2019). Demais, a empatia do terapeuta, muitas vezes considerada um elemento basilar da psicoterapia, parece contribuir para 9% da variância dos resultados terapêuticos (Elliot et al., 2019). Outros factores, como a expressão emocional, a promoção de expectativas positivas, a promoção da credibilidade da psicoterapia e a reparação de rupturas da aliança terapêutica constituem elementos da relação terapêutica prováveis de produzir melhores resultados terapêuticos. Desse modo, a relação terapêutica contribui de forma significativa e consistente para o sucesso do processo terapêutico, sendo necessário investigar os comportamentos do psicoterapeuta que facilitam o estabelecimento da relação (Norcross & Lambert, 2019).

Variável do Psicoterapeuta

O foco na comparação das abordagens terapêuticas tornou durante muito tempo o terapeuta na variável negligenciada pela investigação (Garfield, 1997). No entanto, o interesse renovado nos efeitos do terapeuta espoletou uma fase de estudos, embora no seu começo, sobre as características dos terapeutas que promovem melhores resultados terapêuticos (Baldwin &

Imel, 2013). Os efeitos do terapeuta correspondem à variância de outcomes que pode ser atribuída à variável do terapeuta (Barkham et al., 2017), sendo que a literatura sugere uma variância significativa atribuída aos factores dos terapeutas e a variabilidade acentuada de eficiência entre os terapeutas (Wampold & Imel, 2015). Mais especificamente, os efeitos do terapeuta parecem contribuir entre 5 e 9% da variância dos outcomes terapêuticos, valor substancialmente superior à variância de 1% atribuída aos ingredientes específicos (Johns et al., 2019). No entanto, um estudo que calculou os efeitos do terapeuta numa amostra de 104,474 clientes, sugere efeitos de terapeuta de 3.4%, o que se pode ter devido à exclusão dos efeitos da clínica (1.9%), que não terá sido considerada nos estudos com efeitos do terapeuta superiores (Firth et al., 2019).

A evidência empírica sugere ainda que existem terapeutas que obtêm de forma consistente e significativa resultados terapêuticos superiores àqueles obtidos por outros (Barkham et al., 2017). Num estudo que reuniu 71 terapeutas acompanhando casos clínicos semelhantes, os 10% piores terapeutas registaram o dobro de deterioração do que os melhores (Okiishi et al., 2006), o que tem sido reproduzido noutros estudos (Firth et al., 2019). As diferenças entre terapeutas parecem agravar-se com o aumento da duração da intervenção, visto que em intervenções de 3-4 sessões os resultados são semelhantes entre terapeutas, mas quando estas têm 16 sessões, os terapeutas mais eficazes obtêm melhores resultados terapêuticos (Goldberg et al., 2016a). Os autores propõem que as intervenções longas requerem mais capacidades interpessoais e um racional teórico sofisticado, ao contrário de intervenções curtas (Goldberg et al., 2016a).

A variabilidade entre terapeutas tem sido encontrada em ensaios clínicos e ambientes naturalistas (Barkham et al., 2017) e não parece ser atribuída ao acaso ou explicada por características dos clientes (Heinonen & Nissen-Lie, 2019). Além disso, variáveis como a idade, o género, experiência de vida, e a personalidade e atitudes do terapeuta não sustentam esta variabilidade (Beutler et al., 2004). Um estudo longitudinal que acompanhou 170 terapeutas durante 18 anos sugere ainda que a acumulação de anos de experiência clínica não surge associada a melhores resultados terapêuticos (Goldberg et al., 2016b). Os resultados obtidos pelos terapeutas também não parecem ser influenciados pelo seu nível de treino (Nyman et al., 2010) ou pela sua competência na administração de técnicas específicas e adesão a tratamentos manualizados (Webb et al., 2014). Isso leva ao suscitamento da seguinte pergunta: quais são as características e acções dos terapeutas mais eficazes? (Wampold et al., 2017a). O delineamento destes atributos possibilita a monitorização e treino destas qualidades por parte dos terapeutas,

de forma a potenciar melhores resultados terapêuticos (Goldberg et al., 2016b; Heinonen & Nissen-Lie, 2019). Apesar do estudo das características do terapeuta ainda estar no seu início, algumas qualidades e comportamentos dos terapeutas têm surgido associadas a melhores resultados terapêuticos (Baldwin & Imel, 2013).

Características de psicoterapeutas eficazes

A aliança terapêutica, também denominada por *helping alliance* ou *working alliance*, envolve a ligação emocional estabelecida entre terapeuta e cliente, e o acordo entre os dois relativamente aos objectivos da psicoterapia e às tarefas terapêuticas (Bordin, 1979). Esta é considerada um dos factores mais importantes para o sucesso terapêutico, apresentando uma relação positiva e robusta com os resultados terapêuticos (Wampold & Imel, 2015). Donde, os terapeutas que estabelecem uma boa ligação emocional e um ambiente colaborativo junto de vários clientes, produzem melhores resultados terapêuticos (Flückiger et al., 2019). Demais, o questionamento dos terapeutas relativamente às suas competências clínicas, juntamente com um sentido de *self* positivo, tem sido sugerido como um importante predictor de resultados terapêuticos, contribuindo para a construção da aliança terapêutica (Nissen-Lie et al., 2010) e obtenção de mudanças clínicas significativas (Nissen-Lie et al., 2013, 2015). No entanto, outros estudos não associam a dúvida dos terapeutas a outcomes terapêuticos (Sandell et al., 2006) ou sugerem que influencia negativamente o progresso terapêutico (Odyniec et al., 2019).

A implementação de uma rotina de monitorização de resultados terapêuticos também tem sido sugerida como uma forma de promover melhores resultados terapêuticos e reduzir a taxa de deterioração (Shimokawa et al., 2010). A aplicação consistente e continuada de sistemas de feedback mune o terapeuta com informações novas acerca do cliente e identifica aqueles que estão em risco de deteriorar ou abandonar prematuramente a psicoterapia, permitindo a adaptação da intervenção e resolução dos aspectos que podem contribuir para essa resposta negativa (Boswell et al., 2015). Contudo, a monitorização de resultados funciona apenas como um guia, devendo ser acompanhada pela prática deliberada (Miller et al., 2015). A prática deliberada tem sido destacada como uma rotina comum dos terapeutas mais eficazes (Miller, et al., 2015), consistindo num treino focado e repetitivo de competências específicas, no qual o terapeuta recebe feedback acerca do seu desempenho, de modo a melhorar as suas competências profissionais (Rousmaniere et al., 2017).

Por fim, as competências interpessoais facilitadoras do terapeuta (*facilitative interpersonal skills* ou FIS) referem-se a “Interpersonal skills ... that allow some people to be

more effective ... 1) perceiving, understanding, and sending a wide range of interpersonal messages and 2) persuading others who have personal problems to apply proposed solutions to their problems and abandon maladaptive patterns” (Anderson & Patterson, 2013, p.2). Estas têm sido sugeridas de forma consistente como um predictor robusto de resultados terapêuticos (Heinonen & Nissen-Lie, 2019; Schöttke et al., 2017). Aliás, os estudos desenvolvidos por Anderson et al. (2009, 2016a, 2016b, 2019) sugerem que a variabilidade entre terapeutas se deve, em parte, às FIS do terapeuta, que parecem contribuir para maior alívio sintomático (Anderson et al., 2016b) e para a construção de alianças terapêuticas mais fortes (Anderson et al., 2016a). Apesar de os autores apresentarem estas competências interpessoais como traços relativamente estáveis (Anderson & Patterson, 2013), evidência empírica sugere que estes traços podem ser treinados (Anderson et al., 2020; Perlman et al., 2020). As capacidades interpessoais facilitadoras do terapeuta são avaliadas a partir da *FIS performance task*, que envolve a apresentação de vídeos de momentos desafiantes em psicoterapia desempenhados por actores, aos quais os participantes respondem como se fossem terapeutas, sendo depois cotados a partir do manual de codificação das FIS (Anderson et al., 2019). Apesar do impacto das FIS para os resultados terapêuticos, esta metodologia experimental é raramente utilizada, o que se deve em parte aos seus elevados custos, visto que o processo de cotação é demoroso e envolve um treino específico (Goldberg et al., 2020a).

O manual de codificação das capacidades interpessoais facilitadoras dos terapeutas desenvolvido por Anderson e Patterson (2013) destaca 8 características interpessoais dos terapeutas: 1) fluência verbal, sendo que a articulação do terapeuta deve ser clara e serena e o racional teórico deve ser transmitido de forma sucinta (Wampold, 2017); 2) transmissão de esperança e expectativas positivas quanto à capacidade de o cliente atingir os objectivos terapêuticos (Constantino et al., 2018); 3) persuasão, que se refere à capacidade de o terapeuta comunicar o racional teórico de forma convincente (Anderson & Patterson, 2013); 4) expressão emocional, na medida em que o discurso do terapeuta deve transmitir uma presença emocional (Greenberg, 2016); 5) transmissão de aceitação e compreensão, promovendo um ambiente no qual o sujeito se sente apoiado e seguro (Anderson & Patterson, 2013); 6) empatia, que se refere à capacidade de o terapeuta entrar no “mundo” do cliente, despedido de preconceitos, e entender a experiência subjectiva deste (Rogers, 1975); 7) capacidade de criar uma aliança terapêutica (Anderson & Patterson, 2013); 8) identificação e reparação de rupturas da aliança terapêutica (Anderson & Patterson, 2013). Ainda não existem conclusões acerca das competências específicas que têm mais impacto nos outcomes terapêuticos (Anderson et al., 2016b), sendo

que algumas capacidades interpessoais permanecem pouco estudadas, como é o caso da persuasão (Vaz, 2021).

Persuasão

Estudo da persuasão em psicoterapia

Embora a persuasão não seja um conceito recente, tendo as suas origens na retórica da Grécia Antiga, permanece um dos factores comuns menos investigado em psicoterapia (Crăciun, 2015; Vaz, 2021). O estudo da psicoterapia enquanto processo de influência social teve como ponto de partida a obra de Jerome Frank (Heppner & Claiborn, 1989), na qual a capacidade persuasiva do psicoterapeuta é apresentada como um factor imprescindível para o sucesso terapêutico (Frank & Frank, 1993). De acordo com o autor, todas as psicoterapias ocorrem ao nível dos significados construídos pelo cliente acerca de si, dos outros e do Mundo – os *assumptive world* ou *assumptive systems* – que são influenciados pela cultura, atitudes e crenças do sujeito (Frank, 1986). No entanto, esses significados podem não ser adaptativos, visto que não ajudam o sujeito a ultrapassar os obstáculos com que se depara e promovem experiências de conflito interno. Com efeito, podem conduzir a um estado de desmoralização, que Frank descreve como o estado habitual dos clientes no início do processo terapêutico, envolvendo experiências de isolamento, falta de esperança e incapacidade de alterar a sua situação actual (Frank & Frank, 1993).

Apesar de os *assumptive systems* mal adaptativos serem relativamente estáveis, o objectivo da psicoterapia consiste na transformação desses sentidos, de forma a combater o estado de desmoralização do cliente e promover a remoralização, como Frank explica: “The aim of psychotherapy is to help feel and function better by encouraging appropriate modifications in their assumptive worlds thereby transforming the meanings of experiences to more favorable ones” (Frank & Frank, 1993, p.30). O terapeuta, na posição de curandeiro, apresenta um “mito” ou racional teórico ao cliente, que explica de forma adaptativa os sintomas e emoções do sujeito, e nomeia um conjunto de “rituais” ou tarefas terapêuticas, aceites por ambos como importantes para restaurar a saúde e bem-estar do cliente (Frank, 1974). Esta dinâmica significa que o terapeuta vai persuadir o cliente a transformar o seu *assumptive world* e adoptar o racional teórico e acções terapêuticas propostas, que combatem o estado de confusão e falta de esperança do sujeito, oferecendo uma explicação plausível para a sua experiência e

estimulando expectativas positivas quanto à psicoterapia (Frank, 1987). Frank (1986) sintetiza a importância da capacidade persuasiva do terapeuta da seguinte forma:

The crucial determinant of outcome may be the persuasiveness of the particular therapist and his rationale and procedures to the particular patient – that is, the relative ability of the therapist and the meaningful connections he provides to inspire the patient's hopes, strengthen his sense of mastery, arouse him emotionally, and so on. (p. 344).

O papel da persuasão do terapeuta teorizado por Jerome Frank foi inicialmente criticado por Abroms (1968), o qual frisou que a adoção de novos comportamentos e significados por parte do cliente requer a incorporação e participação activa do mesmo. Deste modo, a capacidade persuasiva do terapeuta não deve ser estudada isoladamente, tendo também em consideração as crenças, valores, experiências passadas e expectativas do cliente (Abroms, 1968). Esta crítica moldou os estudos subsequentes sobre a influência social em psicoterapia (Vaz, 2021).

O modelo desenvolvido por Strong (1968) propõe que a apresentação do racional teórico e as tentativas de persuadir o cliente podem levar à experiência de dissonância cognitiva neste. Para diminuir o estado de desarmonia e tensão internos, o sujeito pode alterar as suas atitudes ou descredibilizar o terapeuta, sendo que Strong (1968) descreve um modelo de duas fases que pretende aumentar a influência social do terapeuta e reduzir a probabilidade deste ser desacreditado. Em primeiro lugar, o terapeuta deve fortalecer a sua credibilidade, quer a partir da manifestação da sua *expertness* quer da consolidação da sua *trustworthiness*, aumentando a sua *attractiveness* aos olhos do cliente, o que pode ser alcançado através de uma atitude de *unconditional positive regard* ou da transmissão de uma ideia de semelhança e compatibilidade. De seguida, o terapeuta deve promover o envolvimento do cliente no processo terapêutico mediante a focalização da problemática e prescrição de tarefas terapêuticas. As duas fases aumentam a possibilidade de persuadir o cliente e a probabilidade deste transformar os seus significados e envolver-se no processo terapêutico (Strong, 1968).

O modelo de Strong (1968) espoletou uma vaga de estudos sobre os factores dos clientes que influenciam a percepção da *expertness*, *trustworthiness* e *attractiveness* do terapeuta. Estes não geraram resultados claros ou conclusivos, de certa forma agravando a escassez de estudos sobre a persuasão do terapeuta (Heppner & Claiborn, 1989). No entanto, a meta-análise realizada por Beutler et al. (2018) sobre a reactância dos clientes constitui uma excepção. A reactância está relacionada com a sensibilidade dos clientes à persuasão ou influência social do terapeuta, podendo ser entendida como “an extreme example wherein the patient not only

resists, but changes in a direction away from that advocated by the therapist” (Beutler et al., 2018, p. 1953). O estado de reactância é influenciado pelas acções do terapeuta, na medida em que se este tiver uma atitude directiva e confrontativa pode gerar uma contradição no cliente. Mas se o terapeuta for capaz de se ajustar ao cliente e adoptar uma posição de “curandeiro”, que guia o cliente, pode promover melhores resultados terapêuticos (Beutler et al, 2018). Aliás, um estudo que reuniu 30 clientes com perturbação de ansiedade generalizada sugere que os terapeutas capazes de persuadir clientes resistentes a envolverem-se no tratamento promovem melhores resultados terapêuticos (Aviram et al., 2016). Deste modo, é necessário estudar o que caracteriza a persuasão dos terapeutas (Vaz, 2021).

Características de psicoterapeutas persuasivos

De acordo com Jerome Frank (1986), os meios através dos quais o terapeuta é capaz de transformar os significados atribuídos pelos clientes à sua problemática assemelham-se aos do retórico. Aristóteles descreve a persuasão como a capacidade de o orador convencer e manipular as emoções do receptor mediante a apresentação de argumentos (*logos*), o fomento da credibilidade do orador (*ethos*) e a capacidade de apelar ao lado emocional do público (*pathos*) (Cooper, 2016). À semelhança de Aristóteles, Frank (1987) destaca a credibilidade do terapeuta (*ethos*), os argumentos apresentados (*logos*) e a estimulação emocional do cliente (*pathos*) como as três qualidades dos terapeutas persuasivos. No caso da psicoterapia, a credibilidade do terapeuta está associada à sua profissão, que lhe confere competências e confiabilidade. Os argumentos referem-se às explicações ou acções propostos pelo terapeuta com o objectivo de convencer o sujeito a transformar o seu assumptive world. Por fim, a capacidade de estimular emoções no cliente é proposta como uma forma de aumentar a influência do terapeuta e potenciar o envolvimento do cliente no processo terapêutico (Frank, 1987).

Com base na conceptualização teórica de Jerome Frank (Frank & Frank, 1993), Truax et al (1968, 1970) examinaram a relação entre a *persuasive potency*, definida como capacidade de o terapeuta comunicar de forma socialmente influente, e os resultados terapêuticos obtidos em psicoterapia individual e de grupo. Nestes, as intervenções de terapeutas junto de 40 clientes em psicoterapia individual e 32 clientes em psicoterapia de grupo foram avaliadas a partir de uma escala de 3 pontos que mede a *persuasive potency*. Foi ainda examinado o seu impacto nos resultados terapêuticos, os quais sugerem que, tanto em psicoterapia individual como de grupo, os terapeutas com maior *persuasive potency* obtêm melhores resultados terapêuticos (Truax et al., 1968; Truax & Lister, 1970). Aliás, os terapeutas mais persuasivos obtiveram 90% de

melhorias clínicas, comparados com os terapeutas pouco persuasivos que alcançaram 50% de melhorias (Truax et al., 1968). Demais, parece que a persuasão dos terapeutas funciona de forma independente de outras competências interpessoais, como a empatia ou a genuinidade (Truax et al., 1968; Truax & Lister, 1970).

Apesar dos avanços realizados por Truax et al. (1968, 1970), continuava a não existir um método de avaliação íntegro e objectivo das competências e atributos de terapeutas persuasivos (Packwood & Parker, 1973). De modo a colmatar esta falha, Packwood e Parker (1973) propõem um método de avaliação das competências persuasivas dos terapeutas assente na convicção e confiança destes relativamente à mensagem transmitida e à aceitação da mesma pelo cliente. A convicção do terapeuta é definida como “the intensity or strength of belief the counselor has in what he says” (Packwood & Parker, 1973, p. 40). Assim sendo, uma convicção forte relativamente ao racional teórico e tarefas terapêuticas configura um aspecto central da capacidade persuasiva do terapeuta (Frank, 1959). A aceitação da mensagem do terapeuta pelo cliente é avaliada a partir da concordância que este expressa verbalmente acerca da mesma ou da realização das medidas propostas pelo terapeuta (Packwood & Parker, 1973). Embora a escala de Packwood e Parker (1973) tenha proporcionado uma medida mais completa de avaliação da persuasão do terapeuta, não foi bem-sucedida no aprofundamento do estudo das qualidades dos terapeutas persuasivos (Vaz, 2021).

Mais recentemente, os estudos sobre as capacidades interpessoais facilitadoras do terapeuta realizados por Anderson et al (2009, 2016a, 2016b, 2019) constituíram uma contribuição valiosa para o estudo e compreensão da persuasão do terapeuta (Vaz, 2021). Apesar de os autores não trabalharem a capacidade persuasiva do terapeuta de forma isolada, avaliando-a em conjunto com as restantes FIS, providenciam um sistema de cotação das acções observáveis dos terapeutas que permitem avaliar o seu nível de persuasão (Anderson & Patterson, 2013). Além do mais, esboçaram a seguinte definição da persuasão do terapeuta:

Persuasiveness is the capacity to induce the other to accept a view that may be different from his or her own view. It involves that ability to convey a clear, organized understanding about the meaning of the other’s source of distress. Persuasiveness implies an ability to communicate what Jerome Frank called a “believable myth”. This capacity implies that the persuasive therapist must be convincing in communicating this belief-system. (Anderson & Patterson, 2013, p. 14)

Desse modo, o conjunto de estudos realizados por Anderson et al. (2009, 2015, 2016, 2019) constitui a primeira tentativa de avaliar a persuasão do terapeuta de forma sistemática

com um sistema de cotação com boas características psicométricas, que permite classificar o terapeuta desde muito persuasivo até não persuasivo (Anderson & Patterson, 2013). Os terapeutas muito persuasivos comunicam o racional teórico de forma convincente, com confiança, certeza e autoridade, o que contrasta com os terapeutas sem capacidade persuasiva, que transmitem o racional teórico de forma pouco credível e lógica ou demonstram pouca confiança e hesitação na comunicação (Anderson & Patterson, 2013). Este sistema de cotação, baseado em características e acções observáveis, possibilita examinar a relação da persuasão com outras variáveis do processo terapêutico, como a *working alliance* (Vaz, 2021).

Além da comunicação verbal, importa concretizar os comportamentos ou aptidões não-verbais que caracterizam os terapeutas mais persuasivos (Vaz, 2021). Estes surgem associados de forma estatisticamente significativa à percepção da credibilidade do terapeuta, que por sua vez está relacionada de forma robusta com a influência social que o mesmo exerce sobre os clientes (Hoyt, 1996). De modo mais particular, comportamentos não-verbais carismáticos, como a gesticulação de mãos e a fluência vocal, e comportamentos expressivos, como a expressividade facial, acenos de cabeça, a inclinação do corpo na direcção do outro, parecem promover uma maior capacidade de persuadir o outro no contexto terapêutico (Heide, 2013; Otterson, 2015). Os comportamentos não-verbais expressivos parecem contribuir especificamente para a influência das emoções do cliente, na medida em que a expressividade emocional do terapeuta promove no outro um estado emocional congruente, como se houvesse um processo de contágio ou persuasão emocional (Neumann & Strack, 2000).

Apresentação do racional teórico

Apesar da escassez de estudos sobre a capacidade persuasiva do terapeuta, esta tem sido considerada como um importante factor para o sucesso da psicoterapia (Locher et al., 2019). Como Wampold (2012) refere: “In all therapies, the therapist uses social influence, through the verbal transactions of the therapy, to induce acceptance of the explanation provided by the treatment method” (p. 446). Desse modo, a explicação ou racional teórico providenciados pelo terapeuta acerca da problemática do cliente e do processo terapêutico constituem um elemento central do combate ao estado de desmoralização (Frank, 1987; Frank & Frank, 1993)

O racional teórico consiste na conceptualização formulada pelo psicoterapeuta sobre os factores que contribuem para a origem da queixa do cliente e o conjunto de tarefas ou acções terapêuticas a desempenhar para aliviar os sintomas e o estado de *distress* do sujeito (Ahmed & Westra, 2009). Podem distinguir-se dois tipos de racionais teóricos: o racional teórico que

reorganiza as queixas apresentadas pelo sujeito, havendo uma co-construção das explicações e dos sentidos atribuídos aos problemas do cliente; e o racional teórico que propõe um conjunto de ações para ajudar o sujeito a ultrapassar a sua problemática (Vaz, 2021). A base científica do racional teórico não é relevante, o que importa é que este seja adaptativo, oferecendo uma solução que seja aceite e compreendida pelo cliente e que o ajude a ultrapassar os obstáculos que até aí não foi capaz de superar (Budge & Wampold, 2015; Wampold, 2012).

A apresentação do racional teórico é um elemento central das várias abordagens terapêuticas, na medida em que oferece uma explicação para os sintomas do sujeito e atribui um nome às emoções deste, combatendo o estado de confusão do cliente e auxiliando-o na transformação dos significados não adaptativos para outros mais saudáveis que potenciem o processo de mudança (Frank, 1986; Frank, 1987). Como Ametrano et al (2017) referem, o racional teórico é “a quintessential transdiagnostic factor early in psychotherapy that forms the conceptual backdrop of the subsequent treatment process” (p. 201). Aliás, uma meta-análise que examinou tratamentos para perturbações de ansiedade, que apresentam ou não racionais teóricos, sugere que as tarefas terapêuticas específicas a cada abordagem terapêutica não são eficazes sem uma explicação sobre como podem ajudar o sujeito (Yulish et al., 2017). Demais, dois estudos que examinaram o impacto do racional teórico nos resultados terapêuticos obtidos junto de participantes com ansiedade social sugerem que a apresentação de um racional teórico, compreendido e aceite pelo sujeito, promove expectativas positivas quanto aos resultados terapêuticos e fortalece a auto-confiança dos clientes no desempenho das tarefas terapêuticas (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017). O racional teórico também parece promover a adesão do cliente à intervenção, estimulando a realização das tarefas terapêuticas mesmo após a conclusão da psicoterapia (Ahmed & Westra, 2009). Todavia, um estudo que avaliou o impacto da explicação providenciada a clientes para o processo terapêutico sugere que a apresentação de um racional teórico não é suficiente para promover uma maior aceitação ou adesão à intervenção (Cludius et al., 2017). Demais, a apresentação do racional teórico também foi proposta como um predictor negativo da experiência emocional do cliente, suspendendo a elaboração de novos significados pelo cliente e o contacto com a sua experiência emocional (Vaz, 2021).

A apresentação do racional teórico não é suficiente por si só, visto que este precisa de ser comunicado de forma convincente, persuadindo mesmo os clientes relutantes acerca do processo terapêutico para estes acreditarem que vão beneficiar com o mesmo (Constantino et al., 2018; Swift & Greenberg, 2015). Aliás, evidência empírica sugere que a forma como o

racional teórico é comunicado pode influenciar as expectativas do cliente quanto aos resultados terapêuticos (Kazdin & Krouse, 1983), a confiança deste relativamente ao desempenho das acções terapêuticas e o seu envolvimento no processo terapêutico (Ahmed & Westra, 2009). O racional teórico deve oferecer uma explicação clara e adequada sobre o processo terapêutico, contendo detalhes suficientes, sem ser excessivamente exaustivo (Horvath, 1990). Demais, deve mencionar que aquele é um tratamento moderno baseado em evidência empírica e apresentar alguns exemplos de casos clínicos para os quais a psicoterapia foi benéfica, recorrendo a jargão ou linguagem técnica para descrever o processo terapêutico (Kazdin & Krouse, 1983). Além disso, o racional teórico deve ser transversal, abrangendo os afectos, as cognições e os comportamentos do sujeito (Kazdin & Krouse, 1983) e mantendo simultaneamente o foco na problemática apresentada pelo sujeito (Yulish et al., 2017).

Os racionais que incluem estes elementos parecem ser mais convincentes e eficazes no incentivo do envolvimento do sujeito no processo terapêutico e na transmissão de expectativas positivas. No entanto, estes não devem comunicar expectativas idealizadas, mas transmitir uma ideia realista do processo terapêutico, expressando que o progresso por vezes pode ser demorado e podem surgir momentos de regressão (Constantino et al., 2012). Estes também não devem ser estandardizados: são mais persuasivos quando estão ajustados ao cliente e, em particular, à sua cultura (Benish et al., 2011) e ao assumptive world pré-existente do mesmo (Wampold, 2012). Onde, os terapeutas mais persuasivos são também responsivos, na medida em que são capazes de captar os significados atribuídos pelo cliente e as suas crenças ou atitudes quanto ao processo terapêutico e adaptar o racional teórico aos mesmos (Coyne et al., 2019; Wampold, 2012).

Criação de expectativas positivas

Outro elemento fundamental para o sucesso do processo terapêutico são as expectativas positivas criadas a partir da co-construção do racional teórico, que constituem a segunda via de promoção de mudança estipulada pelo Modelo Contextual (Wampold & Imel, 2015). Estas são sugeridas como um importante predictor de resultados terapêuticos (Constantino et al., 2018, 2019). Aliás, uma meta-análise que atentou sobre a eficácia de intervenções psicológicas para perturbações de ansiedade propõe que as expectativas originadas pelo racional teórico desempenham um papel crucial na redução sintomática e constituem maiores predictores de resultados terapêuticos do que os ingredientes específicos (Yulish et al., 2017). No entanto, as expectativas dos clientes permanecem uma variável pouco estudada pela investigação em

psicoterapia (Vaz, 2021), sendo necessário aprofundar a literatura sobre placebo para compreender esta variável (Yulish et al., 2017).

Os efeitos de placebo referem-se aos benefícios resultantes das expectativas do cliente relativamente à eficácia do tratamento, que são promotoras das capacidades auto-curativas do cliente (Bohart & Tallman, 2010). Apesar de o estudo do placebo em psicoterapia ser limitado, contando com um conjunto de obstáculos ao nível da definição e conceptualização dos efeitos de placebo em psicoterapia (Enck & Zipfel, 2019; Kirsch, 2019; Wampold et al., 2016), evidência empírica sugere que estes contribuem de forma significativa para os resultados obtidos em intervenções psicológicas (Wampold et al., 2005). Contudo, uma meta-análise que avaliou 130 estudos que examinaram efeitos do placebo em tratamentos médicos e psicológicos sugere que os placebos não produzem efeitos clínicos significativos (Hróbjartsson & Gøtzsche 2001). Demais, os efeitos de placebo em psicoterapia parecem ser apenas robustos quando as perturbações são sensíveis ao efeito do placebo (como, perturbações de ansiedade) e os ensaios de psicoterapia estruturam-se de forma a detectar esses efeitos (Wampold et al., 2005). Não obstante, a eficácia das intervenções psicológicas parece dever-se, em parte, aos efeitos das expectativas do sujeito (Kirsch, 2005; Blease & Kirsch, 2016; Rosenthal & Frank, 1956). Existe ainda um conjunto de comportamentos do terapeuta que podem potenciar os efeitos de placebo e as expectativas do cliente (Doering et al., 2018; Gaab, et al., 2018; Wampold, 2018;), como a apresentação de um racional teórico convincente (Locher et al., 2017) e a construção de uma boa aliança terapêutica e de um ambiente colaborativo (Constantino et al., 2018, 2019).

Persuasão e aliança terapêutica

A aliança terapêutica tem sido sugerido como estando relacionada com a co-construção do racional teórico (Frank, 1987; Safran & Segal, 1990). De acordo com Frank (1987), a capacidade de o terapeuta persuadir o cliente a abdicar de significados não-adaptativos e construir com aquele uma nova explicação mais adaptativa depende da capacidade de o terapeuta estabelecer uma aliança terapêutica forte com o cliente. O ambiente colaborativo que se estabelece entre terapeuta e cliente e a ligação emocional, que permite ao cliente sentir-se ouvido e compreendido pelo terapeuta, vão facilitar a aceitação do racional teórico providenciado por este (Frank, 1987). Safran e Segal (1990), por sua vez, sugerem que a apresentação do racional teórico pode facilitar a construção da aliança terapêutica. A clarificação da problemática do sujeito e a resposta a questões do cliente acerca da relevância dos procedimentos terapêuticos são propostos como facilitadores do acordo quanto aos

objetivos e às tarefas terapêutica e da ligação entre os dois. A reiteração do racional teórico é também proposta como uma forma de reparar as rupturas na aliança terapêutica, esclarecendo quaisquer equívocos ou desacordos do cliente quanto ao mesmo (Safran et al., 2011).

Ansiedade

As perturbações de ansiedade constituem das perturbações mentais com maior prevalência mundial, com uma incidência global de 7.3% (Stein et al., 2017) e predomínio ao longo da vida até 29% (Stein, 2015). Além disso, estão associadas a uma elevada comorbidade com outras perturbações mentais (Goldstein-Piekarski et al., 2016) e doenças físicas (Latas et al., 2019). Estas acarretam ainda vários prejuízos para a vida familiar, social e profissional do sujeito (Yu et al., 2018) e geram elevados custos económicos (Konnopka & König, 2019). As perturbações de ansiedade envolvem a experiência de medo e preocupação relativamente a eventos ou estímulos que o sujeito poderá confrontar no futuro, espoletando uma experiência de distress e respostas fisiológicas desproporcionais ao perigo que o estímulo representa e que o sujeito percebe como sendo incapaz de controlar (Canals et al., 2019). De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2013), as perturbações de ansiedade incluem as fobias específicas, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade generalizada. Estas perturbações de ansiedade partilham a construção de interpretações enviesadas (Everaert et al., 2018, 2019; Stuijzand et al., 2018) e comportamentos de evitamento em relação ao estímulo (Abramowitz & Jacoby, 2015; Asher & Hofmann, 2020), que contribuem para a manutenção da ansiedade (Rodebaugh et al., 2018).

Intervenções psicoterapêuticas para perturbações de ansiedade

A abordagem cognitivo-comportamental é frequentemente proposta como o *gold-standard* da psicoterapia (David et al., 2018), existindo uma vasta gama de estudos que suportam a sua eficácia no tratamento das perturbações de ansiedade (Cuijpers et al., 2016; Dis et al., 2019; Gallagher et al., 2020; Santoft et al., 2019; Webb et al., 2016). No entanto, parece que é o foco do processo terapêutico no cliente que promove a eficácia da terapia (Yulish et al., 2017). Demais, os resultados das meta-análises que sugerem a superioridade das intervenções cognitivo-comportamentais não são replicáveis (Frost et al., 2020), pois os estudos que apresentam esta abordagem como mais eficaz parecem ser de baixa qualidade psicométrica (Leichsenring & Steinert, 2017; Leichsenring et al., 2018; Wampold et al., 2017b). Além disso, parece que nem todos os clientes beneficiam das terapias cognitivo-comportamentais (Loerinc

et al., 2015; Springer et al., 2018), sendo que outras intervenções, como a abordagem psicodinâmica (Rahmani et al., 2020a), integrativa (Aziz et al., 2020; Beutel et al., 2019) e humanista-experiencial (Timulak, 2018) são eficazes no tratamento das perturbações de ansiedade.

Embora o número de protocolos cognitivo-comportamentais para o tratamento de perturbações de ansiedade seja extenso e variado, partilham uma vertente cognitiva e de exposição, integrando também técnicas de relaxamento (Kaczurkin & Foa, 2015). As terapias cognitivas pretendem identificar e desafiar as formas de pensamento distorcidas do sujeito que espoletam ansiedade experienciada pelo mesmo, promovendo ainda mudanças nas emoções e nos comportamentos mal-adaptativos (Luong et al., 2020). As técnicas cognitivas são habitualmente utilizadas em conjunto com as de exposição, o que resulta numa escassez de estudos sobre aquelas técnicas isoladamente (Kaczurkin & Foa, 2015). As terapias de exposição envolvem o confronto entre o sujeito e o estímulo que este receia, integrando elementos que contradigam a resposta patológica de medo, o que promove novas experiências de aprendizagem acerca do estímulo e contribui para o decréscimo da reacção de medo (Rupp et al., 2017). A forma como a exposição ao estímulo é realizada parece diferir consoante a perturbação de ansiedade, podendo ser ao vivo, de forma imagética ou interoceptiva, e através de realidade virtual (Carl et al., 2018; Kaczurkin & Foa, 2015). Apesar de a evidência empírica sugerir que as técnicas de exposição são eficazes no tratamento da ansiedade (Parker et al., 2018), os resultados obtidos em contexto real terapêutico são inferiores (Levita et al., 2016). Isso parece dever-se à ansiedade sentida pelo terapeuta ao colocar o cliente numa situação de distress, o que reforça a necessidade de estudar o impacto dos efeitos do terapeutas (Levita et al., 2016).

A abordagem cognitivo-comportamental tem verificado a emergência de intervenções baseadas numa visão contextual do sujeito e num conjunto de conceitos e métodos em comum, como a aceitação e o *mindfulness* (Hayes & Hofman, 2017). A *acceptance commitment therapy* (ACT) tem sido proposta como uma abordagem eficaz no tratamentos das perturbações de ansiedade (Hacke et al., 2016), contribuindo para a redução do stress e dos sintomas de ansiedade e para a promoção de uma melhor qualidade de vida (Coto-Lesmes et al., 2020). Esta abordagem recorre a processos de aceitação, *mindfulness* e mudança de comportamentos, que pretendem estimular a flexibilidade psicológica do sujeito, na medida em que estimulam a capacidade de contactar com a experiência interna de ansiedade, sem recorrer a comportamentos de evitamento, ou deixar que a ansiedade determine os seus comportamentos,

promovendo condutas mais ajustadas aos valores do sujeito. (Twohig & Levin, 2017). Evidência empírica sugere que a ACT produz melhores resultados terapêuticos do que as terapias cognitivo-comportamentais em clientes hesitantes relativamente à capacidade de gerir a sua ansiedade, visto que convida o cliente a aceitar a ansiedade em vez de procurar que este controle a mesma, reforçando a importância de adaptar o racional teórico às características do indivíduo (Niles et al., 2017).

As intervenções de mindfulness pretendem aumentar a consciencialização do sujeito para a sua experiência interna de ansiedade, estimulando a capacidade deste dirigir a atenção para os seus pensamentos e emoções com uma atitude de aceitação e livre de preconceito. A *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) envolve um conjunto de exercícios de meditação, que têm como objectivo fomentar uma atitude *mindful* (Creswell et al., 2019). A *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) integra a componente de psico-educação e desafio das formas de pensar distorcidas do cliente provenientes das terapias cognitivo-comportamentais com exercícios de meditação (Surawy et al., 2015). Embora evidência empírica sugira que a atitude *mindful* promovida por estas abordagens contribui para o alívio dos sintomas de ansiedade (Rodrigues et al., 2017; Singh & Gorey, 2017), os resultados de uma meta-análise sugere que estas são apenas eficazes na redução dos sintomas de stress, sendo outras intervenções cognitivo-comportamentais mais benéficas no tratamento dos sintomas de ansiedade (Costa et al., 2018).

A acumulação de investigação sobre a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais faz com que outras abordagens, como as terapias psicodinâmicas ou humanistas-experienciais, sejam negligenciadas como opções de tratamento para perturbações de ansiedade (Hoffman, 2019; Timulak, 2018). No entanto, a terapia psicodinâmica tem sido sugerida como uma abordagem eficaz na redução dos sintomas de ansiedade (Lindegaard et al., 2020; Mowlaie et al., 2018). A *intensive-short-term dynamic psychotherapy* (ISTDP) permite intervir de forma breve junto de clientes com perturbações de ansiedade, contribuindo para a redução dos sintomas de ansiedade e promovendo a capacidade de regulação emocional no sujeito (Abbass, 2016; Johansson et al, 2017; Rahmani et al., 2020b). Esta intervenção recorre a um conjunto de técnicas, como interpretação da resistência do sujeito e aplicação de uma pressão terapêutica, que desafiam as defesas utilizadas pelo sujeito (Abbass, 2016; Abbass & Solbakken, 2016), de forma a alcançar e activar emoções de ansiedade que permaneciam inconscientes e ajudar o sujeito a regulá-las e relacioná-las com experiências de vida passadas (Rahmani et al., 2020a).

Embora a abordagem humanista-experiencial seja sub-representada no tratamento das perturbações de ansiedade (Timulak, 2018), a *emotion-focused therapy* (EFT) tem sido sugerida como uma abordagem eficaz no tratamento de perturbações de ansiedade (Elliot & Shahar, 2017; Timulak et al., 2020; Watson & Greenberg, 2017). A EFT tem como objectivos a construção de uma relação terapêutica calorosa e empática bem como o incentivo para que o sujeito contacte com as suas emoções momento-a-momento (Watson & Greenberg, 2017). O contacto e a simbolização do medo e a preocupação associada às perturbações de ansiedade, identificando as respectivas necessidades de protecção e segurança que não são satisfeitas e articulando com experiências emocionais transformativas de raiva adaptativa e auto-compaixão, promovem uma resiliência emocional, que contribui para uma organização do self menos vulnerável e propensa à ansiedade (Timulak, 2018). Além de a terapia focada-nas-emoções contribuir para a redução de sintomas de ansiedade social e de ansiedade generalizada após o término da terapia (Shahar et al., 2017; Shahar, 2020), a componente experiencial desta abordagem estimula a auto-confiança e a capacidade de o sujeito lidar com a ansiedade (Timulak et al., 2017) e contribui para a diminuição do medo sentidos por este (Haberman et al., 2018).

Persuasão do psicoterapeuta em perturbações de ansiedade

Embora exista pouca informação sobre aquilo que promove os efeitos positivos da psicoterapia na ansiedade, a apresentação do racional teórico de forma credível e persuasiva, adaptada às características e crenças pré-existentes do cliente e que seja aceite e compreendido pelo sujeito, é proposto como um factor que influencia os resultados terapêuticos, promovendo expectativas positivas quanto ao processo de mudança e a construção de uma aliança terapêutica forte (Ahmed & Westra, 2009; Ilardi & Craighead, 1994).

Um estudo que examinou junto de 77 participantes com ansiedade social o impacto da apresentação do racional teórico, sugere que este promove expectativas positivas relativamente ao processo terapêutico e contribui para o aumento da auto-confiança do sujeito para realizar as tarefas de exposição e gerir a sua ansiedade (Ahmed & Westra, 2009). Demais, parece que a apresentação do racional teórico estimula o envolvimento activo do cliente no processo terapêutico, fomentando acções consistentes com as recomendações do terapeuta e a realização das tarefas de exposição após o término do tratamento. No entanto, os participantes beneficiaram diferentemente do racional teórico: para aqueles que demonstraram ambivalência quanto à sua capacidade de gerir a ansiedade, o racional teórico parece ter contribuído para um

aumento de auto-confiança e percepção de credibilidade das tarefas terapêuticas, que estimulou o envolvimento no processo terapêutico; para aqueles que apresentaram certeza quanto à sua capacidade ou incapacidade de gerir a ansiedade, o racional teórico não foi necessário ou suficiente para estimular o envolvimento activo no processo terapêutico (Ahmed & Westra, 2009).

Mais recentemente, um estudo avaliou o impacto da integração de comportamentos persuasivos por parte do terapeuta aquando a apresentação do racional teórico nos resultados terapêuticos de 178 participantes com ansiedade social (Ametrano et al., 2017). As acções persuasivas do terapeuta incluem comunicar de forma confiante os benefícios da intervenção cognitivo-comportamental, apresentar evidência empírica que suportam aquela abordagem para o tratamento da ansiedade social, adaptar o processo terapêutico às preferências do sujeito e utilizar linguagem técnica para descrever o tratamento. À semelhança dos resultados obtidos por Ahmed e Westra (2009), a apresentação do racional teórico contribuiu para a promoção de expectativas positivas relativamente aos resultados terapêuticos, o aumento de confiança do sujeito quanto à capacidade de executar as tarefas terapêuticas e a percepção da credibilidade e utilidade dessas acções terapêuticas (Ametrano et al., 2017).

Contudo, parece que a apresentação do racional teórico não influenciou de forma estatisticamente significativa as crenças do cliente quanto a procurar ajuda psicológica, a motivação para se envolver em psicoterapia no futuro, e os sintomas de ansiedade. Os autores sugerem que as crenças globais do sujeito podem não ser afectadas pelo racional teórico e que a diminuição dos sintomas de ansiedade requer o envolvimento do sujeito na psicoterapia. Demais, os autores destacam algumas limitações do estudo que podem ter contribuído para tal, como o racional teórico ser apresentado a partir de um vídeo, sem existir uma interacção entre o terapeuta e o cliente, e as técnicas de persuasão não terem sido incluídas em número suficiente ou de forma transversal ao longo da apresentação do racional (Ametrano et al., 2017). Considerando que outros estudos sugerem que a apresentação do racional teórico de acordo com os comportamentos persuasivos utilizados por Ametrano et al. (2017) contribuem para mais expectativas positivas e envolvimento no processo terapêutico (Ahmed & Westra, 2009; Kazdin & Krouse, 1983), é necessário investigar de forma mais aprofundada o impacto da persuasão do terapeuta aquando a apresentação do racional teórico (Ametrano et al., 2017).

A esperança e as expectativas positivas estimuladas a partir da apresentação do racional teórico têm sido sugeridas como um factor transversal às várias abordagens terapêuticas, um mecanismo através do qual a psicoterapia promove o processo de mudança e um importante

predictor da redução dos sintomas de ansiedade (Constantino et al., 2018; Constantino et al., 2019; Gallagher et al., 2019; Yulish et al., 2017). Além de estimular expectativas positivas quanto ao processo terapêutico, a apresentação do racional teórico promove a auto-eficácia do sujeito e o envolvimento activo do mesmo no processo terapêutico (Gallagher et al., 2019), que parecem contribuir para melhores resultados terapêuticos (Arndt et al, 2020; Kampmann et al., 2019). A apresentação de um racional teórico, aceite e compreendido pelo sujeito de forma convincente e persuasiva, parece estimular uma atitude menos auto-culpabilizadora ou estigmatizante neste relativamente aos seus sintomas de ansiedade (Schofield et al., 2019). A apresentação do racional teórico tem sido proposta como um comportamento do terapeuta que parece contribuir para a construção de uma aliança terapêutica forte (Fjermestad et al., 2020; Safran & Segal, 1990) e para a reparação de rupturas na aliança terapêutica (Safran et al., 2011), permanecendo por investigar (Ahmed & Westra, 2009).

Objectivos

Como se verifica, embora a persuasão do terapeuta seja proposta como um factor essencial para a apresentação de um racional teórico convincente, que estimula o envolvimento activo do cliente no processo terapêutico e promove a criação de expectativas positivas, contribuindo também para a construção e manutenção de uma aliança terapêutica forte, esta permanece pouco estudada, necessitando de mais investigação (Ahmed & Westra, 2009; Kazdin, 2005). Donde, o presente estudo tem como principal objectivo examinar a capacidade persuasiva do terapeuta junto de pacientes com perturbações de ansiedade, pretendendo desenvolver uma escala de avaliação da persuasão do terapeuta e examinar a relação entre a capacidade persuasiva do terapeuta e a aliança terapêutica.

Referências

- Abbass, A. (2016). The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(2), 245–280. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245>
- Abbass, A., & Solbakken, O. A. (2016). Symptom-and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(5), 1-15. <https://doi.org/10.1017/neu.2016.5>
- Abramowitz, J. S., / Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. *Annual Review Clinical Psychology*, 11(8), 1-22. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- Abroms, G. (1968). Persuasion in psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.*, 129(9), 1213-1218. <https://doi.org/10.1176/ajp.124.9.1212>
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cogn. Ther. Res.*, 33(3), 314-322. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9182-1>
- American Psychiatric Association. (2013). Anxiety disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., Naven, T. (2017). The influence of expectancy persuasion techniques on socially anxious analogue patients' treatment beliefs and therapeutic actions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(3), 187-205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.3.187>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J.M., Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University: Unpublished rating manual.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, K., Hulin, B. D. (2016a). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>

- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016b). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57–66. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *J. Clin Psychol., 76*(4), 659-675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Anderson, T., Finkelstein, J. D., & Horvath, S. A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Couns Psychother Res, 20*(3), 1-7. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2014). Humanistic psychotherapy research 1990 – 2015: From methodological innovation to evidence supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research, 25*(3), 1-18. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- Arndt, A., Rubel, J., Berger, T., & Lutz, W. (2020). Outpatient and self-referred participants: Adherence to treatment components and outcome in an internet intervention targeting anxiety disorders. *Internet Interventions, 20*(100319). <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100319>
- Asher, M., Aderka, I. M., & Hofmann, S. G. (2020). I'm not feeling it: Momentary experiential avoidance and social anxiety among individuals with social anxiety disorder. *Behavior Therapy, 52*(1), 183-194. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.001>
- Aviram, A., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(9), 783-794. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000100>
- Aziz, M. O., Mehrinejad, S. A., Hashemian, K., & Paivastegar, M. (2020). Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 39*(101122), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101122>
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior Change* (6th ed., pp. 258- 297). John Wiley & Sons.

- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay, & C. E. Hill (Eds.), *Are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13-36). American Psychological Association.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Beutel, M. E., Greenberg, L., Lane, R. D., & Wrana, C. S. (2019). Treating anxiety disorders by emotion-focused psychodynamic psychotherapy (EFPP)- An integrative, transdiagnostic approach. *Clin Psychol Psychother, 26*, 1-13. <https://doi.org/10.1002/cpp.2325>
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Edwards, C., & Someah, K. (2018). Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *J. Clin. Psychol., 74*(11), 1952-1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>
- Blease, C., & Kirsch, I. (2016). The placebo effect and psychotherapy: Implications for theory, research, and practice. *Psychology of Consciousness: Theory, Research and Practice, 3*(2), 105-107. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000094>
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & Hubble M. A. (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd. ed., 83-111). American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research, 25*(1), 37-41. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Budge, S. L., & Wampold, B. E. (2015). The relationship: How it works. In O. C. G. Gelo. A. Pritz, & B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome*

- (pp. 213-228). Springer-Verlag Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_11
- Canals, J., Voltas, N., Hernáñez-Martínez, C. H., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Carl, A. E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, J. R., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2018). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>
- Cludius, B., Schröder, J., Moritz, S. (2017). Expectancy effects in self-help depression treatment. First evidence that the rationale given for an online study impacts the outcome. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 46(2), 195-208. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000571>
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569. <https://doi.org/10.1037/a0029440>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Višlā, A., Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patient's early treatment outcome expectations and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473-485. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000169>
- Constantino, M. J., Višlā, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2019). Cultivating positive outcome expectation. In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, 24-78). Oxford University Press.
- Cooper, J. M. (2016) Ethical-political theory in Aristotle's rhetoric. In D. J. Furley, & A. Nehamas (Eds.), *Aristotle's "Rhetoric"* (2nd ed., pp. 193-210). Princeton University Press.
- Costa, M. D. A., Oliveira, G. S. D. D., Tatton-Ramos, T., & Salum, G. A. (2018). Anxiety and stress-related disorders and mindfulness-based interventions: A systematic review and multilevel meta-analysis and meta-regression of multiple outcomes. *Mindfulness*, 10, 996-1005. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1058-1>

- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *263*, 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., & Muir, H. J. (2019). Therapist responsivity to patients' early treatment beliefs and psychotherapy process. *Psychotherapy*, *56*(1), 11. <https://doi.org/10.1037/pst0000200>
- Crăciun, B. (2015). Persuasion in psychotherapy. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, *6*(1), 1-5. <http://www.rjeap.ro/issue-1-2015/rjeap/volume-6-issue-1-2015/1-editorial-persuasion-in-psychotherapy-barbara-craciun>
- Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness training and physical health: Mechanisms and outcomes. *Psychosomatic Medicine*, *81*(3), 224-232. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000675>
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, J. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *43*, 79-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., & Christiaan, H. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, *19*(1), 92-107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- David, D., Cristea, J., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, *9*(4), 1-3. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Dis, E. M. V., Veen, S. C. V., Hagenars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., Heuvel, R. M. V. D., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2019). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(3), 265-273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Doering, B. K., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2018). Expectation-focused psychotherapy to improve clinical outcomes. *International Review of Neurobiology*, *138*, 257-270. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.02.004>
- Elliot, R., & Shahar, B. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety (EFT-SA). *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *16*(2), 140-158. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330701>

- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 24-78). Oxford University Press.
- Enck, P., & Zipfel, S. (2019). Placebo effects in psychotherapy: A framework. *Frontiers in Psychiatry, 10*(456), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00456>
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Cannon, T. D., Joorman, J. (2018). Looking through tinted glasses: Depression and social anxiety are related to both interpretations biases and flexible negative interpretation. *Clinical Psychological Science, 6*(4), 517-528. <https://doi.org/10.1177/2167702617747968>
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Castro, A., Joormann, J., & Cannon, T. D. (2019). When negative interpretations persist, positive emotions don't! Inflexible negative interpretations encourage depression and social anxiety by dampening positive emotions. *Behavior Research and Therapy, 124*(103510). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103510>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice, 1*(3), 97-100. <https://doi.org/10.37/h0088591>
- Firth, N., Saxon, D., Stiles, W., & Barkham, M. (2019). Therapist and clinic effects in psychotherapy: A three-level model of outcome variability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(4), 345-356. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000388>
- Fjermestad, K. W., Fjoreland, Ø., Oppedal, S. B., Sørensen, J. S., Vognild, Y. H., Gjestad, R., Öst, L. G., Bjaastad, J. F., Shirk, S. S., & Wergeland, G. J. (2020). Therapist alliance-building behaviors, alliance, and outcomes in cognitive behavioral treatment for youth anxiety disorders *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 50*(2), 229-242. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1683850>
- Flückiger, C., Re, A. C. D., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol.1, pp. 24-78). Oxford University Press.
- Frank, J. D. (1959). The dynamics of the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry, 22*(1), 17-39. <http://dx.doi.org/10.1080/00332747.1959.11023154>
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *Am. J. Psychiatry, 131*(3), 271-274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>

- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy - The transformation of meanings: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(6), 341-346. <https://doi.org/10.1177/014107688607900611>
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293-302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. JHU Press.
- Frost, N. D., Baskin, T. W., & Wampold, B. E. (2020). Comparative clinical trials in psychotherapy: Have large effects been replicated? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(128), 1-9. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000402>
- Gaab, J., Locher, C., & Blease, C. (2018). Placebo and psychotherapy: Differences, similarities, and implications. *International Review of Neurobiology*; 138, 241-255. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.01.013>
- Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., Souza, J. D., Boswell, J. F., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behavior Therapy*, 51(1), 190-202. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.06.001>
- Gallagher, M. W., Phillips, C. A., Souza, J. D., Richardson, A., Long, L. J., Boswell, J. F., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Trajectories of change in well-being during cognitive behavioral therapies for anxiety disorders: Quantifying the impact and covariation with improvements in anxiety. *Psychotherapy*, 57(3), 379–390. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000283>
- Garfield, S. L. (1977). The therapist as a neglected variable in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 2-5. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00097.x>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 37-41. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Markin. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434-444. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000183>
- Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, L. S., & Wampold, B. E. (2016a). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high and low-

- performing therapists. *Psychotherapy Research*, 28(4), 532-544.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000131>
- Goldstein-Piekarski, A., Williams, L. M., & Humpheys, K. (2016). A trans-diagnostic review of anxiety disorder comorbidity and the impact of multiple exclusion criteria on studying clinical outcomes in anxiety disorders. *Transl Psychiatry*, 6(84), 1-9.
<https://doi.org/10.1038/tp.2016.108>
- Greenberg, L. S. (2016). The clinical application of emotion in psychotherapy. In L. F., Barrett, L. Michael, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 670-684). The Guilford Press.
- Haberman, A., Shahar, B., Bar-Kalifa, E., Zilcha-Mano, S., & Diamond, G. M. (2018). Exploring the process of change in emotion- focused therapy for social anxiety. *Psychotherapy Research*, 29(7), 908-918.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1426896>
- Hacker, T., Stone, P., & Macbeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy – Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551–565.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.
<https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-423. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- 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>
- Heppner, P. P., & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 365-387.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.3.365>

- Hoffman, T. (2019). The psychodynamics of performance anxiety: Psychoanalytic psychotherapy in the treatment of social phobia/social anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(6), 153-160. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9411-1>
- Horn, E. K., Bartak, A., Meerman, A. M. M. A., Rossum, B. V., Ziegler, U. M., Thunnissen, M., Spoons, M., Andrea, H., Hamers, E. F. M., Emmelkamp, P. M., Stijnen, T., Busschbach, J. J. V., & Verheul, R. (2015). Effectiveness of psychotherapy in personality disorders not otherwise specified: A comparison of different treatment modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 426-442. <https://doi.org/10.1002/cpp.1904>
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636-642. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199009\)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199009)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U)
- Hoyt, W. T. (1996). Antecedents and effects of perceived therapist credibility: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 430-447. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.430>
- Hróbjartsson, A., & Gøtzsche, P. C. (2001). Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Eng J Med*, 344(21), 1594-1602. <https://doi.org/10.1056/NEJM200105243442106>
- Hunsche, M. C. (2019). Update on the effectiveness of psychotherapy for anxiety disorders in children and adolescents with ASD. *Bull Menning Clin*, 83(3), 326-352. <https://doi.org/10.1521/bumc.2019.83.3.326>
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138-156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Johansson, R., Lilliengren, P., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2017). Intensive short-term dynamic psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clin Psychol Psychother*, 24(6), 1313-1321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2101>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clin Psychol Rev*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>

- Jong, K. D., & DeRubeis, R. J. (2018). Effectiveness of psychotherapy. In J. N. Butcher, & J. M. Hooley (Eds.). *APA handbook of psychopathology* (Vol. 3, pp. 705-725). American Psychological Association.
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*, *17*(3), 337–346. [10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin](https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin)
- Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M. G., & Morina, N. (2019). Cognitive predictors of treatment outcome for exposure therapy: Do changes in self-efficacy, self-focused attention, and estimated social costs predict symptom improvement in social anxiety disorder? *BMC Psychiatry*, *19*(80), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2054-2>
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy*, *14*(5), 657-671. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80058-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80058-6)
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*(2), 184–188. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpi023>
- Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron? *J Clin Psychol*, *61*(7), 791-803. <https://doi.org/10.1002/jclp.20126>
- Kirsch, I. (2019). Placebo effect in the treatment of depression and anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, *10*(407), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00407>
- Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M., & Markin, R. D. (2015). The therapists, the client, and the real relationship: An actor-partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, *62*(2), 314-320. <https://doi.org/10.1037/cou0000012>
- Konnopka, A., & König, H. (2019). Economic burden of anxiety disorders : A systematic review and meta-analysis. *Pharmaco Economics*, *38*(1), 25-37. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7>
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of psychotherapeutic treatment. *Resonanzen*, *3*(2), 87-100. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/373/324>
- Latas, M., Latas, D. V., & Stojakovic, M. S. (2019). Anxiety disorders and medical illness comorbidity and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry*, *32*(5), 429-434 <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000527>

- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety, 33*(9), 792-806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *JAMA, 318*(14), 1323-1324. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.13737>
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., & Steinert, C. (2018). "Gold standards," plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*(159), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00159>
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2019). The efficacy of psychodynamic psychotherapy: An up-to-date review. In D. Kealey, & J. Ogrodniczuk (Eds.), *Contemporary psychodynamic psychotherapy* (pp. 49-74). Academic Press.
- Levita, L., Duhne, P. G. S., Girling, C., & Waller, G. (2016). Facets of clinicians' anxiety and the delivery of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 157-161. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.015>
- Linardon, J., Kothe, E. J., & Fuller-Tsykiewicz, M. (2019). Efficacy of psychotherapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder on self-esteem improvement: Meta-analysis. *European Eating Disorders Review, 27*(2), 109-123. <https://doi.org/10.1002/erv.2662>
- Lindgaard, T., Hesselø, T., Nilsson, M., Johansson, R., Carlbring, P., Lilliengren, P., & Andersson, G. (2020). Internet-based psychodynamic therapy vs cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A preference study. *Internet Interventions, 20*(100316). <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100316>
- Locher, C., Nascimento, A. F., Kirsch, I., Kossowsky, J., Meyer, A., & Gaab, J. (2017). Is the rationale more important than deception? A randomized controlled trial of open-label placebo analgesia. *Pain Journal Online, 158*(12), 2320-2328. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001012>
- Locher, C., Meier, S., & Gaab, J. (2019). Psychotherapy: A world of meanings. *Front Psychol, 10*(460), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00460>
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review, 42*, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry*, *32*(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Luong, H. K., Drummond, S. P. A., & Norton, P. J. (2020). Elements of the therapeutic relationship in CBT for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, *76*(102322), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102322>
- 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>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, *50*(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, S. D., Chow, D. L., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, *52*(3), 337-345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Mowlaie, M., Hajloo, N., Hashjin, G. S., Mikaeili, N., & Heidari, S. (2018). The effectiveness of empathic dynamic psychotherapy and anxiety- regulating psychodynamic therapy in treating adult separation anxiety disorder. *Practice in Clinical Psychology*, *6*(3), 143-153. : <https://www.researchgate.net/publication/327280738>
- Neumann, R., & Strack, F. (2000). "Mood contagion": The automatic transfer of mood between persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(2), 211-223. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.2.211>
- Niles, A. N., Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., & Craske, M. G. (2017). Applying a novel statistical method to advance the personalized treatment of anxiety disorders: A composite moderator of comparative drop-out from CBT and ACT. *Behaviour Research and Therapy*, *91*, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.001>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, *20*(6), 37-41. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497633>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, L., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, *23*(1), 86-104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>

- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., & Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2016). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1). Oxford University Press.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A., & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counsellor training levels within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 204-210. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00010.x>
- Odyniec P., Probst, T., Margraf, J., & Willutzki, U. (2019). Psychotherapist trainees' professional self-doubt and negative personal reaction: Changes during cognitive behavioral therapy and association with patient progress. *Psychotherapy Research*, 29(1), 123-138. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2017.1315464>
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J.M., Eggett, D., Nielsen, L., & Dayton, D. D. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>
- Otterson, B. (2015). *Therapist charisma and its impact: A phenomenological study* (Publication No. 3735209) [Doctoral dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Packwood, W. T., & Parker, C. A. (1973). A method for rating counselor social reinforcement and persuasion. *Journal of Counseling Psychology*, 20(1), 38-43. <https://doi.org/10.1037/h0034045>
- Parker, Z. J., Waller, G., Duhne, P. G. S., & Dawson, J. (2018). The role of exposure in treatment of anxiety disorders: A meta-analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(1), 1111-1141. <http://www.ijpsy.com/volumen18/num1/486.html>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Rabeyron, T. (2021). L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychoanalytiques et de la psychoanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(3), 1-34. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.07.003>

- Rahmani, F., Abbass, A., Hemmati, A., Mirghaed, S. R., & Ghaffari, N. (2020a). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(3), 245–251. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001097>
- Rahmani, F., Abbass, A., Hemmati, A., Ghaffari, N., & Mirghaed, A. R. (2020b). Challenging the role of challenge in intensive short - term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder : A randomized controlled trial. *J Clin Psychol*, 76(12), 1–10. <https://doi.org/10.1002/jclp.22993>
- Rodebauch, T. L., Weisman, J. S., & Tonge, N. A. (2018). Anxiety Disorders. In J. N., Butcher (Ed.), *APA handbook of psychopathology* (Vol. 1, pp. 429-454) American Psychological Association.
- Rodrigues, M. F., Nardi, A. E., & Levitan, M. (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: A review of the literature. *Trends Psychiatry Psychoter*, 39(3), 207–215. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0051>
- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 1.10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rosenthal, D., & Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53(4), 294–302. <https://doi.org/10.1037/h0044068>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.
- Rupp, C., Doebler, P., Ehring, T., & Vossbeck-Elsebusch, A. N. (2017). Emotional processing theory put to test: A meta- analysis on the association between process and outcome measures in exposure therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(3), 697–711. <https://doi.org/10.1002/cpp.2039>
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org./10.1037/a0022140>

- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 79(4), 629-647. <https://doi.org/10.1348/147608306X105694>
- Santoft, F., Salomonsson, S., Hesser, H., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Lekander, M., Kecklund, G., Öst, L. G., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Processes in cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Predicting subsequent symptom change. *Journal of Anxiety Disorders*, 67(102118), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102118>
- Schofield, C. A., Abdul-Chani, M., Gaudiano, B. A. (2019). Impact of causal explanations for social anxiety disorder on stigma and treatment perceptions. *Journal of Mental Health*, 29(1), 84–91. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1487543>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Shahar, B., Alon, E., & Bar-Kalifa, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple- baseline study. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 85(3), 238-249. <https://doi.org/10.1037/ccp0000166>
- Shahar, B. (2020). New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2918), 1-15. <https://doi.org/10.3390/jcm9092918>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Singh, S. K., & Gorey, K. M. (2017). Relative effectiveness of mindfulness and cognitive behavioral interventions for anxiety disorders: Meta-analytic review. *Social Work in Mental Health*, 16(2), 238-251. <https://doi.org/10.1080/15332985.2017.1373266>
- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica*. Fim de Século.
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1–8.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>

- Stein, D. J. (2015). Anxiety and related disorders in DSM-5. In J. K. Ressler, D. S. Pine, & B. O. Rothbaum (Eds.), *Anxiety disorders: Translational perspectives on diagnosis and treatment*. Oxford University Press.
- Stein, D. J., Scott, K. M., Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*, *19*(2), 127-136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>
- Stephenson, L., & Hale, B. (2017). An exploration into effectiveness of existential – phenomenological therapy as a UK NHS psychological treatment intervention. *Journal of Humanistic Psychology*, *60*(3), 1-18. <https://doi.org/10.1177/0022167817719178>
- Stratton, P., Silver, E., Nascimento, N., McDonnell, L., Powell, G., & Nowotny, E. (2014). Couple and family therapy outcome research in the previous decade: What does the evidence tell us? *Contemp Fam Ther*, *37*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10591-014-9314-6>
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, *15*(3), 215-224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>
- Strupp, H. H. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A rejoinder. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *1*(3), 101-101. <https://doi.org/10.1037/h0088579>
- Stuijzand, S., Creswell, C., Field, A. P., Pearcey, S., & Dodd, H. (2018). Research review: Is anxiety associated with negative interpretations of ambiguity in children and adolescents? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(11), 1127-1142. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12822>
- Surawy, C., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): Rationale, implementation and case illustration. *Mindfulness*, *6*(2), 382–392. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0271-1>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Timulak, L., McElvaney, J., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, *54*(4), 361–366. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000128>
- Timulak, L. (2018). Humanistic-experiential therapies in the treatment of generalised anxiety: A perspective. *Counselling and Psychotherapy*, *18*(3), 233–236.

<https://doi.org/10.1002/capr.12172>

- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, Jennings, C., & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HBO Open Research*, 3(7), 1-18. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Truax, C. B., Fine, H., Moravec, J., & Millis, W. (1968). Effects of therapist persuasive potency in individual psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 24(3), 359-362. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196807\)24:3<359::AID-JCLP2270240325>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196807)24:3<359::AID-JCLP2270240325>3.0.CO;2-O)
- Truax, C. B., & Lister, J. L. (1970). Effects of therapist persuasive potency in group psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 26(3), 396-397. [https://doi.org/10.1002/10974679\(197007\)26:3<396::AIDJCLP2270260342>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/10974679(197007)26:3<396::AIDJCLP2270260342>3.0.CO;2-T)
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatr Clin N Am*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Vaz, A. (2021). *Therapist's facilitative interpersonal skills and persuasiveness in psychotherapy* [Doctoral dissertation, ISPA – Instituto Universitário]. ISPA- Instituto Universitário repository. <http://hdl.handle.net/10400.12/8255>
- Vos, J., Cooper, M., Correia, E., & Craig, M. (2015). Existential therapies: A review of their scientific foundations and efficacy. *Existential Analysis*, 26(1), 49-69. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Wampold, B. E., Minami, T., Tierney, S. C., Baskin, T. W., Bhati, K. S. (2005). The placebo is powerful: Estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), <https://doi.org/835-854>. [10.1002/jclp.20129](https://doi.org/10.1002/jclp.20129)
- 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., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Wampold, B. E., Frost, N. D., Yulish, N. E. (2016). *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 108-120. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000045>

- 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., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017a). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay, & C. Hill (Eds.). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 37-54). American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Re, A. C. D., Yulish, N. E., Frost, D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017b). 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>
- Wampold., B. E. (2018). The therapeutic value of the relationship for placebo effects and other healing practices. *International Review of Neurobiology*, 139, 191-201. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.07.019>
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). American Psychological Society. <http://dx.doi.org/10.1037/0000117-00010987654321>
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder*. American Psychological Association.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2014). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analysis review. *J Consult Clin Psychol*, 78(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Webb, C. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K. J., & Björgvinsson, T. (2016). Behaviour research and therapy differential role of CBT skills, DBT skills and psychological flexibility in predicting depressive versus anxiety symptom improvement *Behaviour Research and Therapy*, 81, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.006>
- Yu, W., Singh, S., Calhoun, S., Zhang, H., Zhao, X., & Yang, F. (2018). Generalized anxiety disorder in urban china: Prevalence, awareness, and disease burden. *Journal of Affective Disorders*, 234, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.012>
- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A. Kring, M. Chin, M Y., Raines, C. R., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-

focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54(4), 321-338. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000144>

Zhang, A., Franklin, C., Jing, S., Bornheimer, L. A., Hang, A. H., Himble, J. A., Kong, L., & Li, Q. (2019). The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(245), 1168-1186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.008>