



**A RELAÇÃO ENTRE A PERSUAÇÃO E
A EXPERIENCIAÇÃO EMOCIONAL EM
INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS DE
CURTA DURAÇÃO COM PRÁTICA DELIBERADA**

LAURA DE DEUS LADISLAU

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

2025



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

A realização de um trabalho desta envergadura não teria sido possível sem o contributo de algumas pessoas a quem devo os devidos agradecimentos.

Em primeiro lugar, a minha imensa gratidão ao meu orientador de dissertação, o professor Daniel Sousa, por todo o apoio e disponibilidade decisivas no processo. A qualidade que este trabalho foi adquirindo deveu-se a um esforço conjunto que não poderia de todo deixar de mencionar. Espero que os nossos caminhos profissionais ainda se possam voltar a cruzar.

À Andreia e Ana, cujo trabalho colaborativo na cotação dos dados enriqueceu a qualidade da investigação e cujos inputs foram sempre valiosos. Desejo-vos o maior sucesso na vossa vida académica e pessoal.

Às amigas com quem iniciei esta fase da minha vida e com quem espero atravessar muitas outras. Carolina, Mafalda e Bea, são a razão principal pela qual guardo o ISPA com carinho.

Às minhas amigas mais antigas, Noémia e Bea, obrigada por ainda não me terem substituído por uma amiga menos existencialista e destabilizadora de planos. São vocês que me clarificam os pensamentos.

Por último, mas nunca menos importante, aos meus pais e à minha irmã a quem tudo devo e que tornam impossível alguma vez poder saldar a dívida de quem sou.

Resumo

Introdução: A investigação sugere que a persuasão e a experiencição emocional são variáveis transteóricas relacionadas com bons resultados clínicos. Contudo, não foram encontrados estudos que correlacionem estas dimensões. **Objetivo:** Investigar correlações entre a persuasão e a experiencição emocional nos diferentes momentos das sessões. **Método:** 56 sessões de intervenção clínica de 5 psicólogos e 15 pacientes foram cotadas em 3 momentos através da *Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta* (EAPT) (Afonseca et al., 2023) e da *Escala de Experiencição do Cliente* (EXP) (Klein et al., 1986) **Resultados:** A persuasão e a experiencição emocional estiveram, em média, positivamente correlacionadas no início da sessão; a persuasão previu, em média, a experiencição emocional no início e no meio da sessão. **Conclusão:** Os psicólogos poderão ser mais persuasivos no início e no meio das sessões de psicoterapia e os níveis da experiencição emocional dos pacientes também mais elevados nestes momentos.

Palavras-chave: resultados clínicos, persuasão, experiencição emocional, correlações, momentos.

Índice

1.Introdução.....	1 - 5
2. Método.....	5 - 10
2.1. Design do estudo.....	5
2.2. Amostra.....	5 -6
2.3. Instrumentos.....	6 - 7
2.3.1. <i>Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (EAPT)</i>	6 - 7
2.3.2. <i>Escala de Experienciação do Cliente (EXP)</i>	7
2.4. Procedimento.....	7 - 10
2.4.1. Análise dos dados.....	9 - 10
3. Resultados.....	10 - 31
3.1. Estatísticas descritivas.....	10 - 17
3.2. Estatísticas inferenciais.....	17 - 18
3.3. Estatísticas de comparação.....	18 - 22
3.4. Estatísticas de correlação.....	22 - 27
3.4.1. Coeficientes de correlação.....	22 - 28
3.4.2. Regressão linear multinível.....	28 - 31
4. Discussão.....	32 - 37
5. Anexos.....	38 - 75
I. Revisão de literatura.....	38 - 51
1. Psicoterapia e sua eficácia.....	38 - 40
2. Fatores comuns.....	40 - 42
3. Fatores do terapeuta.....	42 - 43
4. Competências interpessoais facilitadoras.....	43 - 45
5. Persuasão.....	45 - 47

6. Experienciação emocional.....	47 - 50
II. Referências.....	52 - 62
III. Formulário Comissão de Ética.....	63 - 73
IV. Consentimento informado.....	74 - 75

1. Introdução

São vários os estudos que comprovam a eficácia da psicoterapia (Cuijpers et al., 2018; Locher et al., 2019; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2007) e de como essa eficácia é transversal a diferentes abordagens teóricas (Barth et al., 2013; Spielmans et al., 2007). A investigação em psicoterapia tem sido mais direcionada para estudos de *outcome* (Lambert, 2013), isto é, estudos focados em investigar os seus efeitos, que os comparam entre diferentes abordagens e que realizam ensaios clínicos controlados (*Randomized Controlled Trials, RCT's*) (Campbell & Stanley, 1966) do que para estudos sobre os processos que atuam durante a psicoterapia (Kazdin, 2007; Lambert, 2013). Nas últimas décadas, tem vindo a crescer o número de estudos que sugere que são as dimensões transteóricas dos *fatores comuns* (Rosenzweig, 1936) que contribuem mais proeminentemente para a eficácia da psicoterapia, onde se verificam mudanças nos pacientes (Sequeira et al., 2024; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). No entanto, o conhecimento científico sobre estes mecanismos é ainda limitado (Cuijpers et al., 2018). Os *fatores comuns* podem estar associados aos terapeutas, como a *persuasão* (Frank, 1961) ou estar relacionados com processos que ocorrem nos pacientes, como as experiências emocionalmente corretivas (Grencavage & Norcross, 1990) potenciadas pela *experienciação emocional* (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

A persuasão foi introduzida na obra de Frank *Persuasion and Healing* (1961), como uma cura para o estado de “desmoralização” no qual o paciente se encontra quando inicia um processo de psicoterapia e que o impele, em primeiro lugar, a procurá-lo. Este estado é caracterizado pela presença de sentimentos de impotência, isolamento e desespero (Frank, 1974). Seria através da persuasão que o terapeuta iria transmitir “o racional terapêutico”, o qual, segundo Frank (1981) diz respeito a narrativas que explicam e re-interpretam o mundo do cliente e que se assumem como uma “história” suficientemente convincente para os problemas e que não é possível de ser refutada pelo cliente por ser concordante com a visão do mundo que este partilha com o terapeuta. Na sua essência, o “racional terapêutico” transforma significados disfuncionais atribuídos pelos pacientes às suas experiências de vida (Anderson & Patterson, 2016; Locher, 2019; Wampold, 2012). É em virtude deste processo de influência das atitudes dos pacientes pelo terapeuta (Frank, 1961) que se tem vindo a conceptualizar a psicoterapia como um processo de influência social (Frank & Frank, 1991; Wampold, 2018). Um dos primeiros estudos sobre os efeitos da persuasão foi o de Truax (1968) que demonstrou melhorias na psicoterapia individual em consequência do “potencial de persuasão” do terapeuta, sendo que esta característica tem vindo a ser associada a terapeutas eficazes

(Heinonen & Nissen-Lie, 2020), independentemente do nível de experiência e modelo teórico aplicado (Vaz & Sousa, 2024; Wampold, 2010; Wampold & Owen, 2021). A persuasão é considerada uma das Competências Interpessoais Facilitadoras (FIS) (Anderson & Patterson, 2016), as quais se referem a um conjunto de características dos terapeutas que têm um contributo significativo para o sucesso psicoterapêutico (Anderson et al., 2009; 2016). Um terapeuta persuasivo identifica-se pela presença de: um bom nível de responsividade da voz, de comportamentos verbais e não verbais adequados ao que está a ser transmitido ao cliente, pelo contacto visual em momentos emocionalmente carregados e pela fluência na forma como comunica (Afonseca et al., 2023; Vaz & Sousa, 2021). Esta dimensão tem sido associada a falta de credibilidade profissional do terapeuta (Frank, 1979), o que parece justificar a falta de investigação direta sobre a mesma (Sequeira et al., 2024; Vaz & Sousa, 2024), constituindo-se como o fator comum o menos estudado de todos (Frank & Frank, 1993; Vaz & Sousa, 2021). A conceptualização da persuasão de Frank (1961) e as competências de persuasão apresentadas por Vaz & Sousa (2021) potenciaram a criação de um instrumento cientificamente validado que mede especificamente a persuasão do terapeuta, a *Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta* (EAPT), sendo o único, à data, indicado para este propósito (Afonseca et al., 2023). Estudos têm vindo a reportar associações entre a persuasão e as emoções, como o de Angie et al. (2011), no qual a persuasão associada a processos de tomada de decisão foi influenciada pela ativação de emoções; e o de Bless et al. (1990) que revelou que a suscetibilidade à persuasão de um argumento dependeu do humor e de estados afetivos. Em psicoterapia, é salientada a estimulação das emoções como potencial facilitador da transmissão do “racional terapêutico” pelo terapeuta (Frank, 1961; Frank & Frank, 1993; Greenberg, 2004) e de como a persuasão do terapeuta pode ser influenciada pela sua expressividade de emoções (Heide, 2013; Otterson, 2015). Adicionalmente, Frank (1961) considerava que um terapeuta persuasivo reunia as condições da credibilidade (*ethos*), do argumento e da capacidade de ativação emocional no cliente.

A ativação emocional é uma das fases constituintes da “experienciação” dos pacientes que tem vindo a ser sugerida como um dos processos promotores da mudança em psicoterapia, pela literatura (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016; Pascual-Leone, 2017; Pos et al., 2017) e que os terapeutas pretendem promover (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). O conceito de “experienciação” surge frequentemente no contexto da *Terapia Centrada no Cliente* (Rogers, 1958) associado à ideia de que o impacto dos procedimentos da psicoterapia e dos atributos do terapeuta dependia da forma como o cliente

os experienciava; e nas terapias experienciais humanísticas (HEPs) (Herrmann et al., 2016; Pascual-Leone & Greenberg, 2007), constituindo um processo amplo e sequencial de estimulação emocional, saliência das emoções e processamento das mesmas mediante a atribuição de significados (Pos et al., 2017). Este conceito tem sido conceptualizado na literatura como uma forma derivada de processamento emocional contemplada pela *Terapia Focada nas Emoções (Emotion Focused Therapy)* (Greenberg, 2004; Sønderland et al., 2023). Adotou-se, para a presente investigação, a conceptualização da experienciação emocional feita pela revisão sistemática de literatura de Sønderland et al. (2023). Esta individualiza este processo pelo facto de além de resolver associações desajustadas entre estímulos externos e estados emocionais, salientar explicitamente as vantagens adaptativas decorrentes da experiência das emoções, possuindo um objetivo terapêutico mais amplo de incentivo deste tipo de experiência, por parte do terapeuta. Complementarmente, enquanto a EFT se tem direccionado mais para a emoção do medo, a experienciação emocional é conveniente por constituir um espectro mais diferenciado das emoções, sendo, provavelmente, mais significativa e pertinente para a investigação científica e prática clínica (Sønderland et al., 2023). A experienciação emocional pode ser definida como um processo de ativação, processamento e transformação das emoções que surgem durante a psicoterapia e que origina resultados clínicos positivos (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016; Pascual-Leone, 2017; Sønderland et al., 2023). No estudo de Greenberg e Watson (2006), a vulnerabilidade emocional à depressão foi atenuada pela experiência de emoção adaptativa. Quando, no decorrer da sessão, ocorre uma ativação emocional, inicia-se um processo de atenção e reflexão auto consciente, designado de experienciação, sendo o primeiro procedimento promotor do seguinte, pelo facto de salientar as emoções para o indivíduo de forma adaptativa e facilitar o seu posterior processamento (Pos et al., 2017). Este processo pode ser potenciado pela concordância de afetos, a validação da experiência e a empatia (Bohart & Greenberg, 1997; Greenberg, 2004). O estudo de Pascual-Leone & Greenberg (2007) revelou que nem todas as formas que as emoções podem assumir são úteis para o processo de experienciação emocional e que a angústia sentida pelas pessoas é na verdade uma experiência emocional mal-adaptada que tem no seu cerne emoções como o medo e a vergonha, e não simplesmente a tristeza ou a perda. Os resultados deste estudo também revelaram que um dos passos cruciais no processo de mudança dos pacientes foram as auto avaliações negativas e a articulação das necessidades e que a raiva assertiva, o luto, a mágoa e o auto conforto definem-se como estados de um processamento emocional avançado. A *Escala de Experienciação do Cliente (EXP)*, Klein et al., 1969; 1986) é o instrumento mais usado na operacionalização desta

variável (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016) pretendendo-se, idealmente, que os pacientes atinjam níveis mais produtivos de processamento, onde existe um aumento da reflexão sobre a experiência emocional subjetiva, demonstrando-se pela linguagem utilizada e que vai surgindo, estabelecendo-se novos significados para a mesma (Hendricks, 2009; Klein et al., 1986). No domínio da aquisição e desenvolvimento de competências experienciais nos terapeutas, o treino formativo da prática deliberada tem vindo a adquirir destaque na investigação (Greenberg, 2016; Hill et al., 2017). Este treino prioriza na sua prática os sistemas de feedback contínuo e a supervisão (Hill et al., 2017).

Apesar de toda a investigação que tem vindo a sugerir uma correlação entre as variáveis da persuasão e da experiencição emocional (Angie et al., 2011; Bless et al., 1990; Frank, 1961; Greenberg, 2004; Heide, 2013; Otterson, 2015), não foram encontrados estudos na revisão de literatura que tenham investigado diretamente correlações entre estas duas dimensões transteóricas operacionalizadas através das respetivas escalas, referidas anteriormente.

O presente estudo

O presente estudo exploratório tem como principal objetivo investigar possíveis correlações entre as dimensões da persuasão dos psicólogos e da experiencição emocional dos pacientes nos diferentes momentos correspondentes das sessões de intervenção psicológica (início, meio e fim) operacionalizadas através da *Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (EAPT*; Afonseca et al., 2023) e da *A Escala de Experiencição do Cliente (EXP*; Klein et al., 1969; 1986), respetivamente. Colocam-se como hipóteses de investigação que (1) *psicólogos com níveis médios mais elevados de persuasão estarão associados a níveis médios mais elevados de experiencição emocional nos pacientes em cada momento correspondente da sessão (início, meio e fim)*; e que (2) *os níveis médios de persuasão dos psicólogos serão preditivos dos níveis médios de experiencição emocional dos pacientes em cada momento correspondente da sessão (início, meio e fim)*. A persuasão constitui-se como a variável independente e preditora e a experiencição emocional como a variável dependente, esperando-se obter um efeito da primeira sobre a segunda. Pretende-se, adicionalmente, colmatar a falta de investigação focada nos processos que atuam na psicoterapia (Kazdin, 2007; Lambert, 2013); sobre os *fatores comuns* e a forma como interagem entre si (Rosenzweig, 1936; Cuijpers et al., 2018); particularmente a falta de investigação direta sobre o fator comum da *persuasão* (Frank & Frank, 1993; Vaz & Sousa, 2021); contribuir para a validação científica da *Escala de*

Avaliação da Persuasão do Terapeuta (EAPT; Afonseca et al., 2023); e, por fim, enriquecer o conhecimento científico sobre os mecanismos responsáveis pela mudança. Desta forma, considera-se que a realização do presente estudo demonstra pertinência científica.

2. Método

2.1. Design do estudo

Este estudo tem um design observacional, tendo em conta que as medidas utilizadas para a operacionalização das variáveis são de avaliação por observadores externos; correlacional, uma vez que se pretende investigar a relação entre a persuasão de psicólogos (variável independente) e a experiencição emocional dos seus pacientes (variável dependente) nos momentos correspondentes da sessão (início, meio e fim), e quantitativo, pelo facto de recorrer a dados quantitativos respeitantes às cotações dos momentos da sessão através das escalas seleccionadas.

2.2. Amostra

Para o presente estudo, foram seleccionados 5 psicólogos finalistas em formação de um estágio académico que estavam a elaborar num instituto universitário de ciências psicológicas e sociais. Os psicólogos são do sexo F (100%) e incluíram 4 estagiárias e 1 psicóloga clínica com estágio curricular concluído, mas sem experiência profissional, tendo idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos.

Participaram cerca de 15 pacientes com idades compreendidas entre os 22 e os 55 anos, sendo atribuídos 3 pacientes a cada psicólogo para uma intervenção de psicologia clínica. Estes pacientes foram recrutados para os processos intervenção psicológica de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos; presença de dificuldades emocionais, como a depressão ou a ansiedade; necessidade de apoio psicológico para lidar com transições da sua vida pessoal; ou procura de competências de autodesenvolvimento, por exemplo de Inversamente, aplicaram-se como critérios de exclusão: situações de emergência médica ou hospitalar; necessidade de psicoterapia a longo prazo; situações de cuidados intensivos ou com maior grau de complexidade.

Foram incluídas no estudo um total de 56 gravações de sessões de intervenção psicológica individuais de aproximadamente 50 minutos cotadas por três avaliadores do sexo F (100%) e

com idades compreendidas entre os 25 e os 52 anos. Dois destes avaliadores são pertencentes ao mestrado em psicologia clínica do instituto universitário onde decorreram as intervenções com os pacientes. Os critérios de inclusão das gravações das sessões eram possuir imagem e som, por forma a captar informações verbais e não verbais dos psicólogos em formação e dos seus pacientes.

2.3. Instrumentos

2.3.1. Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (EAPT)

A *Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (EAPT)* (Afonseca et al., 2023) é cotada por um observador externo numa escala tipo-Likert de 5 pontos (1 = fortemente incaracterístico; 2 = consideravelmente incaracterístico; 3 = neutro; 4 = consideravelmente característico e 5 = fortemente característico), contando com um total de 10 itens. É frequente que no começo se atribua a classificação base “3 = neutro” a todos os itens que corresponde a um nível de persuasão médio, podendo aumentar ou diminuir ao longo da sessão (Afonseca et al., 2023). É constituída por 4 subescalas: Condições prévias, referente à exploração, por parte do terapeuta, de interpretações anteriores do cliente das suas próprias problemáticas e à sua estimulação emocional, promovendo-se, desta forma, um ambiente propício à criação conjunta do racional terapêutico; Racional, relativa à revelação do racional terapêutico, o qual se pretende que seja convincente; Comportamentos não verbais, respeitante às ações não verbais e influentes do terapeuta na transmissão do racional; e Influência, a qual se traduz no nível de colaboração do cliente no processo terapêutico (Afonseca et al., 2023). O formato de cotação das sessões através desta escala implica uma divisão das mesmas, cotando-se cada terço separadamente (Afonseca et al., 2023). Considera-se que este procedimento está alinhado com o objetivo principal do presente estudo em analisar correlações entre as variáveis da persuasão e da experientiação emocional nos diferentes momentos correspondentes da sessão (início, meio e fim).

A EAPT revelou ter características psicométricas satisfatórias, exemplificando-se a consistência interna, tendo em conta que as subescalas das Condições prévias, Comportamentos não verbais e Influência demonstraram uma boa fiabilidade, com valores alfa de 0.647, 0.884 e 0.728, respetivamente (Afonseca et al., 2023). Este instrumento apresentou também uma boa sensibilidade de construto (Afonseca et al., 2023). A análise fatorial, feita no contexto do desenvolvimento da escala, permitiu ressaltar a importância da estimulação

emocional do cliente para a capacidade persuasiva do terapeuta, servindo como mais um testemunho da ligação entre cognição e emoção no domínio da psicoterapia (Afonseca et al., 2023).

2.3.2. A Escala de Experienciação do Cliente (EXP)

A *Escala de Experienciação do Cliente (EXP)*, Klein et al., 1969; 1986) é uma medida de processo onde habitualmente são cotadas frases dos clientes pertencentes a transcrições escritas ou áudio das sessões, em 7 pontos para o *mode*, um valor médio da experienciação emocional do cliente e o *peak*, um único valor máximo (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). Nos níveis menos elevados da EXP, isto é, entre o 1 e 2, os clientes relatam eventos externos de uma forma narrativa e emocionalmente desligada, onde podem nem ser uma figura central da narrativa, elaborando as informações de forma altamente racional; no nível 3, o cliente expressa emoções apenas na medida em que estas se relacionam com eventos externos; no nível 4, verifica-se um foco mais direcionado para as emoções e os pensamentos sobre o próprio; no nível 5, o cliente explora ativamente a sua experiência interna; no nível 6, já se constata uma consciência das emoções ou significados que noutras fases apenas estariam implícitos; e no nível 7, o mais elevado de experienciação, o cliente elabora sobre as suas emoções de forma profunda e de acordo com um processo de auto conhecimento no qual vai adquirindo novas perspetivas e novos significados para os seus problemas (Klein et al., 1986; Watson & Bedard, 2006). Os coeficientes de confiabilidade inter-avaliadores desta escala estão compreendidos entre .76 e .91 e um nível de fiabilidade teste-reteste de aproximadamente .80 (Klein et al., 1986; Watson & Bedard, 2006). As cotações obtidas através da EXP têm sido frequentemente associadas a bons resultados clínicos (Orlinsky & Howard, 1978).

2.4. Procedimento

A presente investigação faz parte de um estudo mais abrangente de um novo serviço de extensão universitária que decorreu ao longo de 6 meses. Este teve como objetivos: o apoio da realização de estágios académicos para alunos desta instituição; fomentar a investigação sobre a própria intervenção clínica desenvolvida no serviço e contribuir para a comunidade por meio da prestação de serviços de apoio psicológico a pessoas em situação de maior vulnerabilidade social. Foi, primeiramente, aprovada pela Comissão de Ética do instituto universitário onde

decorreram as intervenções (Anexo III). Tal permitiu a utilização dos dados quantitativos recolhidos para fins de investigação contemplados pelo último ano de mestrado integrado em psicologia clínica de 2 dos avaliadores. Foi garantida a proteção dos dados recolhidos durante todo o procedimento, tendo sido o acesso às gravações das sessões de intervenção reservado apenas aos avaliadores do estudo e ao orientador de dissertação.

Os psicólogos em formação incluídos no estudo foram recrutados no âmbito do seu mestrado integrado em psicologia e em colaboração com a clínica de psicologia pertencente ao instituto universitário. Adicionalmente, participaram mediante a sua disponibilidade individual num programa de treino semanal de prática deliberada ao longo de 16 semanas, culminando em 16 sessões. Este treino de promoção da experiencição emocional nos pacientes esteve centrado no desenvolvimento de três competências de intervenção clínica relacionadas com a *Emotion Focused Therapy (EFT; referência)* através de técnicas de *role-play*, de acordo com a metodologia do estudo de Vaz et al. (2023), as quais foram: a compreensão empática, o racional para o trabalho emocional e o *Felt-Sense*. Este treino também contemplou sessões regulares de supervisão destes psicólogos em formação, realizadas pelo mesmo supervisor. Não foi incluído um grupo de controlo passível de ser comparado a este grupo experimental.

As sessões de intervenção foram gravadas com recurso a câmaras áudio-vídeo, tendo sido obtido o consentimento informado de cada um dos pacientes do estudo (Anexo IV) para este efeito. Foram transmitidas todas e quaisquer informações necessárias para a sua participação voluntária e garantidas a proteção e confidencialidade dos seus dados pessoais. Por forma a facilitar o seu processo de cotação e a garantir uma correspondência com metodologias de estudos anteriores semelhantes (referências estudos), as gravações das sessões foram divididas em 3 momentos (início, meio e fim), cada um com uma duração de 15 minutos que foi a principal unidade de cotação e análise deste estudo.

Inicialmente, foram visualizadas 6 sessões em simultâneo pelos 3 avaliadores para que fosse feita uma reflexão conjunta específica sobre os critérios de cotação da EXP que precisavam de ser clarificados entre avaliadores. Estas cotações não foram incluídas na amostra final deste estudo. Por forma a avaliar o consenso científico e a fiabilidade entre os 3 avaliadores foram visualizadas e cotadas individualmente 6 sessões para as duas dimensões do estudo, com recursos aos instrumentos da EAPT e da EXP. De seguida, foi calculado um coeficiente de correlação intra classe (ICC) com um intervalo de confiança de 95%. Obteve-se um valor de alfa (α) = 0.943 para a EAPT e de alfa (α) = 0.99 para a EXP, o que indicou um nível de

concordância altamente satisfatório entre avaliadores. Estas cotações obtidas no contexto da obtenção do coeficiente de correlação intra classe (ICC) também não foram incluídas na amostra final do estudo.

Foram incluídas na amostra do estudo um total de 56 gravações de sessões de intervenção psicológica cotadas entre pares dos 3 avaliadores para os diferentes momentos: início (primeiros 15 minutos), meio (entre os 15 e os 30 minutos) e fim (entre os 30 e os 45 minutos) através dos 10 itens da EAPT (para a variável independente e preditora da persuasão dos psicólogos) e do *mode* e *peak* da EXP (variável dependente da experiencição emocional dos pacientes).

2.4.1. Análise dos dados

Os dados da amostra foram analisados no software de análise estatística IBM SPSS Statistics (versão 30), adotando-se um nível de significância de alfa (α) = .05 em todas as etapas da análise, ou seja, um intervalo de confiança de 95%.

Os valores das cotações das sessões de intervenção psicológica obtidos através dos 10 itens da EAPT e do *mode* e *peak* da EXP foram caracterizados com recurso a estatísticas descritivas para toda a extensão da sessão (desde o momento inicial até ao final) e para cada momento (início, meio e fim). Estas estatísticas contemplaram os valores da Média (*M*) e do Desvio-Padrão (*DP*), e da Assimetria (*S*) e Curtose (*K*), por forma a verificar se os dados tenderam para uma distribuição normal. Calculou-se a consistência interna (α de Cronbach) para os 10 itens da EAPT para toda a extensão da sessão (desde o momento inicial até ao final) e para cada momento (início, meio e fim). Tendo em conta que a variável EXP tem apenas duas medidas de cotação, o *mode* (nível médio de experiencição emocional) e o *peak* (ponto mais elevado de experiencição emocional) apenas foi calculada a consistência interna (α de Cronbach) para toda a extensão da sessão (desde o momento inicial até ao final) para estas medidas.

Atendendo à dimensão reduzida da amostra (5 psicólogos e 15 clientes), a normalidade das distribuições dos dados foi testada com recurso aos testes de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e de Shapiro-Wilk (S-W). Consoante a distribuição constatada e por forma a testar se se verificavam diferenças estatisticamente significativas entre todos os momentos da EAPT e da EXP foram realizados o teste da ANOVA medidas repetidas e o teste de Friedman, respetivamente. De

seguida, foram realizadas análises *post-hoc* para ambas as variáveis com o objetivo de identificar em quais os momentos se verificam estas diferenças estatisticamente significativas.

A análise de correlação entre os itens da EAPT e o *mode* da EXP consistiu, numa primeira instância, nos testes dos coeficientes de correlação de Pearson (paramétrico), na eventualidade da distribuição ser normal e de Spearman (não paramétrico) se o contrário se verificasse para pelo menos uma das variáveis.

A última etapa deste tipo de análise foi a realização de três modelos de regressão linear multinível para cada um dos momentos das sessões de intervenção psicológica que foram alvo de cotação (início, meio e fim) a fim de testar a hipótese (2) de estudo inicialmente formulada. Optou-se por este tipo de regressão pelo facto dos dados da amostra estabelecerem naturalmente entre si uma estrutura hierárquica, na qual as sessões de intervenção psicológicas estão aninhadas dentro dos pacientes, que por sua vez estão aninhados dentro dos psicólogos e por ser frequentemente utilizada em outros estudos com amostras semelhantes na sua estrutura (Snijders & Bosker, 2012). Os modelos de regressão linear multinível permitem estimar a porção da variância total dos resultados que é gerada por efeitos aleatórios originados entre os níveis hierárquicos dos psicólogos e dos pacientes. Antes de serem obtidos os resultados destas regressões, verificou-se a multicolinearidade das variáveis preditoras, isto é, dos níveis da EAPT no início, meio e fim da sessão, por forma a verificar se a intensidade da sua correlação seria demasiado elevada e não permitiria distinguir efeitos entre elas.

3. Resultados

3.1. Estatísticas descritivas

Os valores das estatísticas descritivas, como a Média (*M*), o Desvio-Padrão (*DP*), a Assimetria (*S*) e a Curtose (*K*), assim como a consistência interna (α de Cronbach) dos 10 itens da EAPT e do *mode* e *peak* da EXP para toda a sessão de intervenção psicológica (desde o início até ao fim) e em cada um dos momentos (início, meio e fim) encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

Estatísticas descritivas e consistência interna (α) dos itens da EAPT e do mode e peak da EXP para toda a sessão de intervenção psicológica e em cada momento (início, meio e fim)

Variáveis (N = 56)	M	DP	Assimetria	Curtose	alfa (α) de Cronbach
EAPT (toda a sessão)	3.09	.43	.39	.88	.96
EAPT (início)	3.06	.42	.38	.87	.88
EAPT (meio)	3.11	.44	.40	.73	.89
EAPT (fim)	3.12	.44	.37	.86	.89
EXP <i>mode</i> (toda a sessão)	2.38	.49	.23	- .63	.79
EXP <i>mode</i> (início)	2.26	.58	.46	.67	-
EXP <i>mode</i> (meio)	2.38	.58	.08	- .69	-
EXP <i>mode</i> (fim)	2.51	.60	.75	- .63	-
EXP <i>peak</i> (toda a sessão)	2.99	.48	.12	- .03	.68
EXP <i>peak</i> (início)	2.87	.58	- .52	1.41	-
EXP <i>peak</i> (meio)	3.02	.58	.001	- .06	-
EXP <i>peak</i> (fim)	3.1	.66	.30	.28	-

Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experiencição emocional; *Peak* = ponto mais elevado de experiencição emocional; Toda a sessão = desde o momento inicial até ao final; Início, meio e fim = momentos da sessão.

Distribuição dos 10 itens da EAPT durante toda a sessão de intervenção psicológica (desde o momento inicial até ao final) e em cada momento (início, meio e fim)

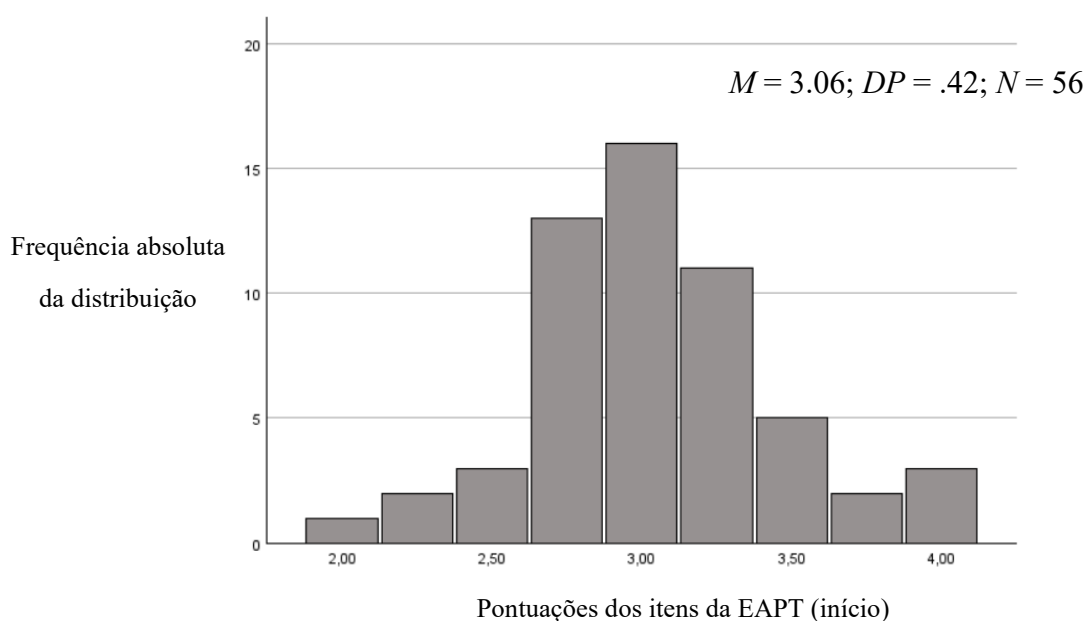
Constata-se que a distribuição dos 10 itens da EAPT durante toda a sessão de intervenção psicológica (desde o momento inicial até ao final) e em cada momento (início, meio e fim) parece tender para a normalidade, uma vez que os valores de Assimetria: S (EAPT_toda a sessão) = .39; S (EAPT_início) = .38; S (EAPT_meio) = .40; S (EAPT_fim) = .37 e de Curtose: K (EAPT_toda a sessão) = .39; K (EAPT_início) = .38; K (EAPT_meio) = .40; K (EAPT_fim) = .37 encontram-se dentro do intervalo [-1, 1] definido pela literatura (Marôco, 2021).

A análise dos valores dos 10 itens referentes à EAPT demonstrou uma boa consistência interna com $\alpha \geq .70$ (Marôco, 2021) para toda a extensão da sessão ($\alpha = .99$) e para o início, meio e fim ($\alpha = .88, .89, .89$, respetivamente).

Estão ilustradas as frequências absolutas das pontuações obtidas entre todos os itens da EAPT para cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) através de histogramas nas Figuras 1, 2 e 3, respetivamente.

Figura 1

Histograma para visualização da distribuição da pontuação de todos os itens da EAPT durante o início da sessão de intervenção psicológica

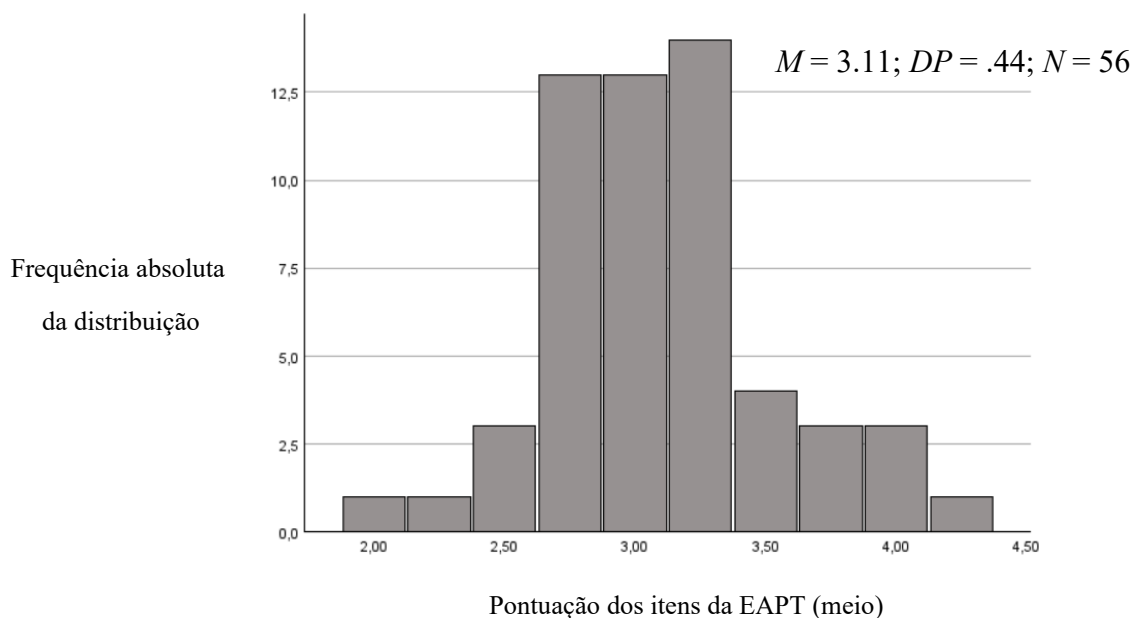


Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; Início = momento da sessão.

É possível constatar através do gráfico que durante os primeiros 15 minutos das sessões de intervenção (momento inicial) as pontuações referentes aos itens da EAPT estiveram compreendidas entre “2 = consideravelmente incaracterístico” e “4 = consideravelmente característico”. A pontuação “3 = neutro” foi a que apresentou uma frequência superior (> 15 vezes) relativamente à das outras, o que poderá indicar que o nível da persuasão dos psicólogos em formação durante o início das sessões foi médio.

Figura 2

Histograma para visualização da distribuição da pontuação de todos os itens da EAPT durante o meio da sessão de intervenção psicológica

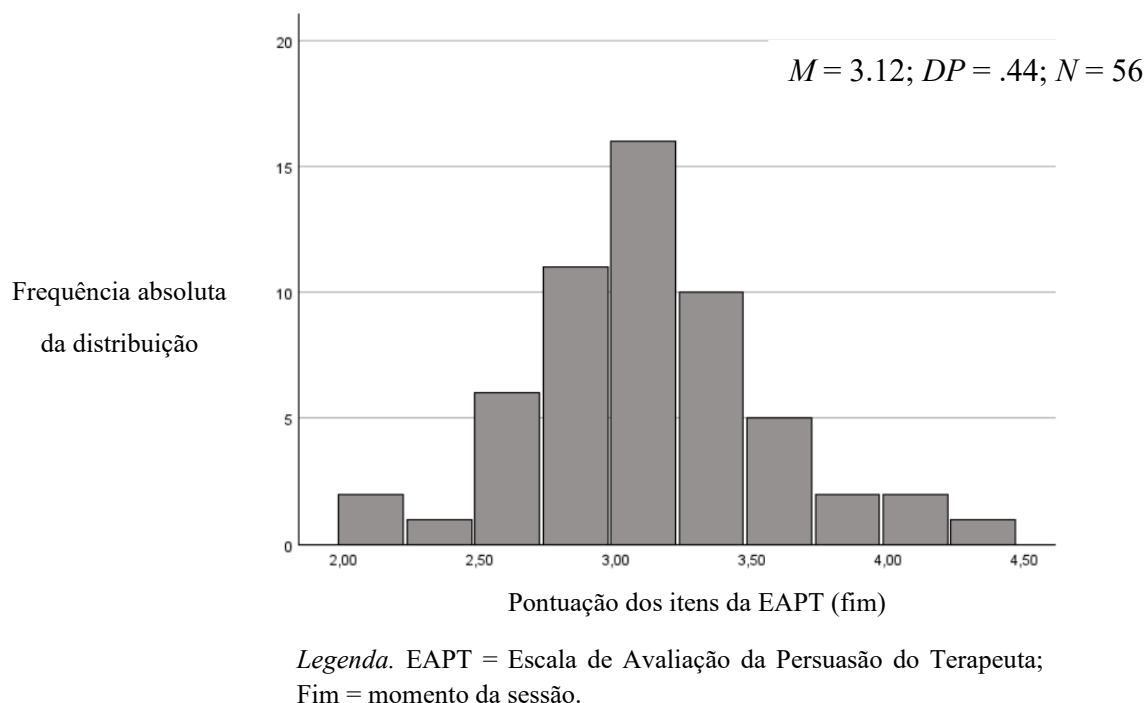


Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; Meio = momento da sessão.

O gráfico demonstra que entre os 15 e 30 minutos das sessões de intervenção (fase intermédia) as pontuações referentes aos itens da EAPT não foram inferiores a “2 = consideravelmente incaracterístico” nem superiores a 4,5, sendo “4 = consideravelmente característico” e “5 = fortemente característico”. As pontuações mais frequentes (> 12.5 vezes) foram “3 = neutro” e 3.2. Tal como se sucedeu com a distribuição durante o momento inicial das sessões, o presente gráfico sugere um nível de persuasão dos psicólogos médio durante a fase intermédia. A dispersão entre os valores dos itens da EAPT é moderada visto que existem poucos valores que se encontrem muito distantes entre si. A distribuição também parece assumir uma curva aproximadamente simétrica (normal).

Figura 3

Histograma para visualização da distribuição da pontuação de todos os itens da EAPT durante o fim da sessão de intervenção psicológica



O gráfico demonstra que entre os 30 e 45 minutos das sessões de intervenção (momento final) as pontuações referentes aos itens da EAPT situaram-se entre “2 = consideravelmente incaracterístico” nem superiores a 4,5, sendo “4 = consideravelmente característico” e “5 = fortemente característico”. As pontuações mais frequentes (> 15 vezes) foram “2.8” e “3.4”, sendo “3 = neutro”. A dispersão entre os valores dos itens da EAPT é reduzida ($DP = .44$). Tal como se sucedeu com a distribuição nos dois momentos anteriores (início e meio), o gráfico sugere um nível de persuasão médio durante o final das sessões. A distribuição parece assumir, igualmente, uma curva aproximadamente simétrica (normal).

Distribuição do *mode* da EXP durante toda a sessão de intervenção psicológica (desde o momento inicial até ao final) e em cada momento (início, meio e fim)

Constata-se que a distribuição do *mode* da EXP durante toda a sessão de intervenção psicológica (desde o momento inicial até ao final) parece tender para a normalidade, uma vez que os valores de Assimetria: $S(\text{EXP } mode_toda \text{ a sessão}) = .23$ e de Kurtose: $K(\text{EXP } mode_toda \text{ a sessão}) = -.63$ situam-se dentro do intervalo de referência $[-1, 1]$ definido pela literatura (Marôco, 2021). A distribuição do *mode* da EXP em cada momento (início, meio e fim) também aparenta seguir a normalidade, uma vez que os valores de Assimetria: $S(\text{EXP } mode_início) = .46$; $S(\text{EXP } mode_meio) = .08$; $S(\text{EXP } mode_fim) = .75$ e de Kurtose: $K(\text{EXP } mode_início) = .67$; $K(\text{EXP } mode_meio) = -.69$; $K(\text{EXP } mode_fim) = -.63$ situam-se dentro do intervalo de referência $[-1, 1]$ definido pela literatura (Marôco, 2021).

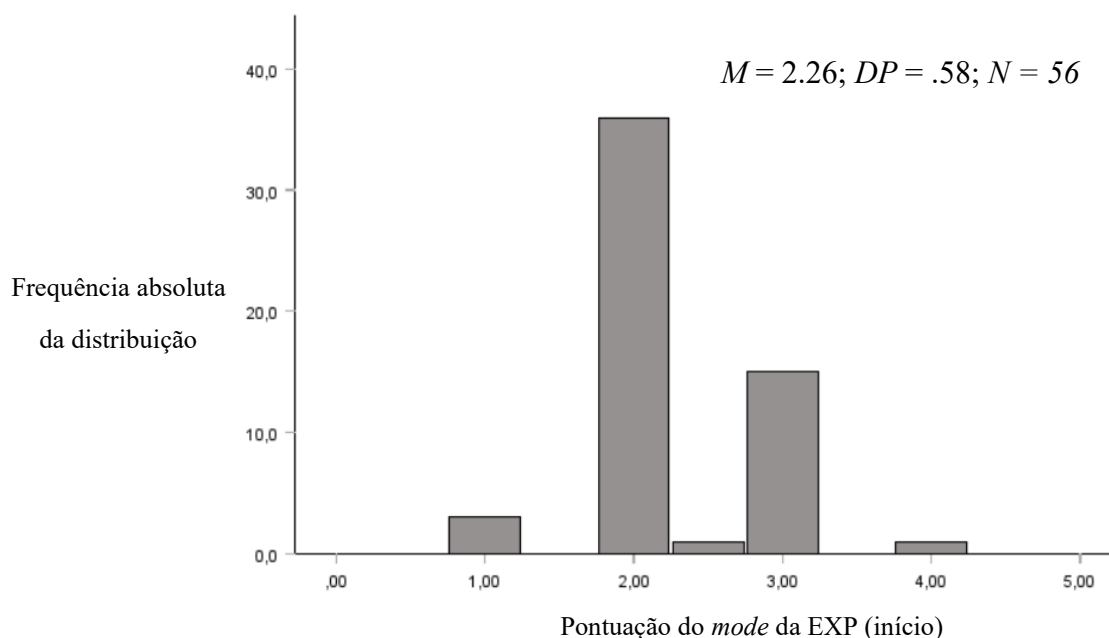
No que concerne a distribuição do *peak* da EXP durante toda a sessão de intervenção psicológica (desde o momento inicial até ao final), parece tender para a normalidade, uma vez que os valores de Assimetria: $S(\text{EXP } peak_toda \text{ a sessão}) = .12$ e de Kurtose: $K(\text{EXP } peak_toda \text{ a sessão}) = -.03$ situam-se dentro do intervalo de referência $[-1, 1]$ definido pela literatura (Marôco, 2021). Já a distribuição do *peak* no início da sessão não parece tender para a normalidade, uma vez que o valor de Kurtose: $K(\text{EXP } peak_início) = 1.41$ se encontra fora do intervalo de referência $[-1, 1]$ (Marôco, 2021). A distribuição do *peak* da EXP no meio e no fim da sessão também aparenta ser normal, com valores de Assimetria: $S(\text{EXP } peak_meio) = .001$; $S(\text{EXP } peak_fim) = .30$ e de Kurtose: $K(\text{EXP } peak_meio) = -.06$; $K(\text{EXP } peak_fim) = .28$ situados dentro do intervalo de referência $[-1, 1]$ definido pela literatura (Marôco, 2021).

Os valores da EXP também demonstraram uma consistência temporal satisfatória, desde o início ao fim da sessão, ($\alpha = .79$).

Estão ilustradas as frequências absolutas das pontuações obtidas entre para o *mode* da EXP para cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) através de histogramas nas Figuras 4, 5 e 6, respetivamente. Uma vez que o objetivo principal do estudo é investigar correlações entre os níveis médios da variável da persuasão e da experiencição emocional, referentes à medida do *mode*, não foram incluídos nesta secção gráficos para a distribuição do *peak* em cada um dos momentos da sessão de intervenção psicológica

Figura 5

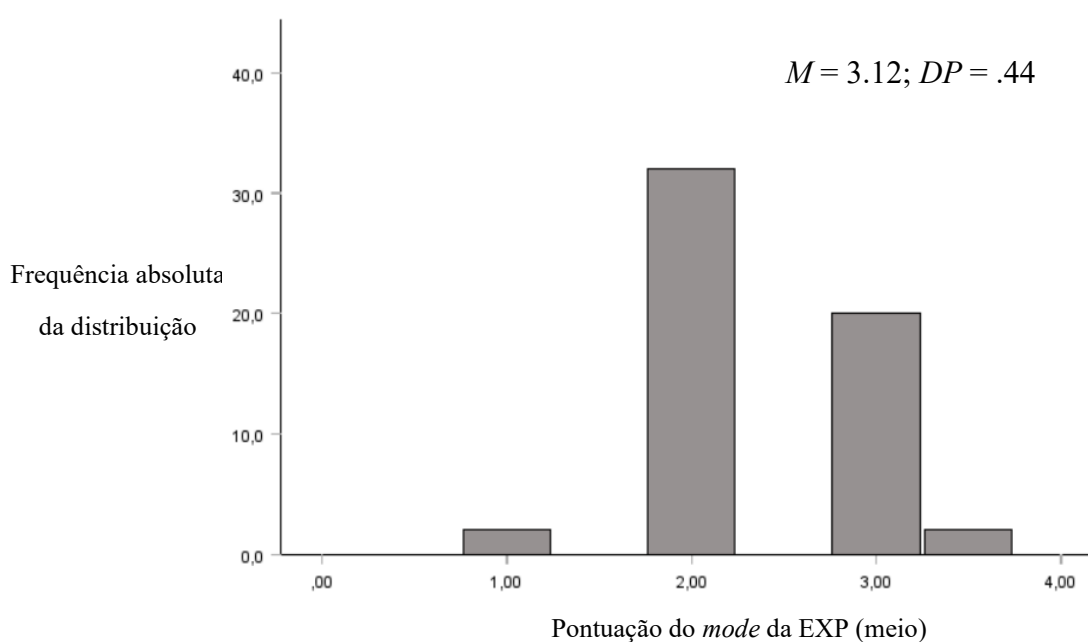
Histograma para visualização da distribuição da pontuação do mode da EXP durante o início da sessão de intervenção psicológica



Legenda. EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Início = momento da sessão.

Figura 6

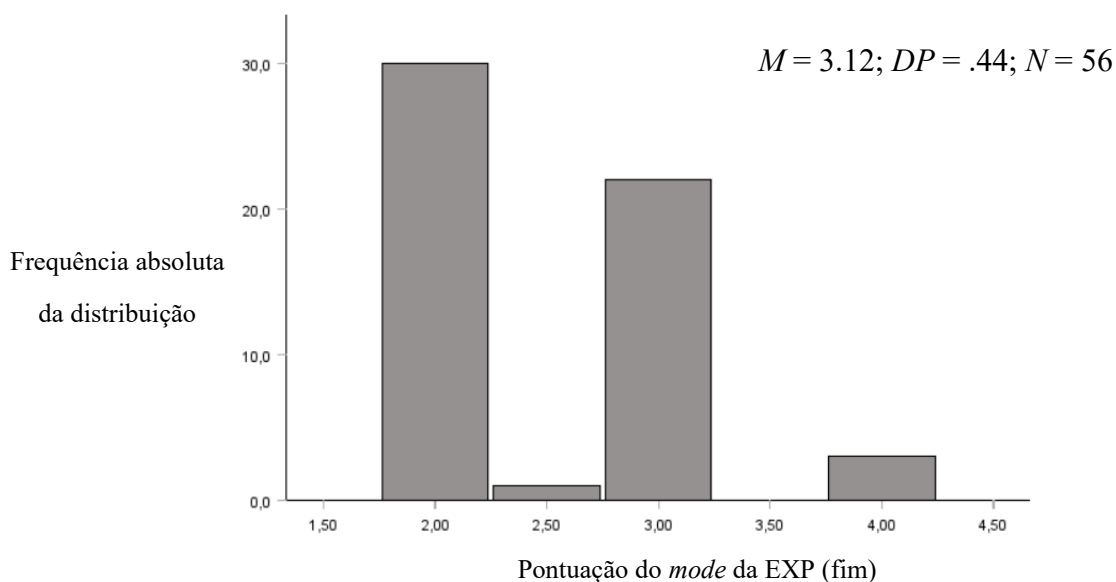
Histograma para visualização da distribuição da pontuação do mode da EXP durante o meio da sessão de intervenção psicológica



Legenda. EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Meio = momento da sessão.

Figura 7

Histograma para visualização da distribuição da pontuação do mode da EXP durante o fim da sessão



Legenda. EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Fim = momento da sessão.

3.2. Estatísticas inferenciais

Os resultados dos testes inferenciais de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e de Shapiro-Wilk (S-W) obtidos para os valores dos itens da EAPT e do *mode* e *peak* da EXP para durante todas as sessões de intervenções psicológicas (desde o início ao fim) e em cada momento (início, meio e fim) encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para os itens da EPAT e para o mode e peak da EXP para toda a sessão e em cada momento (início, meio e fim)

Variáveis (N = 56)	K-S		S-W	
	D	p-value	W	p-value
EAPT (toda a sessão)	.078	.200	.970	.180
EAPT (início)	.102	.200	.967	.124
EAPT (meio)	.101	.200	.974	.257

EAPT (fim)	.086	.200	.974	.258
EXP <i>mode</i> (toda a sessão)				
EXP <i>mode</i> (início)	.369	< .001*	.755	< .001*
EXP <i>mode</i> (meio)	.347	< .001*	.763	< .001*
EXP <i>mode</i> (fim)	.338	< .001*	.726	< .001*
EXP <i>peak</i> (toda a sessão)				
EXP <i>peak</i> (início)	.359	< .001*	.775	< .001*
EXP <i>peak</i> (meio)	.298	< .001*	.817	< .001*
EXP <i>peak</i> (fim)	.309	< .001*	.833	< .001*

Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; *Peak* = ponto mais elevado de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

*p-value <.01

Os resultados sugerem que os dados dos itens da EAPT seguem a distribuição normal durante toda a sessão (desde o momento inicial até ao final): $W(56) = .97$; p-value >.05 e separadamente em cada um dos momentos (início, meio e fim): $W(56) = .967$; p-value >.05 (início); $W(56) = .974$; p-value >.05 (meio); e $W(56) = .974$; p-value >.05 (fim). Optou-se por reportar especificamente os resultados do teste de Shapiro-Wilk (S-W) pelo facto deste ser recomendado até $n = 2000$ ($>n = 56$) (Marôco, 2021).

O mesmo não se verifica para os níveis da EXP, dado que se obteve p-value <.001 (Marôco, 2021) em todos os momentos da sessão (início, meio e fim).

3.3. Estatísticas de comparação

Comparações e testes *post-hoc* para os valores dos itens EAPT entre cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Tendo em conta que os valores dos 10 itens da EAPT evidenciaram anteriormente uma distribuição normal durante toda a sessão de intervenção psicológica (desde o momento inicial até ao fim) e em cada um momento (início, meio e fim), recorreu-se ao teste da ANOVA medidas repetidas e ao teste da Esfericidade de *Mauchly* para averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas nos valores dos itens da EAPT entre os vários momentos da sessão, comparando-os entre si (Tabela 3).

Tabela 3

ANOVA medidas Repetidas e esfericidade de Mauchly com correção de erro tipo I de Greenhouse-Geisser para os itens da EAPT

Variável (<i>N</i> = 56)	esfericidade de <i>Mauchly</i>				Correção de <i>Greenhouse–Geisser</i>			ANOVA medidas repetidas	
	W	χ^2	g.l.	p-value	g.l.		ε	F	p-value
EAPT	.732	16.86	2	< .001*	1.58	8.670	0.789	8.90	< .001*

Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta.

*p-value < .01

O teste de Esfericidade de *Mauchly* indica que não foi cumprida a esfericidade: $W = 0.73$; $\chi^2 (2) = 16.86$; p-value < .01, tendo-se, portanto, aplicado a correção de erro tipo I de *Greenhouse-Geisser* ($\varepsilon = .79$). O resultado do teste da ANOVA medidas repetidas foi estatisticamente significativo: $F (1.58; 86.74) = 8.90$; p-value < .01, indicando que os valores dos itens da EAPT divergiram significativamente entre os diferentes momentos da sessão (início, meio e fim).

Análise *post-hoc*

Uma vez que se o resultado do teste ANOVA medidas repetidas foi estatisticamente significativo e que esfericidade não se verificou, foram realizados testes *post-hoc* no sentido de identificar em quais momentos da sessão é que os valores dos itens da EAPT diferiram mais significativamente, através de comparações entre os todos (início, meio e fim), aplicando-se a correção de *Bonferroni* para Erro Tipo - 1 (Tabela 4).

Tabela 4

Comparações post-hoc com correção Bonferroni para Erro Tipo – 1 para os itens da EAPT

Variável (N = 56)	Diferença média entre momentos	p-value
EAPT (início) Vs EAPT (meio)	-.051	.007*
EAPT (início) Vs EAPT (fim)	-.056	.005*
EAPT (meio) Vs EAPT (fim)	-.005	1.000

Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; Início, meio e fim = momentos da sessão.

*p-value <.01

As médias obtidas pelas comparações *post-hoc* entre os momentos da sessão (início, meio e fim) para os itens da EAPT demonstram que os seus valores apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre o início da sessão e o meio: diferença média (EAPT_início Vs EAPT_meio = ; p-value < .01 (Marôco, 2021) e entre o início e o fim: diferença média (EAPT_início Vs EAPT_fim = ; p-value < .01 (Marôco, 2021). Os valores dos itens da EAPT não foram significativamente diferentes entre os momentos do meio e do fim da sessão: diferença média (EAPT_meio Vs EAPT_fim ; p-value > .05 (Marôco, 2021). Estes resultados sugerem que a persuasão média dos psicólogos variou mais significativamente entre os primeiros 15 minutos da sessão até aos 30 e entre os 30 e os 45 minutos, não tendo demonstrado diferenças assinaláveis entre a fase intermédia da sessão e a final.

Comparações e testes *post-hoc* para os valores do *mode* e do *peak* da EXP entre cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Tendo em conta que tanto a distribuição dos valores do *mode* como do *peak* da EXP não cumprem o critério da normalidade, recorreu-se ao teste de Friedman (não paramétrico) para identificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os 3 momentos da sessão (início, meio e fim) para ambas as medidas da EXP (Tabela 5). Também foram obtidos os postos médios do *mode* e do *peak* em cada momento (início, meio e fim) que se encontram na Tabela 5.

Tabela 5

Teste de Friedman para o mode e o peak da EXP e postos médios para cada momento (início, meio e fim)

Variáveis (N = 56)	Postos Médios	teste de Friedman	
EXP <i>mode</i>		$\chi^2(2) = 10.026$	p-value = .007*
EXP <i>mode</i> (início)	1.83		
EXP <i>mode</i> (meio)	1.99		
EXP <i>mode</i> (fim)	2.18		

EXP <i>peak</i>		$\chi^2(2) = 5.675$	p-value = .059
EXP <i>peak</i> (início)	1.82		
EXP <i>peak</i> (meio)	2.03		
EXP <i>peak</i> (fim)	2.15		

Legenda. EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; *Peak* = ponto mais elevado de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

*p-value < .01

Os resultados do teste de Friedman indicam que os valores do *mode* da EXP apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os 3 momentos da sessão (início, meio e fim): $\chi^2(2) = 10.026$; p-value < .05 (Marôco, 2021). Os postos médios para cada momento sugerem um aumento gradual dos níveis do *mode* da EXP no decorrer da sessão, sendo, portanto, menos elevado no início (1.83) e mais elevado no fim (2.18). Os resultados referentes aos valores do *peak* da EXP não revelaram diferenças estatisticamente significativas em entre nenhum dos momentos da sessão (início, meio e fim): $\chi^2(2) = 5.675$; p-value > .05 (Marôco, 2021).

Análise *post-hoc*

De acordo com o resultado significativo do teste de Friedman anteriormente descrito, foram realizados testes *post-hoc* de *Wilcoxon* com correção de erro tipo I de *Bonferroni* apenas para os valores do *mode* da EXP entre os momentos da sessão (início, meio e fim) que se encontram abaixo, na Tabela 6.

Tabela 6

teste post-hoc de Wilcoxon e correção de Bonferroni para o mode da EXP

Variáveis (N = 56)	teste de <i>Wilcoxon</i>			correção de <i>Bonferroni</i>
	Z	p-value		
EXP <i>mode</i> (início) Vs EXP <i>mode</i> (meio)	- 1.796	.073	>	.017
EXP <i>mode</i> (início) Vs EXP <i>mode</i> (fim)	- 2.546	.011	<	.017
EXP <i>mode</i> (meio) Vs EXP <i>mode</i> (fim)	- 2.023	.043	>	.017

Legenda. EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

Após aplicada a correção de erro tipo I de *Bonferroni* ($\alpha = 0.05/3 = 0.017$), os resultados do teste de *Wilcoxon* indicaram que os valores da EXP tiveram diferenças estatisticamente significativas apenas entre o início e o fim da sessão ($Z = -2.55$; $p\text{-value} = .011 < .05$). A diferença dos valores da EXP entre o início e o meio da sessão e entre o meio e fim não foi estatisticamente significativa.

3.4. Estatísticas de correlação

3.4.1. Coeficientes de correlação

Correlações dentro dos itens da EAPT entre todos os momentos da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Os resultados das correlações paramétricas entre os valores dos itens da EAPT entre os momentos da sessão (início, meio e fim) foram obtidos através do coeficiente de correlação de Pearson (r) em consequência da distribuição normal evidenciada anteriormente para os itens desta variável (Tabela 7)

Tabela 7

Coeficientes de pearson para as correlações entre os valores dos itens da EAPT entre todos os momentos da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Variáveis ($N = 56$)	1	2
1. EAPT (início)	-	-
2. EAPT (meio)	$r = .956^*$	-
3. EAPT (fim)	$r = .938^{**}$	$r = .985^{**}$

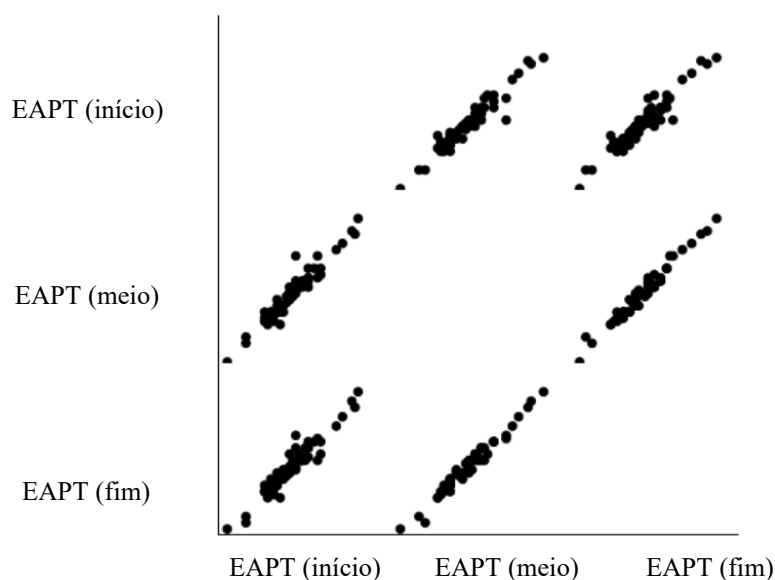
Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; Início, meio e fim = momentos da sessão.

* $p\text{-value} < .05$. ** $p\text{-value} < .01$.

Os resultados dos coeficientes de *pearson* para as correlações entre os valores da EAPT durante os momentos da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) demonstram correlações muito fortes e positivas entre os valores da EAPT para todos os momentos, uma vez que: r (EAPT_início Vs EAPT_meio) = .956; $p\text{-value} < .05$; r (EAPT_meio Vs EAPT_fim) = .985; $p\text{-value} < .01$; e r (EAPT_início Vs EAPT_fim) = .938; $p\text{-value} < .01$). A Figura 8 ilustra a dispersão destas correlações através de um gráfico.

Figura 8

Gráfico de dispersão para as correlações dos itens da EAPT entre os momentos da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)



Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; Início, meio e fim = momentos da sessão.

O gráfico de dispersão demonstra que as correlações dos dados dos itens da EAPT entre todos os momentos (início, meio e fim) apresentou um formato semelhante de linearidade e ascendente, sugerindo um bom nível de consistência dos valores da persuasão dos psicólogos entre os momentos da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim).

Correlações entre os valores do *mode* da EXP entre cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Os resultados das correlações não paramétricas entre os valores do *mode* da EXP entre cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) foram obtidos através do coeficiente de correlação de Spearman (ρ), pelo facto da sua distribuição não ter evidenciado normalidade. Estes resultados encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8

Coeficientes de spearman para as correlações entre os valores do mode da EXP entre todos os momentos da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Variáveis (N = 56)	1	2
1. EXP mode (início)	-	
2. EXP mode (meio)	$\rho = .624^{**}$	-
3. EXP mode (fim)	$\rho = .414^{**}$	$\rho = .680^{**}$

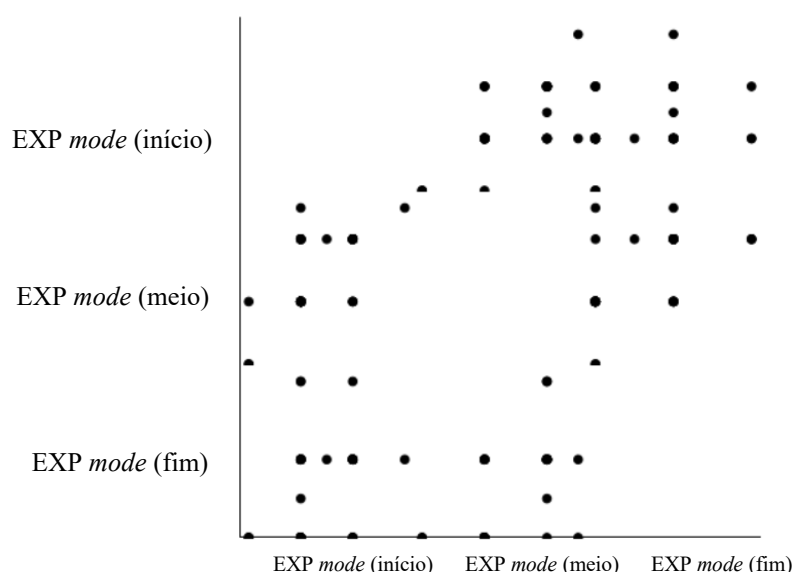
Legenda. EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

*p-value < .05. **p-value < .01.

Os resultados dos coeficientes de *spearman* para as correlações entre os valores do *mode* da EXP entre os momentos da sessão de intervenção (início, meio e fim) demonstram correlações positivas e muito estatisticamente significativas entre todos os momentos: ρ (EXP mode_início e EXP mode_meio) = .624; p-value < .01; ρ (EXP mode_início e EXP mode_fim) = .414; p-value < .01; ρ (EXP mode_meio e EXP mode_fim) = .680; p-value < .01. A dispersão destas correlações está representada na figura 9 através de um gráfico.

Figura 9

Gráfico de dispersão para as correlações entre o mode da EXP entre os momentos da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)



Legenda. EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

Correlações entre os valores dos itens da EAPT e do *mode* da EXP em cada momento correspondente da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Os resultados das correlações não paramétricas entre os valores dos itens da EAPT e do *mode* da EXP em cada momento correspondente da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) foram obtidos através do coeficiente de correlação de Spearman (ρ), pelo facto da distribuição do *mode* da EXP não ter evidenciado normalidade anteriormente. Estes resultados encontram-se na Tabela 10. Tendo em conta que a hipótese de investigação (1) está direccionada para os níveis médios de experienciação emocional, não foram obtidos os coeficientes de correlação entre os valores dos itens da EAPT e do *peak* da EXP em cada correspondente da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim).

Tabela 10

Coeficientes de spearman para as correlações entre os valores dos itens da EAPT e o mode da EXP em cada momento correspondente da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Variáveis ($N = 56$)	EXP <i>mode</i> (início)	EXP <i>mode</i> (meio)	EXP <i>mode</i> (fim)
EAPT (início)	$\rho = .297^*$	-	-
EAPT (meio)	-	$\rho = .186$	-
EAPT (fim)	-	-	$\rho = .014$

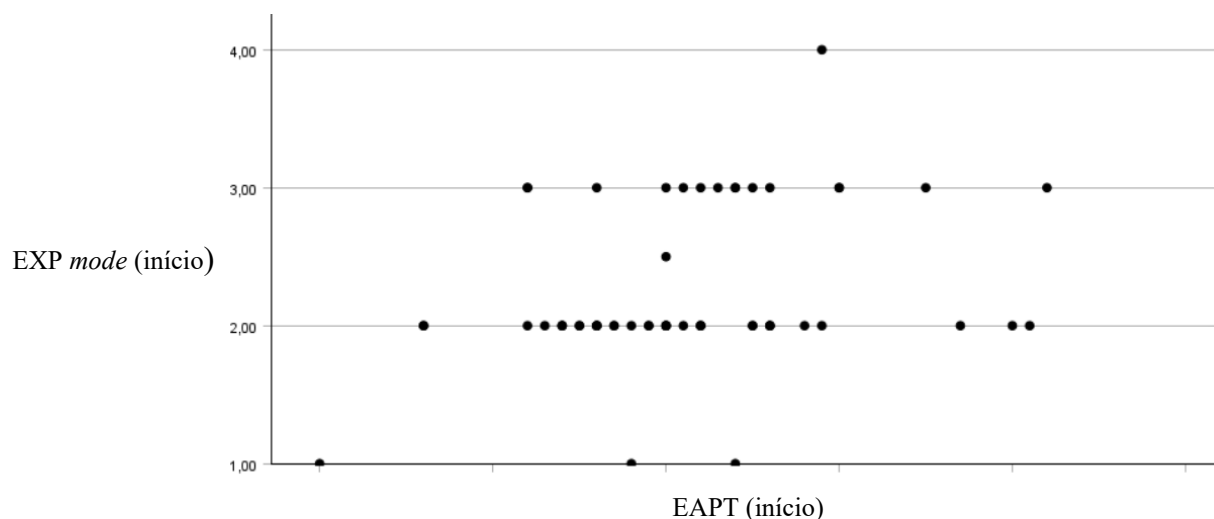
Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

*p-value < .05.

O resultado do coeficiente de *spearman* para a correlação não paramétrica entre os valores dos itens da EAPT e do *mode* da EXP durante os primeiros 15 minutos da sessão de intervenção psicológica (início) demonstra a presença de uma correlação positiva e fraca, apesar de estatisticamente significativa: $\rho = (\text{EAPT_início e EXP_mode_início}) = .297$ e p-value = .026 < .05). Esta correlação sugere que à medida que os níveis da persuasão do psicólogo foram aumentando no início da sessão, verificou-se também um aumento ligeiro dos níveis de experienciação emocional dos pacientes, nesse mesmo momento. A Figura 2 ilustra esta correlação obtida através de um gráfico de dispersão.

Figura 2

Gráfico de dispersão para as correlações entre os valores dos itens da EAPT e do mode da EXP no início da sessão de intervenção psicológica



Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação Emocional do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; *Início* = momento da sessão.

O gráfico demonstra um padrão difuso e ligeiramente ascendente de correlação entre as variáveis que é concordante com os valores do coeficiente de correlação obtido ($\rho = .297$; $p\text{-value} = .026 < .05$).

Os resultados dos coeficientes de *spearman* para as correlações não paramétricas entre os valores dos itens da EAPT e do *mode* da EXP durante o momento intermédio das sessões (entre os 15 e os 30 minutos) e durante o final (entre os 30 e os 45 minutos) não demonstram uma correlação positiva significativa em nenhum dos momentos: ρ (EAPT_meio Vs EXP_mode_meio) = .186; $p\text{-value} = .169$ e ρ (EAPT_fim Vs EXP_mode_fim) = .014; $p\text{-value} = .026$). Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de persuasão durante o momento intermédio e final das sessões não estiveram associados a maiores níveis de experienciação emocional dos pacientes, nesses mesmos momentos. As Figuras 3 e 4 ilustram estas correlações através de gráficos de dispersão.

Gráfico de dispersão para as correlações entre as cotações dos itens da EAPT e o modo da EXP no meio da sessão de intervenção psicológica

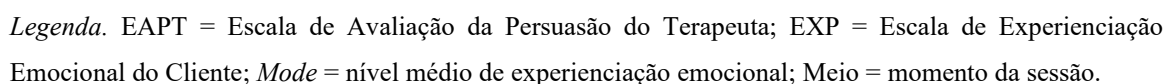
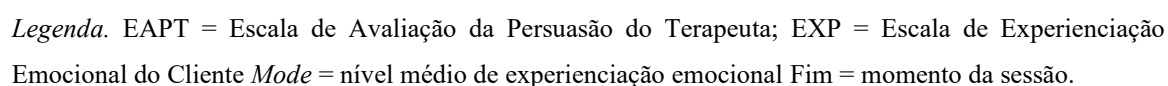


Gráfico de dispersão para as correlações entre as cotações dos itens da EAPT e o mode da EXP no fim da sessão de intervenção psicológica



Teste de multicolinearidade

Os resultados da análise de multicolinearidade feita para os valores dos itens da variável preditora EAPT relativamente à variável dependente do *mode* da EXP em cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11

multicolinearidade para os valores dos itens da variável preditora da EAPT relativamente à variável dependente do mode da EXP

Variáveis (N = 56)	EXP <i>mode</i> (início) Índice de condição	EXP <i>mode</i> (meio) Índice de condição	EXP <i>mode</i> (fim) Índice de condição
EAPT (início)	14.959	-	-
EAPT (meio)	-	14.301	-
EAPT (fim)	-	-	14.495

Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação Emocional do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

A análise da multicolinearidade dos itens da variável preditora da EAPT relativamente à variável dependente do *mode* da EXP, revelou índices de condição inferiores ao limiar de 30 definido na literatura como problemático (Hair et al., 2014): 14.959 (início); 14.301 (meio); e 14.495 (fim). O índice de condição obtido de aproximadamente 15 em cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) indica que existe multicolinearidade moderada, mas ainda assim, aceitável. Estes resultados permitem avançar com a realização dos modelos de regressão linear multinível e interpretar os seus resultados de forma fidedigna.

3.4.2. Modelos de regressão linear multinível

Os valores referentes aos efeitos fixos da variável preditora da EAPT na variável dependente do *mode* da EXP em cada momento das sessões de intervenção psicológica (início, meio e fim) obtidos através dos 3 modelos de regressão linear multinível estão ilustrados na Tabela 9. Para os dois primeiros modelos de regressão (do momento do início e do meio) a variabilidade entre os níveis hierárquicos dos psicólogos e dos pacientes da amostra permitiu que os modelos

convergissem no SPSS e que conseguissem estimar que porção de variabilidade total do *mode* da EXP foi originada pelos efeitos aleatórios destes participantes. O mesmo não se verificou para o terceiro modelo de regressão (do momento final), que não convergiu no SPSS possivelmente devido a um decréscimo na variabilidade entre psicólogos e pacientes, não permitindo estimar a porção de variabilidade total do *mode* da EXP que foi originada pelos efeitos aleatórios destes participantes. Por esse motivo, simplificou-se este modelo de regressão linear multinível removendo os efeitos aleatórios desses participantes, o que já possibilitou a convergência no SPSS.

Tabela 9

Efeitos fixos da variável preditora da EAPT na variável dependente do mode da EXP em cada momento da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)

Variáveis (N = 56)	EXP <i>mode</i> (início)			EXP <i>mode</i> (meio)			EXP <i>mode</i> (fim)		
	F	g.l.	p-value	F	g.l.	p-value	F	g.l.	p-value
EAPT (início)	6.152	43.831	.017*						
EAPT (meio)				9.229	30.798	.005**			
EAPT (fim)							.512	54	.477

Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação Emocional do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; Início, meio e fim = momentos da sessão.

*p-value < .05. **p-value < .01

Os resultados dos efeitos fixos das variáveis preditoras da EAPT nas variáveis dependentes do *mode* da EXP demonstram uma correlação positiva e significativa entre os momentos iniciais e intermédios: EAPT (início) → EXP *mode* (início): F (43.831) = 6.15; p-value < .05 e EAPT (meio) → EXP *mode* (meio): F (30.798) = 9.23; p-value < .01. Os resultados obtidos estão ilustrados através de gráficos de dispersão para as duas variáveis preditoras, EAPT (início) e EAPT (meio) e para os valores preditores fixos correspondentes da EXP *mode* (início) e da EXP *mode* (meio) nas Figuras 5 e 6.

As estimativas da variância (σ^2) e os erros padrão (EP) dos resultados relativos aos efeitos fixos da variável preditora da EAPT na variável dependente do *mode* da EXP que foi atribuída aos efeitos aleatórios dos interceptos entre os níveis hierárquicos dos psicólogos dos pacientes em dois momentos da sessão de intervenção psicológica (início e meio) estão representados na Tabela 10.

Tabela 10

Estimativas de variância associada aos efeitos aleatórios dos interceptos entre os níveis dos psicólogos e dos pacientes em 2 momentos da sessão de intervenção psicológica (início e meio)

Variáveis (<i>N</i> = 56)	Estimativas de variância	Erro Padrão
Intercepto Psicólogos (início)	.058	.064
Intercepto Psicólogos (meio)	.065	.090
Intercepto Pacientes (início)	.015	.038
Intercepto Pacientes (meio)	.034	.048

Legenda. Psicólogos = amostra dos 5 psicólogos em formação cujo nível de persuasão foi cotado; Pacientes = amostra de 15 pacientes cujo nível de experientiação emocional foi cotado; Início, meio e fim = momentos da sessão.

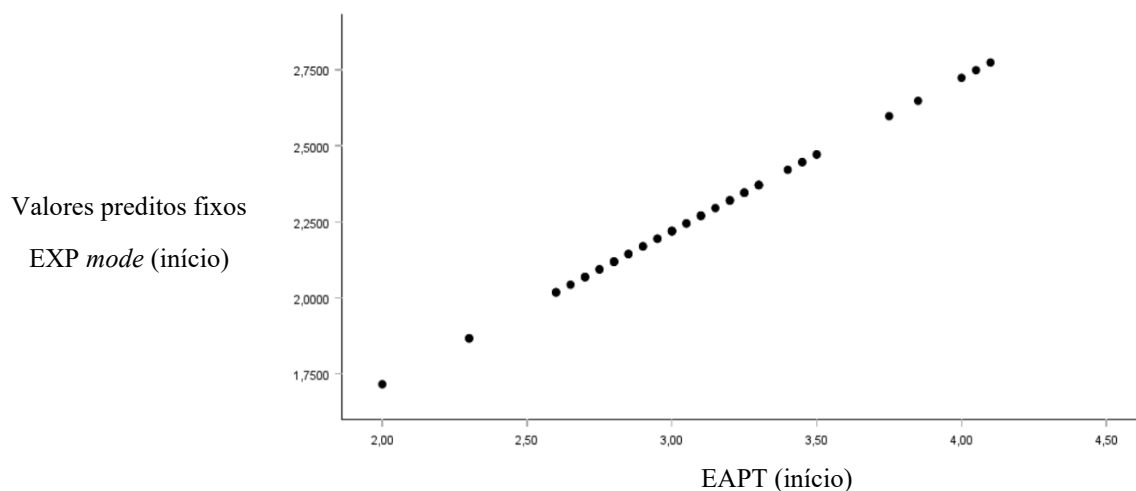
A tabela demonstra que apenas uma pequena parte da variância dos resultados dos efeitos fixos da variável preditora da EAPT na variável dependente do *mode* da EXP no momento inicial das sessões de intervenção psicológicas (primeiros 15 minutos) foi originada pelos efeitos aleatórios dos psicólogos: $\sigma^2 = .058$; EP = .064; e dos pacientes: $\sigma^2 = .015$; EP = .038. Verificou-se o mesmo para a fase intermédia (entre os 15 e os 30 minutos) das sessões de intervenção psicológica: σ^2 (psicólogos) = .065; EP = .090 e σ^2 (pacientes) = .034; EP = .048.

Estes resultados sugerem que tanto o nível hierárquico dos psicólogos como o dos pacientes tiveram um contributo reduzido para a variabilidade total do nível médio (*mode*) da EXP, ou seja, da experientiação emocional dos pacientes. A maior variabilidade ocorreu provavelmente entre as sessões de intervenção psicológica dentro da mesma díade psicólogo-paciente e não entre diferentes psicólogos e diferentes pacientes.

Estes efeitos sugerem que os valores dos itens da EAPT no início e no meio da sessão de intervenção psicológica foram preditores estatisticamente significativos dos valores médios da EXP, respeitantes ao *mode*, nesses mesmos momentos.

Figura 5

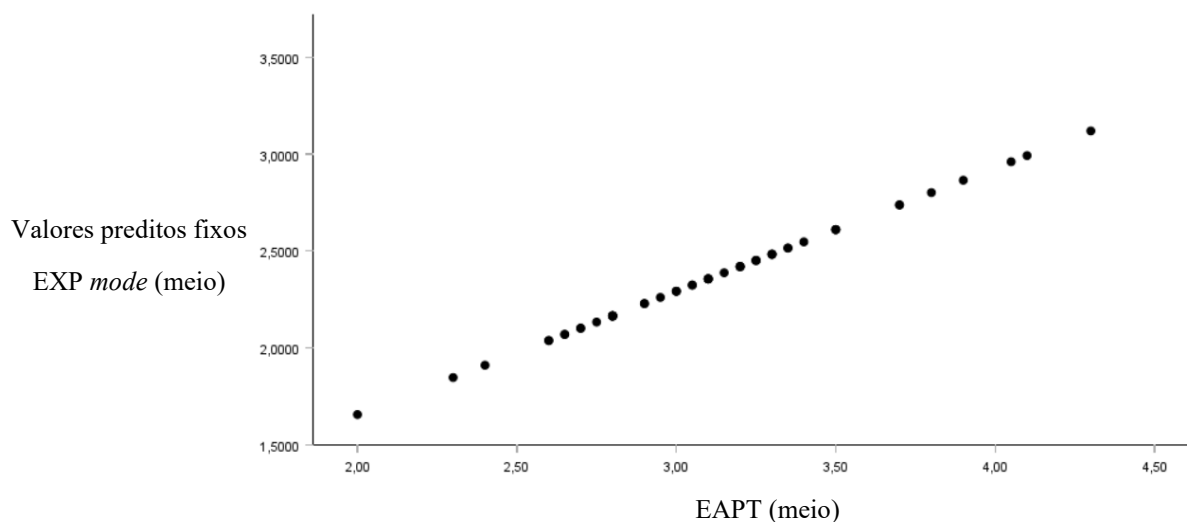
Gráfico de dispersão para os valores preditos fixos do mode da EXP pela variável preditora EAPT no início da sessão de intervenção psicológica



Legenda. EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação Emocional do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; *Início* = momento da sessão.

Figura 6

Gráfico de dispersão para os valores preditos fixos do mode da EXP pela variável preditora EAPT no meio da sessão



Porém, os valores associados à EAPT no meio da sessão de intervenção psicológica não apresentam uma correlação significativa com os valores preditos fixos do mode da EXP no meio da sessão. *Legenda.* EAPT = Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta; EXP = Escala de Experienciação Emocional do Cliente; *Mode* = nível médio de experienciação emocional; *Meio* = momento da sessão.

4. Discussão

O objetivo inicialmente proposto para o presente estudo foi o de investigar possíveis correlações entre as dimensões da persuasão do psicólogo e da experiencição emocional do paciente nos diferentes momentos correspondentes da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim) com vista a produzir a primeira investigação empírica com este propósito. Pretendeu-se verificar se a persuasão estaria positivamente correlacionada com a experiencição emocional no momento correspondente da sessão e, adicionalmente, se seria preditiva da mesma.

A hipótese de investigação (1) de que *psicólogos com níveis médios mais elevados de persuasão estarão associados a níveis médios mais elevados de experiencição emocional nos pacientes em cada momento correspondente da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)* foi apenas parcialmente confirmada. A única correlação positiva e estatisticamente significativa obtida entre os valores médios da EAPT e da EXP (medidos pelo *mode*) no momento correspondente da sessão de intervenção psicológica foi no início da mesma, isto é, durante os primeiros 15 minutos das gravações cotadas, com um coeficiente de correlação não paramétrico de spearman (ρ) fraco ($\rho = .297$; $p\text{-value} < .05$).

É possível que no início da sessão de intervenção psicológica os psicólogos em formação se encontrem mais motivados para a consolidação da relação terapêutica e sejam mais ativos na criação das condições necessárias para que os pacientes elaborem sobre os seus problemas de uma vertente emocional, mobilizando também mais as competências de EFT adquiridas através do treino de prática deliberada. Possivelmente, adotaram um maior número de comportamentos facilitadores da persuasão que, por sua vez, ativaram os pacientes emocionalmente. É provável que os psicólogos não estivessem tão focados em ativar os seus pacientes emocionalmente no momento final da sessão de intervenção psicológica de maneira a garantir que estes não a terminavam desorganizados emocionalmente e sem forma de restabelecerem minimamente o seu equilíbrio. Da perspetiva dos pacientes, também poderá ter existido a perceção de o tempo da sessão se aproximar do fim e não sentirem a necessidade de explorar e experienciar as suas emoções de forma mais profunda.

Já a hipótese de investigação (2) de que *os níveis médios de persuasão dos psicólogos serão preditivos dos níveis médios de experiencição emocional dos pacientes em cada momento correspondente da sessão de intervenção psicológica (início, meio e fim)* foi comprovada para os momentos inicial e intermédio. Foi durante os primeiros 15 minutos e entre os 15 e os 30

minutos das sessões de intervenção psicológica que a persuasão dos psicólogos se constituiu como um preditor estatisticamente significativo da experiencição emocional dos pacientes. Os resultados significativos obtidos através dos dois modelos de regressão linear multinível referentes aos dois primeiros momentos da sessão de intervenção psicológica (início e meio) sugerem teoricamente que níveis médios mais elevados de persuasão estão associados a níveis médios mais elevados de experiencição emocional. Tal aponta para teoricamente para a presença de um padrão de associação consistente entre estas duas dimensões transteóricas no contexto das intervenções psicológicas de curta duração. Embora a análise efetuada não confirme uma relação de causalidade entre as variáveis, os dados sugerem a possibilidade de os psicólogos mais persuasivos tenderem, em média, a estar envolvidos em momentos de intervenção psicológica caracterizados por uma maior exploração e experiencição as emoções por parte dos pacientes. Contudo, não se observou esta tendência no momento final das sessões.

No seu conjunto, os resultados referentes a ambas as hipóteses de investigação parecem estar na mesma linha teórica de outros estudos, como os de Angie et al. (2011), Bless et al. (1990), Greenberg, (2004), Heide, (2013), Otterson, (2015) e, particularmente, de Frank (1961) na sua inclusão da capacidade de ativação emocional no cliente como integrante de um terapeuta persuasivo. Todavia, é de salientar alguns aspetos relevantes na comparação com esta literatura: a investigação que sugere uma correlação entre a persuasão e a experiencição emocional não é direcionada para o contexto da psicoterapia, como a de Angie et al. (2011) e de Bless et al. (1990), conceptualizando a persuasão apenas no domínio da retórica e não como uma variável especificamente associada aos terapeutas (Frank, 1961); as emoções estão presente na sua natureza simples e não se encontram enquadradas num processo mais específico e individualizado da experiencição emocional como o que foi adotado para a presente investigação (Sønderland et al., 2023) com posterior aplicação metodológica da escala EXP; e não é explorado o potencial preditivo da persuasão relativamente à experiencição emocional, pelo contrário, é enfatizada uma relação “contrária” entre as variáveis, exemplificando-se a forma como a presença prévia de determinadas emoções pode influenciar a suscetibilidade dos sujeitos a uma retórica persuasiva (Bohner et al., 1990). Considera-se que os resultados obtidos representam um contributo pertinente para a investigação sobre os processos psicoterapêuticos (Kazdin, 2007; Lambert, 2013), sobre a compreensão das interações entre os *fatores comuns* (Rosenzweig, 1936), colmatando a falta de investigação e de conhecimento científico na literatura sobre os mesmos (Cuijpers et al., 2018),

particularmente de investigação direta sobre o *fator comum* da persuasão (Frank & Frank, 1993; Sequeira et al., 2024; Vaz & Sousa, 2021; 2024).

É de alertar a cautela com que se pode afirmar que a EXP é o instrumento com maior adequação científica para medir a dimensão transteórica da experiência emocional. Tal prende-se essencialmente com a falta de uma definição teórica clara na literatura relativamente a este conceito (Sønderland et al., 2023) e, de acordo com esta lógica, se uma dimensão não está ainda consolidada também não é possível obter completamente uma correspondência com uma medida de operacionalização da mesma. A definição desta dimensão deverá contemplar os diferentes processos que podem ocorrer quando as emoções estão a ser experienciadas e ter em consideração toda a evidência científica que já é constatada relativamente às emoções e a sua transformação na psicoterapia (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016; Pos et al., 2017).

A validade e adequação científicas da EAPT como medida de operacionalização do construto da persuasão do terapeuta foram também suportadas, tendo esta escala revelado boa consistência interna e permitido adquirir informação relevante sobre os comportamentos dos psicólogos em formação nas sessões de psicoterapia. Apesar de este instrumento se ter revelado fiável na investigação, é do conhecimento geral que a utilização de diversos meios de análise e observação dos dados beneficia os estudos e não monopoliza os resultados numa só medida de operacionalização do construto. Tal poderá sugerir uma maior mobilização de recursos de investigação para o desenvolvimento de novas formas de mensuração da persuasão. Esta escala também é preenchida por um observador externo das sessões de psicoterapia, estando dependente, por esse motivo, da perspetiva de quem não foi interveniente no processo de psicoterapia. Seria pertinente avaliar o ponto de vista dos sujeitos que são alvo do processo psicoterapêutico, isto é, os pacientes que vivenciam, em primeira instância, os comportamentos do seu terapeuta.

A escala EXP utilizada está orientada para as cotações de cada frase dos pacientes pertencentes às transcrições das sessões de psicoterapia, as quais, por motivos logísticos, não foram possíveis de obter para a amostra selecionada. Idealmente, ter transcrições fidedignas das sessões poderia ter permitido uma análise mais minuciosa das mesmas, elevando o grau de precisão da cotação do nível de experiência emocional. Estas transcrições possibilitariam uma observação mais ampla dos comportamentos verbais dos psicólogos em formação pelos avaliadores que participaram no estudo.

Por forma a garantir uma compreensão fidedigna e uma reflexão crítica dos resultados obtidos, é absolutamente necessário enquadrá-los nas características metodológicas que a presente investigação adquiriu. Uma das principais limitações deste estudo é a amostra reduzida, tanto dos psicólogos em formação ($n = 5$) como dos pacientes ($n = 15$). Snijders & Bosker (2012) explicam que são necessárias pelo menos 30 unidades no nível 2 da amostra para que seja garantida a convergência do modelo e seja possível estimar com fiabilidade a variância originada pelos efeitos aleatórios. Esta instabilidade do modelo foi constatada na regressão linear multinível do último momento da sessão de intervenção psicológica (entre os 30 e os 45 minutos) e impossibilitou a obtenção de resultados passíveis de serem generalizados.

Apesar de se ter estabelecido que as sessões de intervenção psicológica seriam divididas em 3 segmentos de 15 minutos, tal como foi feito em outros estudos (Sequeira et al., 2024), ao ver as gravações das mesmas foi possível constatar que nem sempre a sua duração permitiu respeitar este critério. Pelo menos, 2 das sessões tiveram uma duração inferior a 45 minutos, o que fez com que a cotação do terceiro segmento fosse influenciada pela sua extensão de menos de 15 minutos. Considera-se relevante mencionar esta circunstância, pois embora não tenha, provavelmente, um efeito estatisticamente significativo nos resultados, o procedimento de qualquer investigação científica deve ser o mais metódico e controlado possível por forma a incrementar o potencial de generalização das suas conclusões. Estudos que pretendam replicar este método devem assegurar que todos os constituintes da amostra cumprem as restrições de cotação, possibilitando a sua integração e comparação. A qualidade de imagem e do som pode não ter sido a melhor possível e a interpretação dos comportamentos dos psicólogos e dos pacientes poderá ter sido influenciada por este fator.

Outra das limitações a salientar prende-se com o contexto do treino de prática deliberada a que os psicólogos em formação que participaram no presente estudo foram submetidos. Este treino poderá ter atuado como uma variável moderadora da correlação entre a persuasão dos psicólogos e a experientiação emocional dos pacientes. Porém, não foi possível avaliar esta moderação nem averiguar diferenças de resultados pré e pós-treino de prática deliberada, tendo em conta que o design do estudo não permitiu controlar o momento em que cada psicólogo participou no treino. Adicionalmente, os 5 psicólogos não participaram todos nas 16 sessões de treino de prática deliberada em simultâneo e não foi definido experimentalmente um período de intervenção psicológica com os pacientes no qual os seus psicólogos em formação ainda não tivessem participado em nenhuma sessão de treino de prática deliberada e outro no qual o contrário tivesse ocorrido. Desta forma, tornou-se insustentável isolar a influência do treino em

prática deliberada sobre as variáveis do estudo, devendo os resultados obtidos ser interpretados de acordo com esta restrição. Além disso, a natureza metodológica da presente investigação, que adotou os diferentes momentos das 56 sessões de intervenção psicológica (início, meio e fim) como principais unidades de cotação e subsequente análise dificultou a realização de uma análise separada para os efeitos dentro de cada díade psicólogo-paciente ao longo das sessões de intervenção psicológica. Dada a fragmentação dos dados por momentos da sessão e a reduzida dimensão da amostra também foi inviável examinar trajetórias individualizadas de cada díade ou comparar padrões entre as diferentes díades. Recomenda-se que estudos futuros semelhantes tenham em consideração estas limitações metodológicas e que tentem colmatá-las, por forma a melhorar o potencial de generalização dos resultados e das conclusões teórico-práticas.

Esta investigação constitui também uma primeira experiência de utilização dos instrumentos de cotação para pelo menos 2 dos avaliadores, naturalmente. Todavia, este fator poderá ter, em certa medida, influenciado negativamente os resultados. É provável que avaliadores que estejam mais familiarizados com o racional metodológico subjacente ao processo de cotação das escalas consigam obter um maior nível de exatidão para as cotações e, por consequência, de robustez dos resultados.

Apesar de se considerar que existe uma forte possibilidade da covariância obtida entre a persuasão e experienciação emocional esteja, por sua vez, correlacionada com uma maior eficácia dos processos de psicoterapia incluídos na amostra não é possível afirmar, com base no objetivo e características metodológicas do presente estudo, a constatação dessa correlação. Coloca-se tal conjectura devido a toda a literatura consultada referente aos efeitos benéficos individuais da persuasão (Locher, 2019; Sequeira et al., 2024; Wampold, 2012) e da experienciação emocional (Pascual-Leone & Greenberg, 2007) na psicoterapia. Considerando que o principal objetivo do estudo foi a investigação de correlações entre as variáveis da persuasão e da experienciação emocional que se encontram extensivamente analisadas nos resultados, sendo um estudo de processo e não de *outcome*, optou-se por não incluir uma análise adicional referente aos efeitos das intervenções psicológicas de curta duração na sintomatologia manifestada pelos pacientes antes do início destas intervenções.

Recomenda-se que estudos futuros semelhantes metodologicamente investiguem de que forma correlações estabelecidas entre as dimensões transteóricas da persuasão e da experienciação emocional poderão estar, por sua vez, correlacionadas com efeitos terapêuticos, tendo em conta

que a literatura tem vindo a comprovar os efeitos na eficácia da psicoterapia tanto potenciados pela persuasão dos psicólogos (Anderson et al., 2009; 2016) como pela experiencição emocional que ocorre nos pacientes (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). Seria também pertinente investigar se estas duas variáveis podem assumir outras configurações correlacionais, isto é, se, por exemplo, a experiencição emocional se pode assumir como uma variável moderadora entre a persuasão e os efeitos terapêuticos das intervenções psicológicas e de que forma.

5. Anexos

I. Revisão de literatura

1. Psicoterapia e sua eficácia

O ser humano distingue-se dos outros animais por diversas razões, sendo uma delas a capacidade complexa de elaborar significados narrativos a partir de interpretações subjetivas das suas experiências de vida, numa tentativa de atribuir causalidade à sua realidade (Gardner, 1998; Wampold, 2007). Todas as experiências de vida têm, adicionalmente, emoções subjacentes, as quais ficam incorporadas nas narrativas criadas (Greenberg, 2004). Muitas vezes, estas narrativas não são adaptativas, podendo originar eventuais desajustes entre o acesso à sua informação emocional e o processamento, independentemente da valência das emoções, causando constrangimentos e elevados estados de sofrimento psicológico (Greenberg, 2004; Sønderland et al., 2023). Verifica-se, assim, um contributo individual da cognição e das emoções e da sua interação, para a criação de significados disfuncionais nos clientes (Greenberg, 2004) e para os quais também contribuem crenças sobre a inevitabilidade e elevada probabilidade de ocorrência de novos problemas, o que parece bloquear a ação sobre os mesmos (Wampold, 2007).

Surge, então, a psicoterapia, na qual a principal tarefa do terapeuta é devolver alternativas explicativas que re-interpretem o mundo do cliente e que, acima de tudo, originem mudanças duradouras no tempo (Frank, 1986; Wampold, 2007). Estas alternativas também podem ser designadas de “racional terapêutico” que, segundo Frank (1981), não é possível de ser refutado, dado que é concordante com a visão cultural do mundo que o cliente partilha com o terapeuta e assume a forma de um “mito” ou “história” suficientemente convincente para os seus problemas. Frank argumentava que o racional terapêutico iria atuar sob a “desmoralização”, um estado que se encontra presente num momento inicial da terapia e que se caracteriza por uma dificuldade extrema em gerir impulsos de stress, existindo sentimentos de impotência, isolamento e desespero (Frank, 1961). Para Frank, a menção dos sentimentos inquietantes do paciente seguida de tentativas de interpretar a sua origem causam, por si só, uma melhoria, sendo o propósito desta interpretação diminuir a valência negativa atribuída pelas pessoas às suas próprias emoções e experiências (Frank, 1961). Existe, deste modo, uma exploração do mundo dos significados e uma transformação das narrativas da realidade para formas mais adaptativas e que permitem um melhor funcionamento psicológico (Frank, 1986; Frank, 1987). Para tal, recorre-se essencialmente ao recurso da linguagem, criando-se um

processo de influência social, ao longo de várias sessões nas quais o cliente participa ativamente (Frank, 1981; Heppner & Claiborn, 1989; Wampold, 2018). A receptividade ao racional terapêutico relaciona-se com o nível de envolvimento do cliente na psicoterapia (Wampold, 2007), o qual poderá estar dependente de expectativas prévias (Connolly et al., 2003), de uma preferência pessoal por um tipo de intervenção (Iacoviello et al., 2007) ou da aliança terapêutica estabelecida (Frank, 1987). A aliança terapêutica constrói-se na díade terapeuta-cliente (Frank, 1986) e é um dos melhores preditores de resultados psicoterapêuticos, superior ao tipo de intervenção (Horvath et al., 2011).

Apesar das tentativas de Eysenck (1952) em demonstrar cientificamente a ineficácia da psicoterapia, atualmente esta encontra-se estabelecida como uma prática de cura eficaz, tal como demonstram vários estudos (Cuijpers et al., 2018; Locher et al., 2019; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2007). A meta análise de Smith & Glass (1977) foi bastante pertinente na sua resposta científica aos estudos de Eysenck, dado que revelou que pessoas que receberam psicoterapia melhoraram significativamente os seus sintomas relativamente aos que não receberam psicoterapia, em cerca de 80%. Adicionalmente, a psicoterapia consegue ser tão eficaz quanto a medicação em grande parte das perturbações mentais (Wampold, 2010). Esta eficácia medida pelos resultados obtidos é, adicionalmente, transversal às diferentes abordagens teóricas que foram surgindo, o que significa que diferentes terapias com modelos teóricos distintos obtêm resultados igualmente satisfatórios e efeitos comparáveis (Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2018; Locher et al., 2019; Spielmans et al., 2007). A eficácia de uma determinada abordagem teórica de psicoterapia não retira, de maneira alguma, o potencial de cura de outra, podendo coexistir diferentes abordagens na sua eficácia (Wampold, 2007).

Apesar da robustez de grande parte dos estudos, Cuijpers et al. (2018) revelaram alguma sobre estimacão dos efeitos da psicoterapia na depressão, estando este viés presente em várias meta-análises, o que urge para uma consideração crítica deste fator em investigações futuras e aquando do enquadramento empírico da psicoterapia. O número significativo de estudos correlacionais sobre a eficácia da psicoterapia representa ainda uma lacuna na evidência empírica realmente necessária para validar cientificamente esta prática. Tal ocorre pelo facto de ser aconselhável, por exemplo, a realização de investigações longitudinais, que poderão permitir compreender melhor os efeitos da psicoterapia ao longo do tempo (Cuijpers et al., 2019).

Ainda que atualmente a eficácia da psicoterapia se encontre empiricamente consolidada, persiste, ainda, uma complexa questão inerente a esta prática: a inexistência de um só paradigma, sendo considerada uma ciência “pré-paradigmática” (Kuhn, 1970). O gradual surgimento de diferentes abordagens, decorrentes de diferentes teorias, tem dificultado o estabelecimento de um consenso relativamente às variáveis que compõem o processo de mudança (Goldfried, 2019). Goldfried (2019) reúne um total de três razões que justificam esta discórdia: a “linguagem” altamente característica de cada metodologia teórica, que não se compadece com as restantes e impossibilita a criação de pontos de convergência; o desencontro entre investigadores e terapeutas, dado que nem sempre a evidência empírica se traduz na prática ou a integra na literatura publicada, sobrepondo-se, por outro lado, a experiência clínica como orientação da psicoterapia; e a constante valorização das mais recentes descobertas em detrimento de contributos anteriores, não se partindo de conhecimentos prévios na construção de um paradigma. Henriques & Gralha (2024) sugerem um “sistema meta-teórico” da psicoterapia, com o intuito de estabelecer uma base comum para esta prática, mais ampla e integrativa.

Adicionalmente, parece que os mecanismos específicos subjacentes aos resultados clínicos obtidos pelas diferentes abordagens carecem ainda de alguma investigação e explicação científica (Cuijpers et al., 2018; Wampold 2015). A investigação tende a explicar estes efeitos psicoterapêuticos à luz do contexto criado em todas as psicoterapias, no qual se permite a transformação de significados das experiências individuais e de sintomas (Frank, 1986). Este modelo contextual refere a presença de *fatores comuns* e a sua relevância como preditores de resultados psicoterapêuticos (Wampold et al., 2011).

2. Fatores comuns

A psicoterapia foi adquirindo, na literatura, uma natureza mais integrativa, mediante diferentes formas: pela combinação teórica, na qual se articulam diferentes modelos explicativos na conceptualização da psicopatologia; pela integração assimilativa, em que determinada base teórica acolhe na sua prática conceitos e concepções de um modelo distinto; pelo ecletismo técnico, focado na junção de técnicas entre abordagens distintas; e pelo modelo dos *fatores comuns*, fortemente direcionado para a vertente psicossocial do processo de cura (Henriques & Gralha, 2024).

Rosenzweig (1936) defendia que se abordagens psicoterapêuticas com métodos mutuamente exclusivos conseguiram produzir resultados clínicos igualmente satisfatórios, a sua eficácia individual não poderia ser uma justificação adequada para a validade científica de cada teoria. Não seria, logicamente possível, partir de premissas distintas e obter a mesma conclusão (Rosenzweig 1936). Os verdadeiros responsáveis pelos efeitos terapêuticos transversais seriam, deste modo, processos inconscientes que operavam na díade terapeuta-cliente (Rosenzweig, 1936).

A revisão de literatura de Cuijpers et al., (2018) reúne vários estudos comparativos que demonstram a presença de processos designados por *fatores comuns*. Destes fazem parte a aliança terapêutica, as expectativas do cliente, a empatia e o racional terapêutico (Cuijpers et al., 2018). Frank (1961) descreve outro conjunto de características comuns às diferentes psicoterapias, sendo elas: a confiança do cliente na competência do terapeuta e na sua motivação para o ajudar, sendo estas perceções cultivadas pela total empatia e aceitação por parte do profissional; a existência de um *setting*, que, por si só, representa um local físico associado ao processo de cura e tratamento científico e implementa essa expectativa, devido a raízes históricas e culturais de templos e santuários religiosos; o racional terapêutico explicativo da disfuncionalidade, o qual deverá ser tipicamente otimista, por forma a se assumir como uma força contrastante ao estado de desmoralização inicial; e, finalmente, as atividades terapêuticas que vão sendo prescritas ao longo do processo e que se dirigem para o alívio da angústia, oferecendo segurança ao cliente para explorar os seus sintomas, de acordo com os seus limites emocionais. Outras perspetivas incluem as *experiências emocionalmente corretivas*, a monitorização e avaliação constantes da qualidade da relação e do progresso terapêutico (Grencavage & Norcross, 1990; Tracey, 2003) e a capacidade de *persuasão*, pertencente ao terapeuta e relevante para os resultados da psicoterapia, sendo, possivelmente de todos, o fator comum menos estudado (Frank & Frank, 1993; Vaz & Sousa, 2021). As experiências emocionalmente corretivas (Grencavage & Norcross, 1990) ocorrem quando existe uma reação ou um comportamento que vai de encontro ao que era inicialmente esperado pelo cliente, quando este pratica uma ação contraditória à sua vontade. Verifica-se, assim, um processo de aprendizagem que modifica perceções e crenças não adaptativas (Goldfried; 2019).

Cuijpers et al. (2018) concluem que ainda não existe consenso científico sobre os fatores que realmente promovem a eficácia da psicoterapia, podendo esta ser originada ou por fatores comuns, ou pelas técnicas específicas de cada orientação teórica ou devido à interação de ambas as variáveis. É também argumentado que estes fatores não têm subjacente qualquer

modelo teórico, no entanto, o estudo de Wampold (2015) apresentou o modelo contextual da psicoterapia numa tentativa de dar resposta a esta limitação. Este modelo também justifica a disparidade de resultados clínicos encontrada entre diferentes terapeutas que utilizam a mesma abordagem, sendo este efeito ainda mais saliente nos contextos naturais, comparativamente a ensaios clínicos (Wampold, 2015).

Embora se encontrem validados alguns mecanismos de mudança e fatores universais das psicoterapias, sugere-se uma reflexão sobre a variabilidade destes processos mediante as características individuais dos clientes, numa lógica de afastar o foco da investigação dos ensaios clínicos aleatórios (Cuijpers et al., 2019).

Sabendo que o terapeuta faz parte da aliança terapêutica e é responsável pela promoção de grande dos fatores comuns que ocorrem na psicoterapia, procede-se agora à exploração desta variável, em mais detalhe, nos tópicos que se seguem.

3. Fatores do terapeuta

São vários os estudos que indicam que os terapeutas contribuem mais para os resultados psicoterapêuticos do que o tipo de tratamento ou nível de adesão a um protocolo da psicoterapia (Wampold, 2006; 2015). Estima-se que entre 5 e 9% da variabilidade destes resultados pode ser atribuída a efeitos do terapeuta (Crits-Christoph & Mintz, 1991). No entanto, um dos desafios da investigação tem sido identificar como são produzidos estes efeitos (Anderson et al., 2009). Considera-se que o terapeuta assume uma responsabilidade individual de criação de um espaço promotor de processos como a empatia e a aliança terapêutica, os quais estão associados à melhoria de sintomas dos clientes e constituem os principais processos relacionais preditores de resultados na psicoterapia, facilitando a mesma (Horvath et al., 2011; Norcross, 2002).

Considera-se que os terapeutas eficazes possuem as seguintes características: um conjunto refinado de competências interpessoais, aplicadas de forma ajustada à necessidade de cada cliente, caracterizando-se pela empatia, pela fluência verbal, entre outras; capacidade de fomentar a perceção de compreensão e de confiança no cliente; manutenção de uma aliança terapêutica de qualidade; sugestão de um racional terapêutico convincente e adaptativo; o planeamento de uma intervenção que tenha em conta este racional e que seja devidamente

partilhada com o cliente; competência de persuasão; monitorização do progresso terapêutico; flexibilidade para efetuar eventuais ajustes durante o processo; indução de otimismo e esperança; preocupação em compreender o contexto e as características do cliente; consciência dos processos psicológicos que operam dentro do próprio; familiaridade com estudos científicos e evidência empírica mais atualizada; atitude de evolução constante e de melhoria da sua prática (Wampold, 2010).

Verifica-se, igualmente, evidência empírica que demonstra que existem terapeutas mais eficazes do que outros, independentemente do seu nível de experiência e modelo teórico aplicado (Wampold, 2010; Wampold & Owen, 2021), no entanto, estas diferenças individuais não têm sido muito investigadas (Hill & Castonguay, 2017). Existe uma elevada probabilidade das capacidades intrapessoais relacionadas com a gestão de interações mais desafiantes na psicoterapia estarem a produzir os resultados distintos obtidos entre terapeutas (Anderson et al., 2009). A variabilidade destes resultados terapêuticos persiste mesmo no contexto manipulado dos ensaios clínicos, onde se fornece treino e supervisão a um conjunto de terapeutas devidamente selecionados, com o objetivo de eliminar a variável dos efeitos do terapeuta (Anderson et al., 2009). Tal representa uma limitação de grande parte dos estudos, pois apesar dos resultados serem facilmente generalizáveis, as competências relacionais do terapeuta permanecem por avaliar num contexto mais ecológico da psicoterapia, onde interagem outras variáveis (Wampold, 2001). O processo de mudança, assim como os seus mecanismos, carece também de investigação (Wampold, 2007).

Por outro lado, existem características do terapeuta que não estabelecem qualquer associação com os resultados da psicoterapia, tais como a idade, o género, a etnicidade, a religião e a experiência clínica (Huppert et al., 2001).

4. Competências Interpessoais Facilitadoras (FIS)

Dentro do modelo conceptual dos Fatores Comuns entre psicoterapias, encontram-se alguns que estão particularmente associados às características dos terapeutas e podem ser operacionalizados numa escala de Competências Interpessoais Facilitadoras (FIS). Este instrumento foi desenvolvido por Anderson et al. (2009) e baseia-se numa observação externa do desempenho do terapeuta, medindo-se um total de 8 competências relacionais relevantes para a eficácia da psicoterapia (Anderson et al., 2016), nomeadamente: a fluência verbal, a expressão emocional, a *persuasão*, o calor/consideração positiva, a esperança, a empatia e a

capacidade de aliança terapêutica e de responsividade de aliança-rutura-reparação (Anderson & Patterson, 2016; Santos et al., 2022). É pedido aos terapeutas que respondam realisticamente a vídeos curtos de clientes interpretados por atores que expõem uma dada problemática (Santos et al., 2022).

A investigação indica que terapeutas com mais FIS, prévias ao treino direcionado para o incremento destas capacidades, são mais eficazes e promovem significativamente a melhoria dos sintomas dos clientes (Anderson et al., 2009; 2016). As FIS possibilitam a manutenção de uma aliança terapêutica consistente, indo além da aplicação de uma técnica ou modelo interventivo específico (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016). Anderson et al. (2009) revelou que esta escala também foi preditora de resultados clínicos eficazes em situações reais de psicoterapia e os resultados obtidos foram ainda mais significativos em psicoterapias de curta duração, isto é, que tiveram no máximo 8 sessões (Anderson et al., 2016). Em contextos ecológicos da psicoterapia, a duração de cada processo é altamente variável e poderá estar dependente do nível de complexidade dos casos práticos, influenciando, desta forma, o efeito obtido pelas FIS (Anderson et al., 2016). Torna-se, desta forma, importante interpretar os resultados de estudos sobre as FIS do terapeuta de acordo com a manipulação da variável do tempo.

É frequente identificarem-se as FIS através das respostas do terapeuta a momentos interpessoais complexos, sendo estas as mais impactantes nos clientes (Anderson et al., 2020; Strupp, 1998). Até os terapeutas mais experientes variavam bastante nas suas respostas a este tipo de situações (Strupp, 1998). Esta competência enquadra-se no construto da responsividade e avalia a capacidade de o terapeuta reagir de forma imediata e não defensiva, expressando conforto (Anderson et al., 2020; Kramer & Stiles, 2015; Stiles et al., 1998). São utilizados marcadores dos momentos difíceis em terapia, isto é, daqueles com uma experiência emocional saliente (Greenberg & Safran, 1986).

As competências relacionais básicas da construção de expectativas e a empatia podem ser avaliadas através de uma tarefa específica na qual os terapeutas são expostos a pequenos vídeos de simulação, tendo de responder às verbalizações padronizadas, realísticas e desafiantes dos clientes (Anderson et al., 2016; Anderson et al., 2020).

Com base nesta informação, conclui-se que é relevante identificar os atributos dos terapeutas mais eficazes com o intuito de desenvolver programas de treino que incentivem essas mesmas competências e melhorem os resultados terapêuticos. A investigação nesta área salienta ainda

a importância de afirmar as FIS como uma variável independente, diferenciada das interações entre terapeuta e cliente (Anderson et al., 2020).

5. Persuasão

A persuasão é considerada uma das FIS e tem um contributo crucial para o sucesso psicoterapêutico (Locher, 2019; Sequeira et al., 2024; Wampold, 2012), carecendo de investigação direta na literatura (Sequeira et al., 2024; Vaz & Sousa, 2024). Um dos seus primeiros estudos foi o de Truax (1968) que demonstrou melhorias na psicoterapia individual potenciadas pela persuasão do terapeuta. Este construto tem sido, desde início, associado a falta de credibilidade profissional do terapeuta (Frank, 1979), o que desviou a investigação para o estudo de variáveis que estariam associadas, tais como as expectativas do cliente (Frank, 1961; Heppner & Claiborn, 1989; Strong, 1968; Vaz & Sousa, 2021). Eysenck (1952) considerava que a persuasão era um dos métodos da psicoterapia que lhe conferia o seu carácter distinto. Xiu et al., (2024) demonstra o papel relevante desta característica na modelação de recursos de atenção e no processamento cognitivo, reforçando o seu potencial de envolvimento do cliente, particularmente em ações terapêuticas (Vaz & Sousa, 2021).

Jerome Frank introduziu a persuasão na sua obra *Persuasion and Healing* (1961) como uma cura para a desmoralização, previamente descrita. Dado que o terapeuta pretende influenciar as atitudes do seu cliente (Frank, 1961), a persuasão iria permitir explicar, de forma convincente, o racional terapêutico, promovendo comportamentos mais adaptativos e transformando significados e expectativas anteriores (Locher, 2019; Wampold, 2012). Esta competência revela-se através de comportamentos verbais e não verbais, como, por exemplo, o nível de responsividade da voz, dos gestos e das expressões faciais, o contacto visual ou a fluência da comunicação (Afonseca et al., 2023; Vaz & Sousa, 2021). A persuasão pode promover expectativas de tratamento positivas e credibilidade no terapeuta (Vaz & Sousa, 2021) e, além disso, tende a aumentar no decorrer da sessão (Sequeira et al., 2024). Terapeutas mais persuasivos também estabelecem uma maior aliança terapêutica e possuem mais FIS (Sequeira et al., 2024).

Considera-se que um terapeuta persuasivo reúne 3 condições: a credibilidade (*ethos*), o argumento e a capacidade de ativação emocional no cliente (Frank, 1961). A investigação de Packard et al., (2023) revela que as pessoas que se expressam usando a forma verbal do presente, ao invés da do passado, transmitem a percepção de estar mais confiantes das suas

palavras, persuadindo mais facilmente os seus ouvintes. Tal justifica uma necessidade de inculcar competências linguísticas e de comunicação persuasivas nos psicoterapeutas, particularmente durante o seu treino.

Como referido anteriormente, a literatura no campo da persuasão tem sido mais direcionada para o estudo das expectativas de tratamento (Vaz & Sousa, 2021), as quais estão relacionadas com o efeito placebo (Shapiro & Shapiro, 1997; Kirsch, 2019). Shapiro & Shapiro (1997) definem o efeito placebo como um resultado positivo de qualquer forma ineficaz ou não específica de terapia para determinada sintomatologia, prescrita por um profissional que pode ter, ou não, conhecimento desta falta de eficácia.

Existem atributos pessoais dos clientes que estão relacionados com a sua suscetibilidade à persuasão do terapeuta (Frank, 1961) e estes não estabelecem uma relação com o envolvimento das pessoas em sessões de psicoterapia (Janis & King, 1954). No estudo de Janis e King (1954) as pessoas mais persuasíveis eram também as menos confiantes socialmente.

Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (TPAS)

A conceptualização da persuasão de Frank (1961) potenciou a criação de um instrumento cientificamente validado que mede a persuasão do terapeuta, a *Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (TPAS)*, sendo o único, à data, indicado para este propósito (Afonseca et al., 2023). Esta é cotada por um observador externo numa escala tipo-Likert de 5 pontos (desde 1 = fortemente não característico até 5 = fortemente característico), contando com um total de 10 itens e 4 subescalas: Condições prévias, referente à exploração, por parte do terapeuta, de interpretações anteriores do cliente das suas próprias problemáticas e à sua estimulação emocional, promovendo-se, desta forma, um ambiente propício à criação conjunta do racional terapêutico; Racional, relativa à revelação do racional terapêutico, o qual se pretende que seja convincente; Comportamentos não verbais, respeitante às ações não verbais e influentes do terapeuta na transmissão do racional; e Influência, a qual se traduz no nível de colaboração do cliente no processo terapêutico (Afonseca et al., 2023).

Alguns estudos reportam associações entre a persuasão e as emoções. Angie et al. (2011) demonstraram que processos de tomada de decisão, que, como já foi referido, contam habitualmente com o contributo da persuasão, foram influenciados de forma diferente pela

ativação de emoções também elas diferentes, mas com a mesma valência, como o medo e a raiva. Bless et al. (1990), por sua vez, revelaram que a suscetibilidade dos sujeitos ao nível de persuasão de um dado argumento esteve dependente do seu humor e dos seus estados afetivos. Sujeitos com um humor “mau” acolheram mais facilmente argumentos “fracos” do que os que possuíam um humor “bom”, em contextos de influência social. As emoções que estavam mais acessíveis aos sujeitos, naquele momento, determinaram a sua motivação para pensar sobre as informações que lhes eram transmitidas, aceitando-as, de diferente forma. Ainda nesta linha de pensamento, os estudos de Frank & Frank (1993) salientam o papel da estimulação das emoções na psicoterapia como forma de facilitar a transmissão de mensagens interpessoais que ressoem com o cliente, as quais devem ser, portanto, persuasivas. Adicionalmente, os estudos de Heide (2013) e Otterson (2015) revelaram que a persuasão do terapeuta foi significativamente influenciada pela sua expressividade de emoções.

6. Experienciação Emocional

O conceito de “experienciação” foi primeiro apresentado por Carl Rogers no contexto da Terapia Centrada no Cliente (1951) e surge associado à ideia de que o impacto dos procedimentos da psicoterapia e dos atributos do terapeuta dependia da forma como o cliente os experienciava. A experienciação emocional é um dos principais fatores, possivelmente comuns, promotores de mudança em qualquer abordagem psicoterapêutica e está associada ao cliente (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016; Pascual-Leone, 2017; Sønderland et al., 2023). Este construto tem sido conceptualizado na literatura como uma forma derivada de processamento emocional contemplada pela Terapia Focada nas Emoções (EFT) (Greenberg, 2004; Sønderland et al., 2023).

Adotou-se, para a presente investigação, a conceptualização da experienciação emocional feita pela revisão sistemática de literatura de Sønderland et al. (2023). Esta individualiza este processo pelo facto de além de resolver associações desajustadas entre estímulos externos e estados emocionais, salientar explicitamente as vantagens adaptativas decorrentes da experiência das emoções, possuindo um objetivo terapêutico mais amplo de incentivo deste tipo de experiência, por parte do terapeuta. Complementarmente, enquanto a EFT se tem direccionado mais para a emoção do medo, a experienciação emocional é conveniente por constituir um paradigma mais diferenciado das emoções, sendo, provavelmente, mais

significativa e pertinente para a investigação científica e prática clínica (Sønderland et al., 2023).

Existem três princípios na EFT: a consciência das emoções primárias, não numa lógica de pensar sobre as emoções, mas de as sentir conscientemente; a regulação, onde se identificam emoções desreguladas e se promove o seu ajuste; e a transformação, na qual uma emoção adaptativa modifica uma emoção não adaptativa e está dependente da capacidade individual de o fazer (Greenberg, 2004). Os mecanismos de transformação das emoções representam entre 15 e 19% da variabilidade dos resultados da psicoterapia (Kramer et al., 2015; 2016; Kramer; Wong & Pos, 2014), pretendendo-se incentivar o acesso a estes significados afetivos mutáveis da experiência humana (Rogers, 1951; Gross, 2013; Whelton, 2004). O estudo de Pascual-Leone & Greenberg (2007) revelou que nem todas as formas que as emoções podem assumir são úteis para o processo de experiência emocional e que a angústia sentida pelas pessoas é na verdade uma experiência emocional mal-adaptada que tem no seu cerne emoções como o medo e a vergonha, e não simplesmente a tristeza ou a perda.

A EFT coloca as emoções no centro da construção e organização do self (Greenberg, 2004), constituindo formas adaptativas de processar a informação, orientadoras e promotoras do bem-estar (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Safran, 1987; Lang, 1995). São também tendências biológicas de ação resultantes da perceção e apreensão de uma determinada situação (Greenberg & Korman, 1993; Greenberg & Safran, 1987), ajudando a estabelecer objetivos (Oatley & Jenkins, 1992). As emoções comunicam intenções e regulam as interações com os outros, sendo, além disso, indispensáveis para grande parte dos processos cognitivos, particularmente os de tomada de decisão, onde a *persuasão* também exerce a sua influência (Damasio, 1994). A investigação considera que emoções como o medo ou a raiva não são mal adaptativas, por si só, mas sim se não se encontrarem devidamente integradas e processadas pelo indivíduo (Izard et al., 2008). A estrutura cerebral da amígdala é altamente relevante no processamento das emoções (Greenberg, 2004).

O principal objetivo do terapeuta nesta abordagem é promover a aquisição de competências de regulação emocional, exemplificando-se a diminuição da vulnerabilidade a emoções negativas, a tolerância, o estabelecimento e manutenção de um distanciamento, entre outras (Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007). Verifica-se, acima de tudo, uma promoção da perceção consciente da emoção ou experiência emocional, mediante a sua aceitação e acolhimento, no contexto da terapia, com vista a atuar sobre a mesma posteriormente, numa tentativa de a

explicar (Greenberg, 2004). Para este fim, são muito utilizadas práticas de caráter meditativo e de aceitação (Greenberg, 2004). No domínio da consciência podem estabelecer-se patamares distintos: consciência das emoções simples, das emoções mistas, das experiências emocionais complexas, que envolvem tanto o próprio como o outro, de sensações físicas e de tendências de ação (Greenberg, 2004).

A evidência empírica tem revelado diferentes esquemas de emoções presentes em terapêuticas experienciais humanísticas (*HEPs*) (Herrmann et al., 2016; Pascual-Leone & Greenberg, 2007), que, tal como a própria designação sugere, recorrem ao método da experiencição emocional nas suas práticas (Pos et al., 2017). Pretende-se estimular emocionalmente os clientes para que as emoções se tornem mais proeminentes e possam ser devidamente processadas, mediante a atribuição de significados (Pos et al., 2017).

Neste tipo de intervenções, a depressão é concebida como consequência do processamento incompleto da experiência emocional (Greenber et al., 1990; Greenberg & Paivio, 1997), sendo que existem estudos que revelam resultados clínicos positivos decorrentes da ativação e experiencição emocional, constituindo os principais mecanismos de mudança que atuam nesta psicopatologia (Pos et al., 2017). Esta mudança ocorre quando começam a surgir emoções mais adaptativas subjacentes a necessidades de distanciamento ou imposição de limites, como um luto ou uma raiva assertiva, modificando-se a suscetibilidade emocional individual à depressão (Pos et al., 2017). O processamento emocional associado ao tratamento experiencial da depressão engloba, assim, o processo da ativação (*arousal*) e da experiencição, ocorrendo a consciência, a regulação, a reflexão, a atribuição de significados e a transformação das emoções (Pos & Greenberg, 2007; Pos et al., 2017).

No estudo de Greenberg e Watson (2006), a vulnerabilidade emocional à depressão foi atenuada pela experiência de emoção adaptativa. Quando, no decorrer da sessão, ocorre uma ativação emocional, inicia-se um processo de atenção e reflexão auto consciente, designado de experiencição, sendo o primeiro procedimento promotor do seguinte, pelo facto de salientar as emoções para o indivíduo de forma adaptativa e facilitar o seu posterior processamento (Pos et al., 2017). Este processo pode ser potenciado pela concordância de afetos, a validação da experiência e a empatia (Bohart & Greenberg, 1997; Greenberg, 2004).

O modelo de Greenberg & Paivio (1997) descreve as diferentes fases de um tratamento psicoterapêutico, desde a evocação até à reestruturação de uma emoção não saudável, frequentemente baseada num esquema emocional mal adaptativo.

Seria relevante explorar quais as facetas do processamento emocional mais cruciais mediante o modelo terapêutico, assim como a forma como as emoções interagem entre si e produzem mudança (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). É necessário compreender como é que os indivíduos transformam a angústia e o desconforto emocional em estados de resolução com mais significado e mais adaptativos, tendo isto repercussões clínicas teóricas e práticas (Greenberg & Pascual-Leone, 2006).

A Escala de Experienciação do Cliente (EXP)

A Escala de Experienciação do Cliente (EXP, Klein et al., 1969; 1986) é uma medida de processo onde habitualmente são cotadas frases dos clientes pertencentes a transcrições escritas ou áudio das sessões, em 7 pontos para o *mode*, um valor médio da experienciação emocional do cliente e o *peak*, um único valor máximo (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). Nos níveis menos elevados da EXP, isto é, entre o 1 e 2, os clientes relatam eventos externos de uma forma narrativa e emocionalmente desligada, onde podem nem ser uma figura central da narrativa, elaborando as informações de forma altamente racional; no nível 3, o cliente expressa emoções apenas na medida em que estas se relacionam com eventos externos; no nível 4, verifica-se um foco mais direcionado para as emoções e os pensamentos sobre o próprio; no nível 5, o cliente explora ativamente a sua experiência interna; no nível 6, já se constata uma consciência das emoções ou significados que noutras fases apenas estariam implícitos; e no nível 7, o mais elevado de experienciação, o cliente elabora sobre as suas emoções de forma profunda e de acordo com um processo de auto conhecimento no qual vai adquirindo novas perspectivas e novos significados para os seus problemas (Klein et al., 1986; Watson & Bedard, 2006). Os coeficientes de confiabilidade inter-avaliadores desta escala estão compreendidos entre .76 e .91 e um nível de fiabilidade teste-reteste de aproximadamente .80 (Klein et al., 1986; Watson & Bedard, 2006). As cotações obtidas através da EXP têm sido frequentemente associadas a bons resultados clínicos (Orlinsky & Howard, 1978).

O presente estudo

O presente estudo exploratório tem como principal objetivo investigar possíveis correlações entre as dimensões da persuasão dos psicólogos e da experiencição emocional dos pacientes nos diferentes momentos correspondentes das sessões de intervenção psicológica (início, meio e fim) operacionalizadas através da *Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (EAPT*; Afonseca et al., 2023) e da *A Escala de Experiencição do Cliente (EXP*; Klein et al., 1969; 1986), respetivamente. Colocam-se como hipóteses de investigação que (1) *psicólogos com níveis médios mais elevados de persuasão estarão associados a níveis médios mais elevados de experiencição emocional nos pacientes em cada momento correspondente da sessão (início, meio e fim)*; e que (2) *os níveis médios de persuasão dos psicólogos serão preditivos dos níveis médios de experiencição emocional dos pacientes em cada momento correspondente da sessão (início, meio e fim)*. A persuasão constitui-se como a variável independente e preditora e a experiencição emocional como a variável dependente, esperando-se obter um efeito da primeira sobre a segunda. Pretende-se, adicionalmente, colmatar a falta de investigação focada nos processos que atuam na psicoterapia (Kazdin, 2007; Lambert, 2013); sobre os *fatores comuns* e a forma como interagem entre si (Rosenzweig, 1936; Cuijpers et al., 2018); particularmente a falta de investigação direta sobre o fator comum da *persuasão* (Frank & Frank, 1993; Vaz & Sousa, 2021); contribuir para a validação científica da *Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (EAPT*; Afonseca et al., 2023); e, por fim, enriquecer o conhecimento científico sobre os mecanismos responsáveis pela mudança. Desta forma, considera-se que a realização do presente estudo demonstra pertinência científica.

II. Referências

Afonseca, M., Sousa, D., Vaz, A., Santos, J. M., & Batista, A. (2023). Psychotherapist's persuasiveness in anxiety: Scale development and relation to the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 33(2), 169.

DOI: 10.1037/int0000288

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768.

DOI: 10.1002/jclp.20583

Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(1), 57.

DOI: 10.1037/ccp0000060

Anderson, T., Finkelstein, J. D., & Horvath, S. A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 463-469.

DOI: 10.1002/capr.12302

Angie, A. D., Connelly, S., Waples, E. P., & Kligyte, V. (2011). The influence of discrete emotions on judgement and decision-making: A meta-analytic review. *Cognition & emotion*, 25(8), 1393-1422.

DOI: 10.1080/02699931.2010.550751

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 258-297.

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine*, 10(5), e1001454.

DOI: 10.1371/journal.pmed.1001454

Bless, H., Bohner, G., Schwarz, N., & Strack, F. (1990). Mood and persuasion: A cognitive response analysis. *Personality and social psychology bulletin*, 16(2), 331-345.

DOI: 10.1177/0146167290162013

Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy and psychotherapy: An introductory overview.

DOI: 10.1037/10226-018

Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally & Company Chicago.

Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 20.

DOI: 10.1037/0022-006X.59.1.20

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Ebert, D. D. (2018). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1), 21-30.

DOI: 10.1017/S2045796018000057

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 207-231.

DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424

Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A. M., & Damasio, A. R. (1994). The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264(5162), 1102-1105.

DOI: 10.1126/science.8178168

Eysenck HJ (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16, 319–324.

DOI: 10.1037/h0063633

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271-274.

DOI: 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.

DOI: 10.1177/014107688607900611

Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and her meneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 24(3), 293–302.

DOI: 10.1037/h0085719

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. JHU Press.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, 29(4), 675-690.

DOI: 10.1016/S0005-7894(98)80025-7

Gardner Jr, R. (1998). The brain and communication are basic for clinical human sciences. *British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 493-508.

DOI: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb01005.x

Gendlin, E. T. (1966). Existentialism and experiential psychotherapy. *Existential child therapy*, 206-246.

DOI: www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2146.html

Gibbons, C., Crits-Christoph, P., De La Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76.

DOI: 10.1093/ptr/kpg007

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American psychologist*, 44(1), 19.

DOI: 10.1037/0003-066X.44.1.19

Greenberg, L. S., Elliott, R. K., & Foerster, F. S. (1990). Experiential processes in the psychotherapeutic treatment of depression.

Greenberg, L.S., & Korman, L. (1993). Assimilating emotion into psychotherapy integration. *Journal of psychotherapy Integration* , 3 (3), 249.

DOI: 10.1037/h0101172

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). Varieties of shame experience in psychotherapy. *Gestalt Review*, 1(3), 205-220.

DOI: 10.2307/44394018

Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.

DOI: 10.1002/cpp.388

Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology*, 62(5), 611-630.

DOI: 10.1002/jclp.20252

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.

DOI: 10.1037/11286-000

Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549.

DOI: 10.1080/10503300600589456

Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional psychology: Research and practice*, 21(5), 372.

DOI: 10.1037/0735-7028.21.5.372

Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.

Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back?. *American Psychologist*, 74(4), 484.

DOI: 10.1037/amp0000365

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. (2010). *Multivariate Data Analysis*: Pearson Education. *Upper Saddle River, New Jersey*.
- 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.
DOI: 10.1037/a0032481
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417–432.
DOI:10.1080/10503307.2019.1620366
- Henderson, S. (2015). On Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy (1961), by Jerome D. Frank—reflection. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1), 38-38.
DOI: 10.1192/bjp.bp.113.138677
- Henriques, G., & Gralha, M. (2024). The common core of psychotherapy: Bridging common factors with unification to frame the center of the field. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 219.
DOI: 10.1037/int0000345
- Heppner, P. P., & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of counseling psychology*, 36(3), 365.
DOI: 10.1037/0022-0167.36.3.365
- Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2016). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(2), 178-195.
DOI: 10.1080/10503307.2014.958597
- Hill, C. E., & Castonguay, L. G. (2017). Therapist effects: Integration and conclusions.
DOI: 10.1037/0000034-018
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
DOI: 10.1037/a0022186
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(5), 747.
DOI: 10.1037/0022-006X.69.5.747

Iacoviello, B. M., McCarthy, K. S., Barrett, M. S., Rynn, M., Gallop, R., & Barber, J. P. (2007). Treatment preferences affect the therapeutic alliance: implications for randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 194.

DOI: 10.1037/0022-006X.75.1.194

Izard, C., Stark, K., Trentacosta, C., & Schultz, D. (2008). Beyond emotion regulation: Emotion utilization and adaptive functioning. *Child development perspectives*, 2(3), 156-163.

DOI: 10.1111/j.1750-8606.2008.00058.x

Janis, I. L., & King, B. T. (1954). The influence of role playing on opinion change. *The journal of abnormal and social psychology*, 49(2), 211.

DOI: 10.1037/h0056957

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27.

DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Kirsch, I. (2019). Placebo effect in the treatment of depression and anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 464277.

DOI: 10.3389/fpsy.2019.00407

Klein, M., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. (1986). The experiencing scales. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21–71). Guilford Press

Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psycho-therapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277–295.

DOI: 10.1111/cpsp.12107

Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., De Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., ... & Page, D. (2016). Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(3), 189-202.

DOI: 10.1002/cpp.1956

Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*.

DOI: 10.5897/PPR2013.0102

Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.

Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American psychologist*, 50(5), 372.

DOI: 10.1037/0003-066X.50.5.372

Locher, C., Meier, S., & Gaab, J. (2019). Psychotherapy: a world of meanings. *Frontiers in psychology*, 10, 460.

DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00460

Norcross, J. C., & Hill, C. E. (2002). Empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy relationships that work*, 1-16.

Oatley, K., & Jenkins, J. M. (1992). Human emotions: Function and dysfunction. *Annual review of psychology*, 43(1), 55-85.

DOI: 10.1146/annurev.ps.43.020192.000415

Otterson, B. (2015). *Therapist charisma and its impact: A phenomenological study*. Alliant International University.

Packard, G., Berger, J., & Boghrati, R. (2023). How verb tense shapes persuasion. *Journal of Consumer Research*, 50(3), 645-660.

DOI: 10.1093/jcr/ucad006

Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through.". *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 875.

DOI: 10.1037/0022-006X.75.6.875

Pascual-Leone, A., Yeryomenko, N., Morrison, O. P., Arnold, R., & Kramer, U. (2016). Does feeling bad, lead to feeling good? Arousal patterns during expressive writing. *Review of General Psychology*, 20(3), 336-347.

DOI: 10.1037/gpr0000083

Pascual-Leone, A. (2017). How clients "change emotion with emotion": A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(2), 165-182.

DOI: 10.1080/10503307.2017.1349350

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.

DOI: 10.1080/10503307.2016.1152409

Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(6), 1007.

DOI: 10.1037/0022-006X.71.6.1007

Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E., & Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression?. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173-190.

DOI: 10.1080/14779757.2017.1323666

Rogers, C. R. (1951). Perceptual reorganization in client-centered therapy.

DOI: 10.1037/11505-011

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412.

DOI: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

Santos, J. M., Barata, M., Rathenau, S., Amaro, I., Vaz, A., Sousa, D., ... & Taveira, M. (2022). Development and validation of the facilitative interpersonal skills scale for clients. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1166-1177.

DOI: 10.1002/jclp.23469

Sequeira, A., Sousa, D., Afonseca, M., Vaz, A., Santos, J. M., & Silva, A. (2024). The psychotherapist’s persuasiveness: Relation to the working alliance and facilitative interpersonal skills. *Journal of Psychotherapy Integration*.

DOI: 10.1037/int0000324

Shapiro, A. K., & Shapiro, E. (1997). *The powerful placebo: From ancient priest to modern physician*. JHU Press.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752.

DOI: 10.1037/0003-066X.32.9.752

Snijders, T. A., & Bosker, R. (2011). Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling.

Spielmanns, G. I., Pasek, L. F., & McFall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 642-654.

DOI: 10.1016/j.cpr.2006.06.001

Sønderland, N. M., Solbakken, O. A., Eilertsen, D. E., Nordmo, M., & Monsen, J. T. (2023). Emotional changes and outcomes in psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

DOI: 10.1037/ccp0000814

Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.

DOI: 10.1080/07351698209533421

Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.

DOI: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x

Strupp, H. (1998). O estudo Vanderbilt I revisitado. *Pesquisa em Psicoterapia*, 8 (1), 17-29.

DOI: 10.1080/10503309812331332167

Tracey, T. J. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13(4), 401-413.

DOI: 10.1093/ptr/kpg041

Truax, C. B., Fine, H., Moravec, J., & Millis, W. (1968). Effects of therapist persuasive potency in individual psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 24(3).

DOI: 10.1002/1097-4679(196807)24:3<359::aid-jclp2270240325>3.0.co;2-o

Vaz, A., & Sousa, D. (2024). Persuasiveness: An underappreciated characteristic of effective therapists. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 11(2), 177.

DOI: 10.1037/cns0000309

Xiu, L., Chen, X., Mao, L., Zhang, E., & Yu, G. (2024). Unveiling the influence of persuasion strategies on cognitive engagement: an ERPs study on attentional search. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 18, 1302770.

DOI: 10.3389/fnbeh.2024.1302770

Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857.

DOI: 10.1037/0003-066X.62.8.857

Wampold, B. E. (2018). The therapeutic value of the relationship for placebo effects and other healing practices. In *International review of neurobiology* (Vol. 139, pp. 191-210). Academic Press.

DOI: 10.1016/bs.irn.2018.07.019

Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., ... & Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical psychology review*, 30(8), 923-933.

DOI: 10.1016/j.cpr.2010.06.005

Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 49(4), 445–449.

DOI: 10.1037/a0027113

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry*, 14(3), 270-277.

DOI: 10.1002/wps.20238

Wampold, B. E., & Owen, J. E. S. S. E. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy*. John Wiley & Sons, Inc, 297-326.

DOI: 10.1002/9781119536581/c09

Watson, J. C., & Bedard, D. L. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: a comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 74(1), 152.

DOI: 10.1037/0022-006X.74.1.152

Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 58-71.

DOI: 10.1002/cpp.392

Wong, K., & Pos, A. E. (2014). Interpersonal processes affecting early alliance formation in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 24(1), 1-11.

DOI: 10.1080/10503307.2012.708794

III. Formulário Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DO ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

Formulário de Ética

(Preenchimento obrigatório de todos os campos)

IDENTIFICAÇÃO
Título do estudo ou projecto
<u>Estudo 1</u> - A profundidade da experiencição emocional e o bem-estar psicológico dos clientes nas sessões de terapia com estagiários de psicologia clínica treinados em <i>skills</i> de EFT através de prática deliberada
<u>Estudo 2</u> - A Persuasão dos estagiários de psicologia clínica e a experiencição emocional dos clientes
Contextualização do estudo ou projecto (ou âmbito da investigação (e.g. doutoramento, projecto de investigação))
Estudos no âmbito do novo serviço de extensão universitária, cujo principal objetivo é contribuir para a comunidade por meio da prestação de serviços de apoio psicológico a pessoas em situação de maior vulnerabilidade social. Além disso, visa também apoiar a realização de estágios académicos para os alunos do ISPA e fomentar a investigação sobre a própria intervenção clínica desenvolvida no serviço.
Nome do proponente/responsável do estudo

Andreia Soares - N° 28261 Laura Ladislau - N° 28779
Nome do orientador/responsável científico do estudo (se diferente do anterior)
Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa
Contacto para questões ou informações (e.g. email, telefone)
<u>andreia.maria.soares72@gmail.com</u> lauradladislau@gmail.com
SUBMISSÕES ANTERIORES a Comissões de Ética
Este paradigma já foi submetido a uma Comissão de Ética NÃO/SIM PARECER obtido? Positivo/Negativo
Não
Este paradigma já foi aprovado anteriormente por esta CE? SIM/NÃO
Não
Existem algumas alterações ao que foi anteriormente aprovado? Descreva as alterações.
N/a
DESCRIÇÃO do projecto de investigação

Objectivos com respectivo enquadramento e fundamentação (salientar os aspectos relevantes para as questões éticas implícitas no projeto)

A experiencição emocional tem sido um conceito central no estudo da psicoterapia, especialmente em abordagens que colocam a experiência subjetiva do cliente no centro do processo terapêutico.

No âmbito do seminário de dissertação do Professor Doutor Daniel Sousa, pretende-se investigar o papel da experiencição emocional e a sua relação com a aliança terapêutica e o alívio dos sintomas no contexto de sessões individuais com psicólogos estagiários da Clínica Social do ISPA, antes e depois das sessões de formação de *skills* de EFT (Terapia Focada nas Emoções)

Pretende-se ainda, perceber a relação da persuasão do estagiário e o nível de experiencição emocional dos clientes durante as sessões.

Do ponto de vista ético, o estudo foi desenhado com rigor para proteger os direitos e o bem-estar dos participantes. Os seguintes aspectos éticos são especialmente relevantes:

- 1. Consentimento informado: Será garantido que todos os participantes compreendam plenamente os objetivos da investigação a realizar**
- 2. Confidencialidade e anonimato: Todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial, e os dados pessoais serão codificados para garantir o anonimato dos participantes.**
- 3. Risco psicológico mínimo: Os participantes estarão em sessões de apoio psicológico conduzidas por estagiários, previamente formados em competências que ajudam a promover a experiencição emocional. Uma vez que as sessões seguem a prática habitual de apoio psicológico, não se espera qualquer risco adicional decorrente do estudo.**

4. Benefício potencial: O estudo pretende contribuir para um entendimento mais aprofundado do papel das emoções na terapia, beneficiando não só os participantes mas também a prática clínica futura.

Assim, este projeto procura alinhar os seus objetivos científicos com os princípios éticos fundamentais, promovendo o respeito à dignidade, segurança e autonomia dos participantes ao longo de todo o processo.

Desenho metodológico do estudo (fases e procedimentos de manipulação e de medida)

Revisão de literatura, escolha de instrumentos de recolha de dados, aplicação dos instrumentos, recolha de dados, análise de dados e divulgação à comunidade científica

1. Revisão de literatura

2. Construção do protocolo

3. Validação e aprovação à comissão de ética do ISPA

4. Recolha dos dados

5. Análise dos dados

6. Publicação dos dados

Participantes (caracterização, critérios de selecção/exclusão, forma de recrutamento e/ou referênciação, etc.)

CrITÉRIOS de Selecção: Adultos (18+ anos) que:

- **Estão a enfrentar dificuldades emocionais, como ansiedade ou depressão. • Precisam de suporte para lidar com mudanças de vida, como transições académicas ou profissionais.**
- **Procuram melhorar as suas relações interpessoais ou desenvolver capacidades emocionais.**
- **Consentimento informado para gravação de audio e imagem assinado. • Preechimento dos questionários indicados adiante**

CrITÉRIOS de Exclusão:

- **Casos de emergência médica ou hospitalização.**
- **Necessidade de psicoterapia de longa duração.**
- **Situações que exijam cuidados intensivos ou de alta complexidade. • Consentimento informado para gravação de audio e imagem não assinado. • Não preechimento dos questionários indicados adiante**

Forma de recrutamento

Formulário de inscrição da Clinica Social do ISPA - <https://clinica.ispa.pt/pt-pt/pagina/apoio-psicologico-responsabilidade-social>

Procedimentos (calendário temporal, fases, instruções e procedimentos de recolha de dados, etc.; especificar apenas os aspetos que podem ter implicações éticas para o tipo de amostra em causa)
Pretende-se iniciar a recolha de dados logo após a aprovação do Comité de Ética do ISPA. Os dados serão recolhidos através de múltiplos instrumentos que cada participante, ao aceitar participar no estudo, terá de responder antes e depois de algumas sessões, para monitorar o processo de acompanhamento psicológico e através de medidas de observação das sessões gravadas, por parte dos investigadores.
Instrumentos (identificação i.e. questionários, observações, análise documental, medidas fisiológicas) e respectivo enquadramento.
Questionário OQ®-45 (<i>Outcome Questionnaire-45</i>) Questionário OQ®-ASC (<i>Assessment for Signal Clients</i>) Escala EDRE (Escala de Dificuldades na Regulação Emocional) Inventário WAI-SR (<i>Working Alliance Inventory – Short Revised</i>) na versão para o cliente; Inventário WAI-SR (<i>Working Alliance Inventory – Short Revised</i>) na versão para o terapeuta; Escala de Experienciação Emocional (<i>Experiencing Scale - EXP</i>) <i>Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta</i>
Informação fornecida aos participantes e cuidados especiais; em caso de não ser relevante colocar NR) SIM/NÃO Se sim, como?
SIM
Estudo intrusivo? Cuidados especiais? Reparação de qualquer dano ou desigualdade pela manipulação/intervenção? (em caso de não ser relevante colocar NR)
Não

Consentimento informado? SIM/NÃO Natureza voluntária da participação? SIM/NÃO

SIM

A investigação envolve menores? Em caso afirmativo qual o consentimento pedido aos representantes legais? Caso o menor disponha de capacidade de entendimento e manifestação de vontade é necessário também o seu assentimento.

NÃO

Como se garante a confidencialidade no tratamento e divulgação dos resultados? Como se preserva para o futuro a informação recolhida (gravações, dados biológicos, etc.)

Os dados recolhidos serão conservados até ao final do estudo, após o qual serão destruídos, no prazo de 5 anos. Os dados pessoais serão tratados por investigadores autorizados e vinculados ao dever de sigilo e confidencialidade. Estão garantidas a utilização de técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas com vista a proteger as informações pessoais.

As sessões serão gravadas por áudio-vídeo e terão uma única cópia protegida por palavra passe que só será acessível à/ao psicóloga, e/ou ao seu supervisor clínico e investigador (a).

Para além de serem utilizadas em contexto de supervisão, as gravações serão também objeto de observação para fins de estudo científico sobre os processos terapêuticos. Todas as gravações serão apagadas quando terminar a investigação em curso, no prazo máximo de 5 anos.

PROCEDIMENTOS NO FINAL DO ESTUDO

Participantes e comunidades vão ser informados do resultado do estudo? Porque meios? (i.e. resultados globais devolvidos ao participante ou grupo focal; resultados individuais ao participante, etc.) NÃO/SIM_____ Se sim, como:
NÃO
Pretende-se divulgação à comunidade científica? NÃO/SIM
SIM
CONFLITOS DE INTERESSES
Alguém envolvido na concepção e/ou desenvolvimento da investigação tem interesses particulares que estejam relacionados com os elementos analisados no estudo (i.e. patentes, marcas registadas, direitos de autor)? NÃO / SIM. Se Sim Justifique
NÃO
DOCUMENTOS A ANEXAR
Anexar os documentos que considere necessários para ilustrar materiais, métodos e procedimentos (i.e. cartas consentimento informado, questionários, escalas, guiões de entrevista ou protocolos de medidas fisiológicas).

Observações:

A anexar obrigatoriamente o Formulário de Compromisso Ético devidamente assinado.

ANEXOS

Escala EDRE (Escala de Dificuldades na Regulação Emocional)



Clínica ISPA

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Número Clínica Ispa

Data de nascimento

Data da consulta

Seguinte



Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si colocando o número apropriado da escala abaixo a seguir a cada item.

	1 - quase nunca (0-10%)	2 - algumas vezes (11-35%)	3 - metade das vezes (36-65%)	4 - a maioria das vezes (66-90%)	5 - quase sempre (91-100%)
1. Percebo com clareza os meus sentimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Presto atenção a como me sinto.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Estou atento aos meus sentimentos.	☐	☐	☐	☐	☐

7. Sei exactamente como me estou a sentir.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Interesse-me por aquilo que estou a sentir.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Estou confuso sobre como me sinto.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quando estou chateado, fico fora de controlo.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Quando estou chateado, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Quando estou chateado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Quando estou chateado, sinto-me fora de controlo.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Quando estou chateado, continuo a conseguir fazer as coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Quando estou chateado, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Quando estou chateado, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Quando estou chateado, sinto que sou fraco.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Quando estou chateado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.	☐	☐	☐	☐	☐

25. Quando estou chateada, sinto-me culpada por me sentir assim.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Quando estou chateada, tenho dificuldades em concentrar-me.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Quando estou chateada, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Quando estou chateada, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Quando estou chateada, fico irritada comigo própria por me sentir assim.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Quando estou chateada, começo a sentir-me muito mal comigo própria.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Quando estou chateada, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Quando estou chateada, perco o controlo sobre os meus comportamentos.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Quando estou chateada, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Quando estou chateada, dedico algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Quando estou chateada, demoro muito tempo até me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Quando estou chateada, as minhas emoções parecem avassaladoras.	☐	☐	☐	☐	☐

IV - Formulário Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE GRAVAÇÃO DE SESSÕES

Eu, _____ (nome completo), autorizo que a/o psicólogo(a), por quem vou ser acompanhado/a na Área de Responsabilidade Social da Clínica ISPA, realize gravações de áudio-vídeo das minhas sessões, como forma de aumentar o potencial de uma intervenção psicológica eficaz e contribuir para o conhecimento científico na área psicologia clínica.

Os estudos promovidos na Área de Responsabilidade Social da Clínica ISPA têm como objetivo compreender como o processo terapêutico funciona e quais os fatores que facilitam o acompanhamento psicológico, para quem procura ajuda e para o técnico que realiza o atendimento.

Entendo que estas gravações estarão restritas a serem vistas:

1. Pela/o minha/meu terapeuta.
2. Em contexto de supervisão clínica.
3. Para fins de autoscopia em contexto de formação (da/o minha/meu terapeuta).
4. Para fins de estudos e investigação científica que poderão ser publicados mediante sigilo e anonimato absoluto.

Entendo também que ao ter acesso às consultas da Área de Responsabilidade Social da Clínica ISPA, estarei a concordar com as seguintes condições mencionadas neste consentimento informado:

1. Antes, durante e após o processo terapêutico, nomeadamente antes e depois de algumas sessões, será necessário o preenchimento de alguns questionários, com o intuito de monitorizar o processo de acompanhamento psicológico e aumentar o conhecimento científico na psicologia clínica.
Estes questionários incluem: o questionário OQ[®]-45 (*Outcome Questionnaire-45*); o questionário OQ[®]-ASC (*Assessment for Signal Clients*); a escala EDRE (Escala de Dificuldades na Regulação Emocional); o inventário WAI-SR (*Working Alliance Inventory – Short Revised*) na versão para o cliente; entre outros.
2. As sessões serão gravadas por áudio-vídeo e terão uma única cópia protegida por palavra-passe que só será acessível à/o psicóloga/o que me irá acompanhar e/ou ao seu supervisor clínico. Para além de serem utilizadas em contexto de supervisão, as gravações serão também objeto de observação para fins de estudo científico sobre os processos terapêuticos.

Todas as gravações serão apagadas quando terminar a investigação em curso, no prazo máximo de 5 anos.

Compreendo que, se assim o desejar, posso a qualquer momento pedir para parar ou apagar uma gravação em curso, procedendo à finalização do processo terapêutico e à eliminação de todas as gravações realizadas até à data.

Lisboa, _____ de _____ de _____

Técnica/o
Cliente

Consentimento Informado v1.0 1