



Ispa

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

RACIONAIS TERAPÊUTICOS E PERSUAÇÃO
EM PSICOTERAPIAS EXPERIENCIAIS

RITA ISABEL VELEZ LOUREIRO

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

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Sousa, pela orientação prestada ao longo da realização deste trabalho e pela simpatia e bom humor que o caracterizam.

À Doutora Margarida Afonseca, pela disponibilidade em esclarecer dúvidas relativamente ao instrumento utilizado.

Ao Doutor Alexandre Vaz, pela recomendação de bibliografia.

A todos os professores que ao longo dos anos contribuíram para o meu desenvolvimento e para a pessoa que sou hoje.

À minha família, em especial à minha mãe, cuja generosidade e dedicação me permitiu percorrer todo este caminho.

Ao meu pai, que continua presente em mim.

Aos meus avós Fernanda, Fátima e Fernando, que estão sempre cá para mim, e contribuem, cada um à sua maneira, para a minha aprendizagem e crescimento.

Ao meu avô Zé, cuja presença e cuidado foram inigualáveis durante o tempo que partilhámos juntos.

À minha tia, pelo impacto que tem tido no meu percurso académico e pessoal, também enquanto psicóloga e pelo apoio constante.

Aos meus amigos e ao meu namorado, que alegram a minha vida e tornam tudo mais leve.

A todos, o meu sincero agradecimento!

Resumo

Problema: A persuasão do psicoterapeuta apresenta uma relação consistente com os resultados da terapia. Em particular, o ato de co-construir racionais terapêuticos tem sido apontado como fundamental para o sucesso terapêutico. Apesar da sua relevância, estas competências do psicoterapeuta permanecem entre as menos investigadas até à atualidade, sobretudo no contexto das psicoterapias experienciais.

Objetivo: Avaliar os níveis de persuasão e de co-construção de racionais terapêuticos ao longo das sessões em psicoterapias experienciais, comparando quatro abordagens distintas.

Método: Foi conduzido um estudo quantitativo de natureza observacional, no qual foram avaliados dezanove vídeos de sessões de psicoterapia para fins educacionais através da Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS; Afonseca et al., 2023), de forma a analisar a persuasão em psicoterapias de abordagem experiencial.

Resultados: Os psicoterapeutas das quatro abordagens experienciais tenderam a co-construir racionais terapêuticos através da validação e reformulação da experiência dos clientes, enquanto a explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente surgiu de forma menos consistente. Observou-se um aumento significativo na estimulação de emoções, validação e reformulação, explicação de fatores que criaram os problemas e consideração e reflexão do cliente ao longo das sessões. As abordagens apresentaram diferenças significativas quanto aos níveis de persuasão e co-construção de racionais terapêuticos.

Palavras-chave: investigação em psicoterapia, persuasão, racionais terapêuticos, psicoterapias experienciais

Abstract

Problem: The psychotherapist's persuasiveness has been consistently associated with therapy outcomes. In particular, the co-construction of therapeutic rationales has been identified as a key factor in therapeutic success. Despite their relevance, these psychotherapists' skills remain among the least investigated to date, especially in the context of experiential psychotherapies.

Objective: To assess levels of persuasiveness and co-construction of therapeutic rationales throughout sessions in experiential psychotherapies, comparing four distinct approaches.

Method: A quantitative observational study was conducted in which nineteen videos of psychotherapy sessions for educational purposes were evaluated using the Therapist's Persuasiveness Rating Scale (TPRS; Afonseca et al., 2023) to analyze persuasiveness in experiential psychotherapies.

Results: The psychotherapists from the four experiential approaches tended to co-construct therapeutic rationales through validating and reframing clients' experience, while the explanation of factors that created or perpetuated clients' problems emerged less consistently. A significant increase was observed throughout sessions in emotional stimulation, validation and reframing, explanation of factors that created clients' problems, and clients' consideration and reflection. The approaches showed significant differences in levels of persuasiveness and co-construction of therapeutic rationales.

Keywords: psychotherapy research, persuasiveness, therapeutic rationales, experiential psychotherapies

Índice

Introdução.....	1
Método.....	5
Visão Geral.....	5
Amostra.....	6
Instrumento.....	7
Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (TPRS).....	7
Procedimentos.....	8
Análise de Dados.....	9
Resultados.....	10
Co-construção de Racionais Terapêuticos.....	12
Evolução ao Longo da Sessão.....	13
Comparação entre Abordagens Terapêuticas.....	14
Discussão.....	16
Conclusão.....	25
Referências.....	27
Anexos.....	34
Anexo A - Revisão de Literatura.....	34
Investigação em Psicoterapia.....	34
Modelo Contextual.....	35
Fatores do Terapeuta.....	37
Persuasão.....	38
Persuasão em Psicoterapia.....	38
Características de Psicoterapeutas Persuasivos.....	40
Apresentação do Racional Terapêutico.....	43
Criação de Expectativas Positivas.....	49
Psicoterapias Experienciais.....	50
Racionais Terapêuticos em Psicoterapias Experienciais.....	53
Objetivos.....	54

Referências.....	55
Anexo B – Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (TPRS).....	64
Anexo C – Tabelas do Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC).....	80
Anexo D – Análise de Verificação Preliminar.....	84

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas Descritivas das Dimensões da Persuasão do Terapeuta em Sessões de Psicoterapia Experiencial.....	11
Tabela 2. Dimensões da Co-construção de Racionais Terapêuticos por Abordagem Terapêutica.....	13
Tabela 3. Evolução das Dimensões da Persuasão do Terapeuta ao Longo da Sessão.....	14
Tabela 4. Comparação das Dimensões da Persuasão do Terapeuta entre Abordagens Terapêuticas.....	15
Tabela D1. Níveis de Persuasão do Terapeuta por Abordagem Terapêutica.....	85

Lista de Figuras

Figura 1. Médias das Dimensões Avaliadas pela TPRS.....	12
---	----

Lista de Abreviaturas

FIS – *Facilitative interpersonal skills*

TPRS – Therapist's Persuasiveness Rating Scale

ICC – Coeficiente de correlação intraclasse

TFE – Terapia Focada nas Emoções

PEH – Psicoterapia Existencial Humanista

TCP – Terapia Centrada na Pessoa

AEDP – Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada

Introdução

A persuasão em psicoterapia diz respeito à capacidade do psicoterapeuta fornecer uma explicação convincente do racional teórico subjacente à terapia, de modo que o cliente adquira uma nova explicação mais adaptativa para os seus problemas e implemente ações construtivas (Anderson & Patterson, 2013). Esta foi introduzida e popularizada por Frank (1961), que a propôs enquanto forma de superar a desmoralização, estado em que os clientes usualmente se encontram no início da terapia. Este estado é caracterizado por falta de esperança, confusão, isolamento, sensação de desamparo e incapacidade para lidar com os problemas (Frank, 1974). A aquisição de uma explicação adaptativa e de ações a desempenhar consideradas terapêuticas promove a esperança no cliente, mitigando o estado de desmoralização em que se encontra e reduzindo a sua angústia (Clarke & Kissane, 2002; Frank, 1961; Frank & Frank, 1993). A capacidade de persuasão corresponde à capacidade interpessoal facilitadora do psicoterapeuta (*facilitative interpersonal skills*, FIS) (Anderson, Finkelstein & Horvath, 2020) mais fortemente associada com o aumento das expectativas do cliente e da credibilidade da intervenção percebida por este (Vaz, 2021).

Uma psicoterapia eficaz requer dois tipos de racionais terapêuticos convincentes, nomeadamente: um que reformule e valide a experiência interna e os problemas do cliente, explicitando as suas possíveis causas e transmitindo que a sua angústia é compreensível e natural; e um outro que auxilie a criação de expectativas positivas relativamente à possibilidade de mudança por meio do comprometimento com as tarefas terapêuticas, transmitindo que a sua angústia é superável. Este segundo tipo de racional é frequentemente acompanhado pela definição de ações específicas a realizar com vista à superação dos problemas (Vaz & Sousa, 2024). Os racionais terapêuticos dão corpo às intervenções psicológicas (Vaz & Sousa, 2024) e promovem o acordo e a convicção sobre as ações e os objetivos da terapia, melhorando simultaneamente o vínculo entre psicoterapeuta e cliente (Safran & Segal, 1990).

Os racionais teóricos elaborados devem ser credíveis, claros e específicos para a problemática do cliente (Yulish et al., 2017). Devem igualmente introduzir alguma novidade relativamente à sua experiência, mas não ser conflitantes com a sua “psicologia do senso comum” ou sistema de crenças (Wampold, 2012) e ser expostos de forma capaz de captar a sua atenção e interesse (Anderson & Patterson, 2013). Deste modo, apesar de detalhados, não devem ser excessivamente exaustivos (Horvath, 1990; Kazdin & Krouse, 1983). É ainda relevante o terapeuta referir que se trata de um tratamento atual, com suporte empírico, e usar

termos técnicos e casos clínicos para o retratar, enfatizando, assim, a sua credibilidade (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017; Kazdin & Krouse, 1983).

Apesar da definição da capacidade persuasiva do psicoterapeuta enfatizar a entrega do racional terapêutico como a ação mais associada à persuasão (Anderson & Patterson, 2013; Vaz & Sousa, 2024), esta não se restringe à mesma, englobando diversas competências verbais e não verbais do psicoterapeuta, reconhecidas empiricamente, que favorecem a credibilidade do racional e da terapia e fomentam no cliente esperança e expectativas positivas em relação ao processo terapêutico (Vaz & Sousa, 2024). Entre essas competências do psicoterapeuta encontram-se: a sua postura (e.g., inclinar o tronco para a frente), nível atencional, contacto visual, fluência verbal (Vaz & Sousa, 2024) e expressividade emocional e não verbal, a qual compreende a emoção que é capaz de transmitir e modular por meio das suas expressões faciais, gestos, linguagem corporal e de um tom de voz responsivo, afetivo e apelativo (Afonseca, 2021; Heide, 2013; Otterson, 2015).

Revela-se também importante o estabelecimento, por parte do psicoterapeuta, de pré-condições para a co-construção do racional terapêutico, nomeadamente, através da exploração das expectativas e crenças preexistentes do cliente em relação aos seus problemas e à terapia em si e da estimulação das suas emoções (Afonseca et al., 2023). Psicoterapeutas mais persuasivos tendem a apresentar maior capacidade de avaliar com exatidão as expectativas e crenças que os clientes possuem antes de iniciar a terapia, e de ajustar os racionais terapêuticos consoante as mesmas, adaptando-se responsivamente (Benish et al., 2011; Constantino, Coyne, et al., 2019; Constantino, Vîslă, et al., 2019; Frank & Frank, 1993; Vaz, 2021; Wampold, 2012). Por sua vez, despertar as emoções do cliente promove a sua aceitação do racional terapêutico e a credibilidade do psicoterapeuta na qualidade de prestador de auxílio (Frank, 1987). De facto, pode estar presente uma componente persuasiva em competências como a estimulação emocional, bem como na validação e empatia, visto que através das mesmas é possível modificar ou co-construir novos significados adaptativos para a vivência subjetiva do cliente (Vaz & Sousa, 2024). Deste modo, o racional também poderá ser fornecido de modo indireto (Locher et al., 2019).

A persuasão diz respeito a um processo contínuo, pelo que é relevante ao longo de todo o processo terapêutico, e a co-construção do racional terapêutico deve realizar-se durante o período em que o mesmo decorre (Vaz & Sousa, 2024). Para além disso, estudos sugerem que o psicoterapeuta faz maior uso da sua capacidade persuasiva no meio e final das sessões, relativamente ao começo das mesmas, visto corresponderem aos momentos em que

este é mais interventivo e apresenta o racional e as tarefas terapêuticas (Sequeira, 2022; Zimmermann & Haes, 2011). Deste modo, o poder dos racionais terapêuticos reside não só no seu conteúdo, como também na forma e no momento em que são apresentados (Vaz & Sousa, 2024). Ainda assim, cada cliente pode responder de forma diferente à apresentação do racional terapêutico no que concerne ao seu envolvimento nas tarefas da terapia (Ahmed & Westra, 2009). A aceitação por parte do cliente do racional terapêutico e a adequação do mesmo à sua problemática parecem ser mais relevantes do que a entrega do mesmo por si só (Benish et al., 2011) e a sua sustentação científica (Wampold & Imel, 2015). Isto é, o simples ato de entregar o racional terapêutico tende a revelar-se insuficiente, este tem de ser convincente, visto que, se os clientes não acreditarem no mesmo terão menor probabilidade de tirar proveito da terapia (Swift & Greenberg, 2015). Psicoterapeutas eficazes costumam ser especialmente habilidosos a fazer uso da sua capacidade de influência social com vista a promover a aceitação do racional por parte do cliente, favorecendo o seu envolvimento ativo na terapia e os resultados do tratamento (Wampold, 2012; Wampold, 2015). Assim, o êxito da psicoterapia depende em grande medida do modo como o cliente acredita no racional da terapia, bem como, do seu comprometimento com os objetivos e ações terapêuticas (Wampold, 2015), que será tanto maior quanto maior o nível em que foi persuadido (Locher et al., 2019).

Segundo alguns autores a persuasão seria um dos fatores comuns a todas as psicoterapias, que explicam os seus resultados (Frank & Frank, 1993; Wampold, 2019; Wampold & Budge, 2012; Wampold & Imel, 2015). De acordo com estes autores, os vários modelos de psicoterapia apresentam um racional que oferece uma explicação convincente para a sintomatologia do cliente e propõe uma forma de a solucionar por meio de tarefas terapêuticas, fomentando expectativas positivas.

As psicoterapias experienciais emergiram nos anos 40 e dizem respeito a uma vasta gama de abordagens terapêuticas fenomenológicas e humanistas, cujo desenvolvimento posterior visou apresentar alternativas às abordagens psicanalíticas e comportamentais. As perceções, sensações corporais e sentimentos que o cliente experiencia no presente encontram-se no cerne das terapias experienciais. Nestas, o terapeuta possui um papel ativo que se traduz pelo emprego de técnicas especiais com vista a promover um aumento de consciência, a experiência, bem como, a expressão de conteúdos com elevada carga emocional. Todavia, não se considera um especialista no que se refere à experiência do cliente, evitando interpretações em relação aos motivos deste para a sua experiência e o

aconselhamento acerca de como resolver problemas (Greenberg et al., 1989). Deste modo, poderia ser plausível hipotetizar que a co-construção de racionais terapêuticos nestas terapias seria pouco expressiva. No entanto, tendo em conta que de acordo com alguns autores, todos os terapeutas, independentemente da sua abordagem teórica, entregam racionais terapêuticos esclarecedores e adaptativos dos problemas dos clientes, explicando de que forma é que a psicoterapia pode ser uma mais valia para a sua resolução (Frank, 1974; Locher et al., 2019), justifica-se a formulação da primeira hipótese. Ainda assim, segundo alguns autores, as várias abordagens terapêuticas apresentam diferenças no que concerne à apresentação de racionais terapêuticos e no modo como procuram influenciar os posicionamentos e ações do cliente (Frank, 1978; Vaz, 2021). Na verdade, a literatura sugere que a entrega de racionais terapêuticos é uma prática especialmente comum nas psicoterapias de orientação cognitivo-comportamental, isto é, os psicoterapeutas desta abordagem tendem a fornecer mais racionais terapêuticos comparativamente com os de outras vertentes (Vaz & Sousa, 2024). Por sua vez, em outros modelos teóricos, boa parte da transmissão de mensagens persuasivas discretas e da produção de significado podem ser possivelmente atribuídas a competências do terapeuta não-diretivas ou fundamentadas na empatia (Locher et al., 2019). No que diz respeito às psicoterapias experienciais especificamente, não existe, até à data, investigação referente à co-construção de racionais terapêuticos. Sabe-se no entanto que ao invés do que se verifica nas psicoterapias cognitivo-comportamentais, estas não se encontram dependentes de “trabalhos de casa” propostos ou construídos com instruções particulares acerca de quando, como e o que fazer com vista a pôr em prática um novo modo de agir (Iwakabe, 2018).

A investigação recente tem evidenciado uma relação consistente entre a capacidade persuasiva do psicoterapeuta e os resultados do cliente (Anderson, Crowley, et al., 2016; Anderson, McClintock, et al., 2016; Anderson, Perlman, et al., 2020; Perlman et al., 2020; Schöttke et al., 2017), sendo esta capacidade considerada fundamental para o sucesso da terapia (Frank & Frank, 1993). Não obstante ter-se conhecimento deste facto, o seu treino é pouco frequente e tem sido alvo de poucos estudos, sendo sobretudo teorizada (Ametrano et al., 2017), o que evidencia uma lacuna empírica e destaca a importância de aprofundar a investigação da mesma (Vaz & Sousa, 2024; Wampold, 2018). De igual modo, a comunicação do racional terapêutico permanece uma das competências do psicoterapeuta menos investigadas até à atualidade, apesar da importância que a mesma apresenta para a capacidade persuasiva do terapeuta (Vaz & Sousa, 2024) e para os resultados da psicoterapia

(Afonseca et al., 2023; Sequeira, 2022; Wampold, 2015). Por conseguinte, este estudo foca-se especialmente na co-construção de racionais terapêuticos como um aspeto específico e mensurável da persuasão.

Assim, ainda se verifica atualmente na investigação, a necessidade de mensurar as capacidades ou comportamentos persuasivos do psicoterapeuta (Beutler et al., 2018). Alguns autores salientam também a necessidade de investigar de que forma diferentes modelos de psicoterapia entregam ou co-constroem racionais terapêuticos convincentes (Vaz & Sousa, 2024), o que justifica a presente investigação centrada em racionais terapêuticos e persuasão em psicoterapias experienciais, tendo em conta que, até onde é do nosso conhecimento, não existem na literatura estudos que abordem especificamente a forma como estes racionais são ou não apresentados ou co-construídos nestas psicoterapias. A compreensão deste fenómeno pode informar a prática clínica e o treino e formação de psicoterapeutas nestas abordagens.

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo, avaliar os níveis de persuasão e de co-construção de racionais terapêuticos ao longo das sessões em psicoterapias experienciais, comparando quatro abordagens distintas. Para tal, colocaram-se as seguintes hipóteses de investigação exploratórias:

H1: Os psicoterapeutas das quatro abordagens terapêuticas experienciais co-constroem racionais terapêuticos para os problemas trazidos pelos clientes.

H2: Os níveis de persuasão dos psicoterapeutas, incluindo a co-construção de racionais terapêuticos, são mais elevados no meio e no fim das sessões comparativamente com o início.

H3: Há diferenças nos níveis de persuasão e co-construção de racionais terapêuticos entre as quatro abordagens terapêuticas experienciais.

Método

Visão Geral

O presente estudo segue uma metodologia de investigação quantitativa, que visa testar as hipóteses anteriormente formuladas. Esta abordagem metodológica é utilizada para analisar a relação entre variáveis mensuráveis por norma através de instrumentos, possibilitando a análise de dados numéricos com recurso à estatística (Creswell & Creswell, 2018). Corresponde a um estudo de natureza comparativa, observacional e não experimental, com o intuito de analisar a persuasão e a co-construção de racionais terapêuticos em diversas

abordagens terapêuticas experienciais e ao longo dos vários momentos das sessões (início, meio e fim). Para tal, foram analisados vídeos de sessões de psicoterapia gravadas pertencentes a quatro abordagens terapêuticas experienciais distintas, utilizando a Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (Therapist's Persuasiveness Rating Scale, TPRS) (Afonseca et al., 2023). Os vídeos foram cotados por três avaliadoras e, para analisar a fiabilidade e concordância entre as cotações, foi calculado o coeficiente de correlação intraclass (*intraclass correlation coefficient*, ICC).

Amostra

A amostra englobou 19 vídeos de sessões de psicoterapia de quatro psicoterapeutas, dois dos quais consistiam em primeiras sessões únicas (10,5%), e os restantes 17 pertencentes a cinco processos psicoterapêuticos distintos (89,5%). Trata-se de uma amostra por conveniência tendo em conta que os vídeos foram selecionados a partir de um conjunto de vídeos de sessões de psicoterapia para fins educacionais. Estes pertenciam a processos psicoterapêuticos breves, constituídos por quatro a seis sessões. Consideraram-se como critérios de inclusão para os vídeos, apresentarem uma abordagem psicoterapêutica experiencial, corresponderem a sessões integrais e, possuírem gravação de áudio e imagem, uma vez que a avaliação da capacidade persuasiva do terapeuta encontra-se dependente de componentes verbais e não verbais (Vaz & Sousa, 2024). As sessões tinham uma duração entre 45 e 60 minutos. Três dos psicoterapeutas presentes nos vídeos eram do sexo masculino (75,0%) e uma psicoterapeuta era do sexo feminino (25,0%).

Os vídeos pertencem a diferentes modelos de psicoterapia de abordagem experiencial, sendo que quatro dizem respeito a Psicoterapia Focada nas Emoções (21,1%), cinco a Psicoterapia Existencial Humanista (26,3%), quatro a Psicoterapia Centrada na Pessoa (21,1%) e seis a Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada (31,6%). Cada um dos quatro terapeutas utiliza um dos quatro modelos. Participaram nas sessões sete clientes adultos, quatro pertencendo ao sexo feminino (57,1%) e três ao sexo masculino (42,9%). Uma das clientes realizou Psicoterapia Focada nas Emoções (14,3%), três dos clientes Psicoterapia Existencial Humanista (42,9%), uma Psicoterapia Centrada na Pessoa (14,3%) e duas Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada (28,6%). Os vídeos pertencentes à Psicoterapia Focada nas Emoções e à Psicoterapia Centrada na Pessoa correspondem às quatro sessões iniciais de dois processos terapêuticos (8 vídeos). Por sua vez, os vídeos da Psicoterapia Existencial Humanista dizem respeito às três primeiras sessões de um processo terapêutico e duas sessões iniciais com outros dois clientes (5 vídeos). Por último, os vídeos

referentes à Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada correspondem às três sessões iniciais de dois processos terapêuticos (6 vídeos). As problemáticas apresentadas pelos clientes diziam respeito a: tristeza e ansiedade (14,3%); vivência de uma situação de divórcio (14,3%); insatisfação com a vida (14,3%); problemas de saúde e discriminação (14,3%); problemas de raiva (14,3%); abuso sexual e dificuldades relacionais (14,3%); e ansiedade e vivência de uma experiência traumática (14,3%). A problemática encontrava-se discriminada no título dos vídeos ou era referida na introdução dos mesmos ou no decorrer das sessões, pelo que não foi administrado nenhum instrumento de diagnóstico.

Instrumento

Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (TPRS)

Na cotação dos vídeos de sessões foi utilizada a TPRS (Afonseca et al., 2023; ver Anexo B), que consiste numa medida de observador para avaliar o nível de persuasão dos psicoterapeutas durante sessões de psicoterapia. Trata-se do primeiro instrumento que avalia esta capacidade como uma capacidade interpessoal independente. Esta é constituída por 10 itens (e.g., “O terapeuta oferece explicações convincentes para os fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente” e “O terapeuta mantém contacto visual com o cliente”), cuja cotação é efetuada por meio de uma escala de Likert de 5 pontos que varia entre “fortemente incaracterístico” e “fortemente característico” (1 - “fortemente incaracterístico”, “2 - consideravelmente incaracterístico”, “3 - neutro”, “4 - consideravelmente característico”, “5 - fortemente característico”). Esta baseia-se no trabalho de Jerome Frank acerca da capacidade persuasiva do terapeuta (Frank & Frank, 1993) e nas capacidades persuasivas apresentadas por Vaz e Sousa (2024). É constituída por 4 subescalas: Pré-condições, Racional, Comportamentos não verbais e Influência, as quais medem, respetivamente, a instituição de pré-condições necessárias para a co-construção do racional terapêutico, a co-construção do racional terapêutico, os comportamentos não verbais carismáticos apresentados pelo psicoterapeuta e a influência que o psicoterapeuta exerce sobre o cliente.

A escala possui uma descrição de cada capacidade (item), de forma a contextualizar o que está a ser objeto de avaliação, e indicadores comportamentais que variam no grau de severidade. Com vista a mitigar o efeito da subjetividade da perceção do codificador, as classificações possuem uma descrição exaustiva e minuciosa dos aspetos a considerar para a atribuição das mesmas. Desta forma, para cada item o codificador deverá identificar qual das descrições melhor reflete o que foi observado no visionamento da sessão. A cada item deve

ser inicialmente atribuída uma classificação de “3 - neutro”, a qual representa um nível médio de persuasão, e posteriormente adaptar a mesma, isto é, subir ou descer, de acordo com o nível de persuasão do psicoterapeuta. Para receber determinada classificação, os terapeutas não necessitam de realizar todas as ações presentes na descrição da mesma. As sessões gravadas a ser cotadas deverão ter uma duração de cerca de 45 a 50 minutos, possuir áudio e imagem e ser divididas em terços, os quais devem ser cotados separadamente (Afonseca et al., 2023). Deste modo, cada sessão foi cotada três vezes (início, meio e fim) recorrendo à escala.

No que concerne às propriedades psicométricas da TPRS, as suas subescalas apresentaram consistência interna satisfatória para a amostra do estudo de desenvolvimento da escala, com alfas de Cronbach de 0.65 para a subescala Pré-condições, 0.88 para a subescala Comportamentos não verbais e 0.73 para a subescala Influência. Apenas a subescala Racional apresentou consistência interna relativamente baixa, com um alfa de Cronbach de 0.57. No entanto, de acordo com Nunnally (1978), uma vez que se trata de uma escala numa fase de investigação preliminar, é possível considerar este valor suficiente. De modo geral, de acordo com o estudo de desenvolvimento e validação da escala de Afonseca e colaboradores (2023), excetuando o parâmetro da validade discriminante, a TPRS apresenta boas propriedades psicométricas, constituindo-se como uma escala promissora para o progresso da investigação da capacidade persuasiva do terapeuta. Esta tem sido também utilizada em investigações recentes, evidenciando a sua aplicabilidade e consistência em contextos empíricos e contribuindo para o aprofundamento do seu estudo (Sequeira et al., 2024).

Procedimentos

De forma a estabelecer a fiabilidade entre codificadores, assegurando a consistência na cotação dos vídeos, foram utilizadas quatro gravações de consultas psicoterapêuticas para permitir às avaliadoras, três alunas de mestrado, treinar o processo de cotação da escala. Estas gravações não foram integradas na amostra final, tendo servido apenas para o efeito do estabelecimento da fiabilidade inter-codificadores. O treino para a cotação incluiu a leitura de literatura pertinente acerca do tema da capacidade persuasiva do terapeuta, na qual se baseou a TPRS, o estudo da escala de modo a facilitar a familiarização das alunas com a mesma, a análise e discussão dos critérios de cotação, reduzindo possíveis discrepâncias de interpretação, e a cotação das quatro sessões de psicoterapia. Estas sessões tinham uma duração entre 45 e 60 minutos, tendo sido divididas em três terços iguais (início, meio e fim)

com aproximadamente 15-20 minutos, tendo cada um destes sido avaliado fazendo uso da escala. Posteriormente, foi calculado o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) para verificar o nível de acordo entre codificadores, com o intuito de avaliar se existia fiabilidade suficiente para iniciar a cotação dos vídeos da amostra.

De seguida, foram cotados 19 vídeos de sessões de psicoterapia com a mesma duração que os vídeos de treino, para a amostra do estudo. Estes foram selecionados com base nos critérios de inclusão previamente determinados (descritos na secção Amostra). Todos os vídeos foram avaliados com som, no idioma original (inglês) e com transcrição em forma de legendas. As cotações da TPRS foram efetuadas entre junho e agosto de 2024 pelas três avaliadoras. Estes vídeos foram igualmente divididos em terços de 15-20 minutos, sendo cada um desses cotado com recurso à TPRS, totalizando três cotações por vídeo. Após efetuarem a avaliação de cada vídeo individualmente (de modo a prevenir eventuais enviesamentos), as três codificadoras procederam à discussão das classificações que apresentaram maiores discrepâncias, voltando posteriormente a analisar os segmentos correspondentes em separado, e efetuando algumas modificações nas classificações. Este processo foi feito tanto para os vídeos de treino, durante o período de familiarização com a escala e antes do cálculo do ICC, como para os vídeos da amostra, garantindo a consistência e qualidade das avaliações. Após a conclusão do processo de cotação, foi efetuada a análise estatística dos dados.

Análise de Dados

A avaliação da fiabilidade inter-codificadores através do cálculo do ICC antecedeu a análise estatística propriamente dita. Os valores do ICC médio foram de 0,834 (IC 95% [.528, .954]) para o vídeo 1, 0,933 (IC 95% [.807, .982]) para o vídeo 2, 0,970 (IC 95% [.907, .992]) para o vídeo 3 e 0,955 (IC 95% [.864, .988]) para o vídeo 4 (ver Anexo C). Estes resultados indicaram fiabilidade boa a excelente entre as três avaliadoras, permitindo prosseguir para a cotação da amostra. O cálculo foi efetuado utilizando o modelo de efeitos mistos de duas vias (*two-way mixed-effects*), considerando um acordo absoluto entre classificações e a média das cotações realizadas por três avaliadoras ($k = 3$) (Koo & Li, 2016).

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o teste t de Student para uma amostra, a ANOVA One-Way e a ANOVA de Medidas Repetidas. Nas amostras com dimensão superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição, de

acordo com o teorema do limite central. A homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de Levene. O pressuposto de esfericidade foi analisado com o teste de Mauchly's. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. A análise de dados foi efetuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 30 para Windows.

Resultados

As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas dimensões em análise podem ser observadas na tabela seguinte. Nela, são indicados os valores mínimos e máximos, média e respectivos desvios padrão. Os terapeutas obtiveram valores mais elevados em Contacto visual (4.27) e mais baixos em Explicação de fatores (2.78). A média obtida em Explicação de fatores foi significativamente inferior ao ponto médio de avaliação da escala (3 – Neutro), $t(170) = -2.602$, $p = .010$, enquanto todos os restantes valores foram significativamente superiores ao ponto médio de avaliação da escala ($p < .001$).

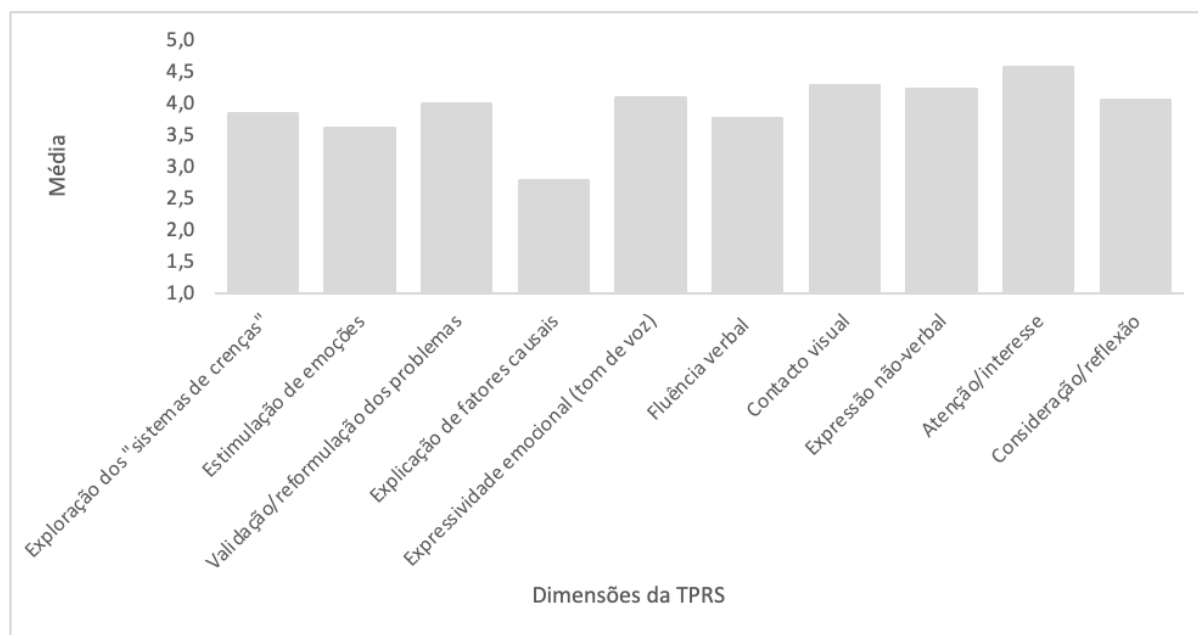
Tabela 1

Estatísticas Descritivas das Dimensões da Persuasão do Terapeuta em Sessões de Psicoterapia Experiencial

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<i>Pré-condições</i>				
1. Exploração dos “sistemas de crenças”	2	5	3.84	0.58
2. Estimulação de emoções	1	5	3.61	0.96
<i>Racional</i>				
3. Validação/reformulação dos problemas	2	5	3.99	0.60
4. Explicação de fatores	1	5	2.78	1.09
<i>Comportamentos não verbais</i>				
5. Expressividade emocional (tom de voz)	3	5	4.09	0.67
6. Fluência verbal	2	5	3.75	0.47
7. Contacto visual	3	5	4.27	0.58
8. Expressão não-verbal	2	5	4.21	0.66
<i>Influência</i>				
9. Atenção/interesse do cliente	3	5	4.57	0.56
10. Consideração/reflexão do cliente	2	5	4.04	0.64

Figura 1

Médias das Dimensões Avaliadas pela TPRS



Antes de testar as hipóteses, foi conduzida uma análise preliminar para verificar se os níveis médios de persuasão em cada abordagem terapêutica se encontravam significativamente acima do ponto médio da escala, conforme previsto na literatura (Frank & Frank, 1993; Wampold, 2019; Wampold & Imel, 2015; ver Anexo D).

Co-construção de Racionais Terapêuticos

Ao comparar os valores das dimensões da co-construção de racionais terapêuticos (validação/reformulação e explicação de fatores) relativamente ao ponto médio da escala (3) nas quatro abordagens terapêuticas experienciais, foram encontradas as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 2*Dimensões da Co-construção de Racionais Terapêuticos por Abordagem Terapêutica*

	Validação/reformulação			Explicação de fatores		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Sig.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Sig.
Terapia Focada nas Emoções	4.22	.68	.001***	3.00	.68	1.000
Psicoterapia Existencial Humanista	3.49	.55	.001***	2.40	1.01	.001***
Terapia Centrada na Pessoa	4.08	.28	.001***	3.03	1.25	.895
Psicoterapia Din. Exp. Acelerada	4.19	.52	.001***	2.80	1.19	.213

Nota. *M* – Média; *DP* – Desvio padrão. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Os valores médios obtidos em *Validação/reformulação* foram significativamente superiores ao ponto médio de avaliação da escala (3 – Neutro) em todas as abordagens terapêuticas ($p < .001$).

Os valores médios obtidos em *Explicação de fatores* não diferiram significativamente do ponto médio de avaliação da escala (3 – Neutro), exceto para a Psicoterapia Existencial Humanista, em que a média foi significativamente inferior ao ponto médio de avaliação da escala ($t(44) = -3.989$, $p < .001$, $M = 2.40$, $DP = 1.01$).

Evolução ao Longo da Sessão

Ao comparar os valores das dimensões da persuasão do terapeuta em função dos vários momentos das sessões (início, meio e fim), foram encontradas as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 3*Evolução das Dimensões da Persuasão do Terapeuta ao Longo da Sessão*

	Início		Meio		Fim		Sig.
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Sistemas de crenças	3.84	0.53	3.86	0.55	3.82	0.66	.944
Estimulação de emoções	3.35	0.97	3.70	0.89	3.79	0.98	.001***
Validação/reformulação	3.86	0.64	4.00	0.63	4.11	0.52	.031*
Explicação de fatores	2.32	1.04	2.67	1.06	3.37	0.90	.001***
Expressiv. emocional	4.05	0.64	4.07	0.70	4.14	0.67	.225
Fluência verbal	3.74	0.48	3.79	0.45	3.74	0.48	.705
Contacto visual	4.25	0.63	4.32	0.57	4.25	0.54	.517
Expressão não-verbal	4.21	0.65	4.12	0.73	4.30	0.60	.061
Atenção/interesse	4.61	0.56	4.54	0.54	4.56	0.60	.678
Consideração/reflexão	3.91	0.58	4.05	0.69	4.16	0.62	.019*

Nota. *M* – Média; *DP* – Desvio padrão. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Estimulação de emoções, $F_{AMR}(2, 112) = 8.925, p \leq .001$, os valores foram significativamente mais elevados no meio e no fim do que no início da sessão.

Validação/reformulação, $F_{AMR}(2, 112) = 3.599, p = .031$, os valores foram significativamente mais elevados no fim do que no início da sessão.

Explicação de fatores, $F_{AMR}(2, 112) = 24.371, p \leq .001$, os valores foram significativamente mais elevados no fim do que no início e meio da sessão.

Consideração/reflexão, $F_{AMR}(2, 112) = 4.107, p = .019$, os valores foram significativamente mais elevados no fim do que no início da sessão.

Comparação entre Abordagens Terapêuticas

Ao comparar os valores das dimensões da persuasão do terapeuta em função das quatro abordagens terapêuticas experienciais, foram encontradas as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 4*Comparação das Dimensões da Persuasão do Terapeuta entre Abordagens Terapêuticas*

	Terapia		Psicoterapia		Terapia		Psicoterapia		
	Focada nas		Existencial		Centrada na		Din. Exp.		
	Emoções		Humanista		Pessoa		Acelerada		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Sig.
Sistemas de crenças	3.83	.66	3.96	.48	3.75	.60	3.81	.59	.347
Estimulação emoções	3.69	.71	2.67	.91	3.47	.56	4.44	.50	.001***
Validação/reformulação	4.22	.68	3.49	.55	4.08	.28	4.19	.52	.001***
Explicação de fatores	3.00	.68	2.40	1.01	3.03	1.25	2.80	1.19	.014*
Expressiv. emocional	3.86	.42	3.51	.51	4.19	.58	4.65	.48	.001***
Fluência verbal	3.72	.51	3.53	.55	3.83	.38	3.91	.35	.002**
Contacto visual	4.25	.65	4.11	.49	4.94	.23	3.96	.39	.001***
Expressão não-verbal	3.83	.51	3.80	.63	4.17	.45	4.83	.38	.001***
Atenção/interesse	4.42	.50	4.58	.50	4.94	.23	4.43	.69	.001***
Consideração/reflexão	4.14	.54	4.27	.62	3.92	.44	3.87	.75	.008**

Nota. *M* – Média; *DP* – Desvio padrão. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Estimulação de emoções, $F(3, 84.503) = 56.062$, $p \leq .001$, a Psicoterapia Existencial Humanista apresentou valores significativamente mais baixos do que todas as restantes e a Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada valores significativamente mais elevados.

Validação/reformulação dos problemas, $F(3, 87.044) = 17.302$, $p \leq .001$, a Psicoterapia Existencial Humanista apresentou valores significativamente mais baixos do que todas as restantes.

Explicação de fatores, $F(3, 88.925) = 3.730$, $p = .014$, a Psicoterapia Existencial Humanista apresentou valores significativamente mais baixos do que a Terapia Focada nas Emoções.

Expressividade emocional (tom de voz), $F(3, 87.731) = 46.952$, $p \leq .001$, a Psicoterapia Existencial Humanista apresentou valores significativamente mais baixos do que todas as restantes, a Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada valores significativamente mais

elevados, e a Terapia Centrada na Pessoa valores significativamente mais elevados do que a Terapia Focada nas Emoções.

Fluência verbal, $F(3, 84.912) = 5.514$, $p = .002$, a Psicoterapia Existencial Humanista apresentou valores significativamente mais baixos do que a Terapia Centrada na Pessoa e Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada.

Contacto visual, $F(3, 85.893) = 88.583$, $p \leq .001$, a Terapia Centrada na Pessoa apresentou valores significativamente mais elevados do que todas as restantes.

Expressão não-verbal, $F(3, 84.590) = 54.831$, $p \leq .001$, a Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada apresentou valores significativamente mais elevados do que todas as restantes e a Terapia Centrada na Pessoa valores significativamente mais elevados do que a Terapia Focada nas Emoções e Psicoterapia Existencial Humanista.

Atenção/interesse, $F(3, 87.413) = 19.149$, $p \leq .001$, a Terapia Centrada na Pessoa apresentou valores significativamente mais elevados do que todas as restantes.

Consideração/reflexão, $F(3, 91.274) = 4.214$, $p = .008$, a Psicoterapia Existencial Humanista apresentou valores significativamente mais elevados do que a Terapia Centrada na Pessoa e Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar os níveis de persuasão e de co-construção de raciais terapêuticos ao longo das sessões em psicoterapias experienciais, comparando quatro abordagens distintas. Os resultados obtidos evidenciaram suporte para a H1 e confirmação integral da H3, enquanto a H2 foi apenas parcialmente sustentada.

No que diz respeito à H1, os resultados indicam que a validação/reformulação, enquanto dimensão da co-construção de raciais terapêuticos, apresentou valores significativamente superiores ao ponto médio (3) em todas as abordagens terapêuticas, o que confirma a tendência dos psicoterapeutas das quatro abordagens experienciais para validarem e/ou reformularem a experiência dos clientes como compreensível (Afonseca et al., 2023). Quanto à dimensão da co-construção de raciais terapêuticos que diz respeito à explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente, apenas na Psicoterapia Existencial Humanista (PEH) se observou uma média significativamente inferior ao ponto médio da escala, sugerindo que nesta abordagem o fornecimento de explicações convincentes por parte do terapeuta é pouco expressiva. Relativamente às restantes abordagens, cujos

valores não diferiram significativamente do ponto médio, observou-se uma tendência para oferecerem explicações com um nível médio de persuasão (Afonseca et al., 2023), sugerindo que este aspeto, apesar de presente, não constitui um elemento diferenciador destas terapias.

Estes resultados corroboram o pressuposto de que os racionais terapêuticos não se limitam a explicações explícitas, didáticas e psicoeducativas, podendo ser transmitidos de forma mais implícita ou indireta, através da utilização das capacidades empáticas do psicoterapeuta (Locher et al., 2019), de que é exemplo a validação, isto é, expressar claramente que a experiência do cliente é compreensível, comunicação que muitas vezes contrasta com os significados promotores de desmoralização do cliente (Linehan, 1997). Estes achados podem ainda ser articulados com a perspetiva de Vaz e Sousa (2024), segundo a qual uma psicoterapia eficaz requer um racional que reformule e valide a experiência interna e os problemas do cliente, transmitindo que a sua angústia é compreensível e natural. A validação pode apresentar efeitos persuasivos (Linehan, 1997) na medida em que permite modificar ou co-construir novos significados adaptativos para a vivência subjetiva do cliente, contribuindo para a redução da sua angústia e para o fortalecimento do seu envolvimento no processo terapêutico (Vaz & Sousa, 2024).

Neste sentido, autores como Locher e colaboradores (2019) têm sublinhado que diferentes abordagens psicoterapêuticas, incluindo a Terapia Centrada na Pessoa, visam construir narrativas convincentes que façam com que os clientes sejam persuadidos a aceitar explicações mais adaptativas para os seus problemas e incentivados a realizar ações terapêuticas (Wampold, 2007). Não obstante, existem diferenças entre abordagens relativamente à extensão em que estas explicações são explicitamente comunicadas aos clientes ou mesmo relativamente ao facto de serem, ou não, consideradas parte integrante do racional subjacente às terapias, permitindo distingui-las quanto ao grau de envolvimento direto na transformação de significados dos clientes por meio de narrativas. Assim, o significado e as narrativas que o sustentam são relevantes em qualquer abordagem psicoterapêutica, contudo, verifica-se uma discrepância no reconhecimento desta relevância entre abordagens e no modo como as narrativas são explicitadas (Locher et al., 2019). Deste modo, os resultados parecem sugerir que, no caso das abordagens experienciais analisadas, a persuasão através de racionais terapêuticos ocorre com maior ênfase na validação/reformulação de problemas do que na entrega de explicações convincentes.

Relativamente à H2, os resultados obtidos através da ANOVA de Medidas Repetidas revelam que a estimulação de emoções, a validação/reformulação de problemas, a explicação

de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente e a consideração/reflexão do cliente apresentam diferenças estatisticamente significativas nos vários momentos das sessões, apresentando níveis mais elevados no fim, níveis mais baixos no início e aumentando gradualmente durante as mesmas. Em particular, verificou-se que a estimulação de emoções é significativamente maior no meio e no fim das sessões comparativamente com o início, a validação/reformulação de problemas e a consideração/reflexão do cliente são significativamente maiores no fim comparativamente com o início das sessões, e a explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente é significativamente maior no fim do que no início e meio das sessões.

Estes resultados estão alinhados com estudos que indicam que o terapeuta tende a tornar-se mais interventivo no meio e no fim das sessões, estimulando as emoções do cliente (Greenberg, 2011; Pascual-Leone & Greenberg, 2007), validando a sua experiência e tendo em conta que correspondem ao período em que este apresenta o racional teórico e propõe as tarefas terapêuticas (Zimmermann & Haes, 2011). É também plausível que, no final das sessões, os níveis de consideração/reflexão do cliente sejam mais elevados, dado que a apresentação do racional tende a promover o seu envolvimento ativo no processo terapêutico (Ahmed & Westra, 2009; Locher et al., 2019; Wampold, 2012).

No entanto, seria de esperar que este aumento nos níveis de persuasão se verificasse em todas as dimensões da capacidade persuasiva do terapeuta avaliadas, uma vez que, de acordo com a literatura, o psicoterapeuta faz maior uso desta capacidade no meio e no final das sessões, comparativamente com o início (Sequeira, 2022). Contudo, tal não se verificou, dado que os restantes componentes da capacidade persuasiva do terapeuta se mantiveram relativamente estáveis ao longo das sessões, sugerindo que a utilização da capacidade persuasiva pode variar em função do tipo de estratégia mobilizada pelo terapeuta. Esta estabilidade observada nas restantes dimensões poderá dever-se a limitações da amostra, como o número reduzido de vídeos analisados por abordagem ou a presença de apenas um terapeuta por abordagem, o que pode ter restringido a variabilidade observável. Adicionalmente, a natureza específica dos indicadores avaliados poderá influenciar a forma como a persuasão se manifesta ao longo das sessões.

No que concerne à H3, os resultados da ANOVA One-Way revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as quatro abordagens terapêuticas experienciais no que diz respeito às dimensões da capacidade persuasiva do terapeuta, com exceção da exploração dos sistemas de crenças do cliente, onde não se observaram diferenças entre terapias. Em

particular, a Psicoterapia Existencial Humanista apresentou valores significativamente mais baixos na estimulação de emoções, validação/reformulação de problemas e expressividade emocional (tom de voz), quando comparada com as restantes abordagens terapêuticas, destacando-se, deste modo, como a menos persuasiva no que concerne a estes indicadores. Adicionalmente, apresentou valores significativamente mais baixos em explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente, em relação à Terapia Focada nas Emoções (TFE), e em fluência verbal, em relação à Terapia Centrada na Pessoa (TCP) e Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada (AEDP). Por outro lado, destacou-se por apresentar valores significativamente mais elevados em consideração/reflexão do cliente em relação às duas últimas abordagens.

Valores mais baixos do que as restantes abordagens nas dimensões pertencentes à co-construção de raciais terapêuticos, isto é, em validação/reformulação e explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente, estão em linha com o pressuposto de que, na psicoterapia existencial, é atribuída pouca relevância a objetivos de cura alcançados por meio da diretividade (Hlavek & Feldwisch, 2022) e a técnicas manipulativas ou educativas que visem alterar o comportamento (Spinelli, 2006), em contraste com outras abordagens experienciais que recorrem a explicações mais explícitas ou estruturadas como parte do processo (Locher et al., 2019). Deste modo, em vez de identificar e procurar substituir crenças, atitudes e comportamentos tidos como “irracionais” por outros considerados “racionais”, os psicoterapeutas existenciais adotam uma postura de acompanhar o cliente, permanecendo ao seu lado (Spinelli, 2006), e recorrem a uma abordagem descritiva da sua visão de mundo, a fim de evidenciar, em conjunto com este, as crenças, valores e atitudes frequentemente latentes e não reconhecidos, bem como os elementos emocionais envolvidos que proporcionam uma estrutura de sentido para a sua visão de mundo. Assim, as perguntas tendem a centrar-se no “o quê” e “como” da experiência e não no “porquê”, uma vez que a terapia se foca na experiência atual consciente do cliente, em vez de recorrer a suposições ou construções teóricas acerca de possíveis causas passadas para os seus problemas atuais (Spinelli, 2006). Por exemplo, embora o terapeuta compreenda que determinadas problemáticas possam ser originárias de experiências infantis, essa conceção teórica não é abordada nas sessões nem fundamenta as suas intervenções, que se centram, antes, no modo de ser e perfil comportamental do cliente (Lieberman & Havens, 2002). Neste enquadramento, a psicoterapia existencial não pretende fornecer soluções ou alternativas, mas antes fomentar a responsabilidade do cliente para que adquira maior consciência das suas

vivências emocionais e crenças, o que poderá, por seu turno, conduzir a alterações pontuais de comportamento ou transformações da sua visão de mundo (Sousa, 2015).

Tendo em conta que a Psicoterapia Existencial Humanista se trata de uma abordagem mais psicológica do que filosófica comparativamente com outras modalidades da psicoterapia existencial, tende a ser mais focada nas emoções, isto é, os terapeutas tendem a encorajar os clientes a explorar as suas emoções (Cooper, 2016; Teixeira, 2006). Não obstante, é plausível que a estimulação de emoções na Psicoterapia Existencial Humanista possa ser menos prevalente relativamente às restantes abordagens presentes neste estudo dada a natureza mais descritiva, reflexiva e que privilegia a compreensão existencial desta abordagem (van Deurzen, 2012), bem como a natureza mais focalizada na experiência emocional, sobretudo de abordagens como a TFE e a AEDP (Fosha & Thoma, 2020; Greenberg, 2006). Por outro lado, é provável que, pelas mesmas razões, esta abordagem se tenha destacado em consideração/reflexão do cliente. Este resultado torna-se compreensível à luz da teoria do modelo existencial, segundo a qual o seu objetivo último seria promover o confronto e reavaliação por parte do indivíduo do seu entendimento da vida, problemas e limites relativamente às possibilidades de ser-no-mundo (Spinelli, 2006).

Por sua vez, embora não existam estudos que comparem diretamente a expressividade emocional (tom de voz) ou a fluência verbal entre abordagens, os valores mais baixos nestas dimensões na Psicoterapia Existencial Humanista, comparativamente com outras abordagens, podem dever-se ao estilo e características pessoais do terapeuta analisado, podendo tratar-se de um profissional menos carismático e persuasivo do que os restantes (Vaz & Sousa, 2024; Wampold, 2017), não constituindo necessariamente uma característica intrínseca da abordagem. Isto é corroborado por estudos que sugerem que a capacidade persuasiva do terapeuta, bem como as FIS (as quais incluem a expressividade emocional e fluência verbal do psicoterapeuta) correspondem a características inerentes ao mesmo (Afonseca et al., 2023; Anderson, Crowley, et al., 2016; Perlman et al., 2020; Sequeira, 2022). De acordo com a literatura, os comportamentos não verbais do terapeuta são os principais responsáveis pelos processos de influência social e carisma (Heide, 2013). Entre estes comportamentos carismáticos de psicoterapeutas persuasivos encontra-se a sua fluência verbal (Vaz & Sousa, 2024), que se traduz pela capacidade de se expressar de forma simples, concisa, convicta e adequada às características particulares do interlocutor (Vaz et al., 2023). Do mesmo modo, conforme algumas revisões de literatura, uma parcela relevante da influência persuasiva não verbal do terapeuta, pode ser aparentemente atribuída à sua expressividade emocional, isto é,

a emoção que este é capaz de transmitir e modular por meio, entre outros, do seu tom de voz, revelando uma presença emocional autêntica e carismática (Vaz et al., 2023).

Em contraste, a Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada revelou valores significativamente mais elevados na estimulação de emoções, expressividade emocional (tom de voz) e expressão não-verbal, comparativamente com as restantes abordagens terapêuticas. Os resultados relativos à estimulação de emoções são consistentes com a literatura que aponta a dificuldade de processar emoções, incluindo o evitamento de emoções adaptativas, como um dos focos centrais da AEDP (Fosha, 2003). De acordo com esta abordagem, o aprofundamento experiencial de emoções no presente relaciona-se diretamente com experiências prévias, possibilitando aceder a memórias, aspetos regressivos do self e vivenciar emoções que não eram aceites no passado. A autorização dessas emoções permite a redução de sintomas e da dependência de defesas rígidas e de estratégias de coping de evitamento, configurando uma experiência curativa que capacita os clientes a vivenciar as suas emoções (Fosha, 2003). Além disso, a AEDP não se limita ao processamento de emoções dolorosas, contemplando igualmente o de emoções positivas. Conforme salientam Fosha, Thoma e Yeung (2019), esta abordagem explora a forma como emoções positivas e negativas interagem com vista à adaptação e ao crescimento psicológico. Nesta linha, um dos objetivos centrais da AEDP é o florescimento positivo, entendido como a fomentação ativa de experiências e emoções positivas (Keyes, 2002).

Do mesmo modo, os valores elevados observados em expressividade emocional (tom de voz) e expressão não-verbal estão alinhados com o pressuposto da AEDP de desfazer a solidão através dos comportamentos não-verbais do terapeuta (e.g., contacto visual, postura, expressão facial, tom de voz), já que dificuldades de natureza interpessoal se revelam frequentemente associadas a problemas psicológicos (Girard et al., 2017). Neste sentido, a literatura tem ainda evidenciado que comportamentos não-verbais carismáticos promovem a excitação emocional e a influência social mediante o “contágio emocional” (Bono & Ilies, 2006). Em conjunto, estes resultados sugerem uma forte dimensão experiencial e expressiva por parte dos terapeutas desta abordagem, o que se encontra em consonância com o foco da AEDP na mobilização da emoção como motor de mudança terapêutica (Fosha & Thoma, 2020).

Já a Terapia Centrada na Pessoa obteve valores significativamente mais elevados em contacto visual e atenção/interesse do cliente, quando comparada com as restantes terapias, bem como valores significativamente mais elevados em expressividade emocional (tom de

voz), relativamente à Terapia Focada nas Emoções, e em expressão não-verbal, relativamente a esta última e à Psicoterapia Existencial Humanista. Estes resultados podem refletir a ênfase desta abordagem na presença autêntica e empática do terapeuta e na criação de uma atmosfera de aceitação incondicional, favorecendo o envolvimento do cliente (Rogers, 1957). Este padrão sugere que os comportamentos observados nestas dimensões podem ser característicos do estilo interpessoal promovido por esta abordagem. Assim, maiores níveis de atenção e interesse por parte do cliente levantam a questão de saber se poderão estar relacionados com a referida postura do terapeuta, pautada pelo estabelecimento de contacto visual consistente, expressividade emocional através do tom de voz e comportamentos não-verbais carismáticos. Isto estaria de acordo com a literatura, segundo a qual terapeutas carismáticos tendem a estimular mais o envolvimento e a atenção do cliente, visto tenderem a apresentar níveis elevados de contacto visual, um tom de voz afetivo e responsivo e a ser expressivos por meio de linguagem corporal e expressões faciais (Vaz & Sousa, 2024).

Por fim, a Terapia Focada nas Emoções apresentou níveis intermédios no geral, apesar de ter obtido valores significativamente superiores à Psicoterapia Existencial Humanista em explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente, tendo sido a segunda abordagem com média mais elevada. Tal sugere que, nesta abordagem, são co-construídas explicações adaptativas para a experiência interna do cliente. Estes achados estão em consonância com a literatura, dado que um dos objetivos da TFE diz respeito à reflexão sobre a emoção, a qual promove o desenvolvimento de novas narrativas explicativas da experiência do cliente (Greenberg & Pascual-Leone, 1997). A expressão de emoções através de palavras possibilita a assimilação de experiências na compreensão consciente e conceptual que os clientes possuem de si próprios e do mundo, permitindo organizá-las numa história coerente (Greenberg, 2006). Nesta perspetiva, as emoções são entendidas como possuindo um papel informativo e incitador da ação, pelo que um passo central na tomada de consciência emocional consiste em ajudar os clientes a perceber o que é que estas lhes estão a comunicar e identificar a preocupação, necessidade ou objetivo que estão a orientá-los a atingir (Greenberg e Pascual-Leone, 1997). Assim, os indivíduos não apenas experienciam emoções, como se encontram num processo contínuo de atribuir sentido às mesmas.

Neste processo, o terapeuta não se limita a acompanhar o cliente na sua experiência atual, fornecendo igualmente orientação acerca de novas formas de processamento da informação experiencial. A introdução de novidade e mudanças no campo emocional pode ser efetuada através da condução da atenção e processos dos clientes para a construção de

significado e através do auxílio prestado na aquisição de consciência dos seus processos emocionais. A aceitação e mudança da emoção, passos fundamentais da TFE, requerem duas abordagens distintas por parte do terapeuta: acompanhar e liderar. O acompanhamento facilita a aceitação, enquanto a liderança institui novidade e a possibilidade de transformação. Ainda que oriente a exploração e o tipo de processamento no qual é benéfico que os clientes se envolvam, a postura de liderança do terapeuta não lhes indica o conteúdo no qual se devem concentrar nem interpreta o significado da sua experiência, mas antes conduz o cliente a construir as suas próprias explicações (Greenberg, 2006). Assim, o facto de a TFE se ter destacado na explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente revela-se coerente com o seu modelo processual de construção de significados a partir da experiência emocional. No conjunto, estes resultados corroboram a ideia de que a persuasão em psicoterapias experienciais não é homogénea, mas expressa-se de acordo com os princípios de cada abordagem, existindo diferenças no modo como os terapeutas a operacionalizam.

Os resultados obtidos apresentam implicações relevantes para a prática clínica, informando a mesma, já que fornecem pistas sobre como e quando a persuasão tende a emergir na sessão e dão conta de variações entre abordagens terapêuticas experienciais. Podem igualmente orientar a formação de psicoterapeutas relativamente ao desenvolvimento e utilização da sua capacidade persuasiva nestas abordagens ao clarificar a forma como esta é operacionalizada no contexto experiencial.

Este estudo apresenta vários pontos fortes, entre os quais, a inclusão de quatro abordagens terapêuticas experienciais distintas e a avaliação da persuasão na perspetiva do observador, mitigando possíveis enviesamentos associados à autoavaliação, dado que estudos sugerem que os psicoterapeutas tendem a ser parciais na apreciação das suas próprias capacidades (Anderson et al., 2022; Walfish et al., 2012). Fornece ainda um contributo no que diz respeito ao estudo da TPRS, o primeiro instrumento validado que avalia esta capacidade interpessoal de forma independente, e ao esforço de reconhecer cientificamente o estudo rigoroso da mesma, tendo em conta que, apesar desta ser extensamente abordada e teorizada, continua a ser pouco investigada. Por fim, tanto quanto foi possível apurar, é também o primeiro estudo que avalia a persuasão do psicoterapeuta e a presença de co-construção de racionais terapêuticos em abordagens terapêuticas experienciais, comparando-as.

Não obstante os contributos descritos, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, o facto da TPRS, apesar de ter boas propriedades psicométricas, ser uma

escala relativamente nova e ainda não ter sido objeto de muitos estudos. Além disso, trata-se de uma medida de observador, o que apesar de permitir mitigar o viés de autoavaliação dos psicoterapeutas, não permite aceder à experiência subjetiva do cliente acerca do processo de persuasão, podendo limitar a compreensão do fenómeno. Também o facto dos vídeos de sessões de psicoterapia incluídos na amostra não disporem de informação acerca dos psicoterapeutas e clientes, como a sua idade, anos de experiência dos terapeutas, entre outras, resultou numa lacuna no âmbito da caracterização da amostra. É ainda provável que, pelo facto de se tratarem de vídeos para fins educacionais tenha sido dada mais ênfase à apresentação de racionais e ações terapêuticas, do que possivelmente seria em vídeos retirados de contextos naturais. Outro aspeto que pode ser tido como uma limitação é o número relativamente pequeno de sessões avaliadas, o qual apesar de ter possibilitado o cumprimento dos objetivos definidos e a observação de padrões significativos, pode restringir a generalização dos resultados. Por fim, dado que a amostra incluiu vídeos de apenas um terapeuta por abordagem, não foi totalmente possível controlar os efeitos associados à pessoa do terapeuta, pelo que não se conseguiu determinar plenamente se as diferenças observadas se devem a características individuais do terapeuta ou se são representativas da abordagem terapêutica.

De modo a colmatar estas lacunas, estudos futuros deverão: prosseguir com a validação e o refinamento da TPRS em diferentes contextos, bem como desenvolver outras medidas que aprofundem a avaliação da co-construção de racionais terapêuticos (Sequeira et al., 2024); investigar a capacidade persuasiva do psicoterapeuta na perspetiva do cliente, procurando identificar, por exemplo, que comportamentos deste são experienciados pelo cliente como mais persuasivos para a aceitação do racional terapêutico (Vaz & Sousa, 2024); estudar a persuasão e a co-construção de racionais terapêuticos em contextos naturais e em psicoterapias de várias orientações teóricas (Sequeira et al., 2024), bem como verificar de que modo variam os resultados em outras abordagens terapêuticas experienciais. Estudos futuros deverão recorrer a amostras superiores, isto é, incluir mais vídeos de cada abordagem terapêutica de modo a aumentar a possibilidade de generalização dos resultados e verificar se a tendência observada permanece consistente numa amostra mais ampla. De forma a controlar a variabilidade introduzida pelos efeitos da pessoa do terapeuta, estudos futuros deverão incluir para cada abordagem vídeos de vários psicoterapeutas na sua amostra. Adicionalmente, seria pertinente explorar a variação da persuasão ao longo de um mesmo processo terapêutico, através da realização de estudos longitudinais. Por fim, a investigação

deverá promover a formação no âmbito das capacidades interpessoais do psicoterapeuta, de que é exemplo a sua capacidade persuasiva, tendo em conta que estas podem ser trabalhadas e apresentam uma forte associação com os resultados da terapia. A formação deve assentar não só no conteúdo dos racionais como também na comunicação dos mesmos de forma persuasiva (Vaz & Sousa, 2024). Estes estudos poderão proporcionar diretrizes para a prática deliberada da persuasão, aperfeiçoando as metodologias de treino, e por conseguinte, esta capacidade nos psicoterapeutas.

Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que os psicoterapeutas das quatro abordagens experienciais tendem a co-construir racionais terapêuticos para os problemas que os clientes trazem para a terapia, sobretudo através da validação e reformulação da sua experiência. A explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente surgiu de forma menos consistente, com valores médios nas três abordagens e significativamente mais baixos na PEH, indicando que a co-construção se manifesta principalmente por via da validação, enquanto a explicação explícita assume um papel secundário entre as abordagens.

O aumento hipotetizado dos níveis de persuasão dos psicoterapeutas ao longo das sessões não foi inteiramente suportado, dado que apenas a estimulação de emoções, a validação/reformulação de problemas, a explicação de fatores que criaram ou perpetuam os problemas do cliente e a consideração/reflexão do cliente aumentaram significativamente, ao passo que os restantes parâmetros permaneceram relativamente estáveis, sugerindo que a evolução da persuasão ao longo da sessão não segue um padrão linear, mas parece depender do tipo de estratégia mobilizada pelo terapeuta.

Observaram-se diferenças significativas entre as quatro abordagens experienciais nos níveis de persuasão e co-construção de racionais terapêuticos: a PEH apresentou níveis consistentemente mais baixos em vários indicadores, a AEDP destacou-se na estimulação e expressividade emocional, bem como na expressão não-verbal, a TCP evidenciou maiores níveis de contacto visual e de atenção e interesse do cliente, enquanto a TFE apresentou níveis intermédios. Estes resultados sugerem que a persuasão terapêutica não se manifesta de forma uniforme entre abordagens, mas parece refletir o estilo e os princípios distintivos de cada uma.

Apesar das limitações descritas, este estudo contribui para o avanço da investigação sobre persuasão em psicoterapia e para uma compreensão mais integrada do seu papel em diferentes modelos de psicoterapia experiencial. Não obstante, é necessário dar continuidade à investigação neste campo promissor através de estudos com amostras mais amplas e múltiplos terapeutas por abordagem. Estudos que investiguem a perspectiva do cliente poderão igualmente complementar e corroborar os resultados do presente estudo.

Referências

- Afonseca, M. N. S. (2021). *The psychotherapist's persuasiveness in anxiety disorders: Scale development and relation to the working alliance* [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/8394>
- 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), 169–184. <https://doi.org/10.1037/int0000288>
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 314–322. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9182-1>
- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., Nalven, T. (2017). The influence of expectancy persuasion techniques on socially anxious analogue patients' treatment beliefs and therapeutic actions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(3), 187–205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.3.187>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., 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. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method* (Manual não publicado). Ohio University.
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2020). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659–675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>

- Anderson, T., Stone, S. J., Angus, L., & Weibel, D. T. (2022). Double trouble: Therapists with low facilitative interpersonal skills and without training have low in-session experiential processes. *Psychotherapy Research*, 32(1), 78–90. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1913293>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Beutler, L. E., Edwards, C., & Someah, K. (2018). Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1952–1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>
- Bono, J. E., & Ilies, R. (2006). Charisma, positive emotions and mood contagion. *The Leadership Quarterly*, 17(4), 317–334. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.04.008>
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: Its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733–742. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Vîslă, A. (2019). Promoting treatment credibility. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 495–521). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0014>
- Constantino, M. J., Vîslă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2019). Cultivating positive outcome expectations. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 461–494). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0013>
- Cooper, M. (2016). *Existential therapies* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Fosha, D. (2003). Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment. In M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology) (pp. 221–281). W. W. Norton & Company.
- Fosha, D., & Thoma, N. (2020). Metatherapeutic processing supports the emergence of

- flourishing in psychotherapy. *Psychotherapy*, 57(3), 323–339.
<https://doi.org/10.1037/pst0000289>
- Fosha, D., Thoma, N., & Yeung, D. (2019). Transforming emotional suffering into flourishing: Metatherapeutic processing of positive affect as a trans-theoretical vehicle for change. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(3–4), 563–593.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1642852>
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271–274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frank, J. D. (1978). *Psychotherapy and the human predicament: A psychosocial approach*. Schocken.
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293–302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Johns Hopkins University Press.
- Girard, J. M., Wright, A. G. C., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal problems across levels of the psychopathology hierarchy. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 53–69.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.014>
- Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 87–93. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3>
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (1997). Emotion in the creation of personal meaning. In M. J. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice* (pp. 157–173). John Wiley & Sons.
- Greenberg, L. S., Safran, J., & Rice, L. (1989). Experiential therapy: Its relation to cognitive therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 169–187). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9779-4_9
- Heide, F. J. (2013). “Easy to sense but hard to define”: Charismatic nonverbal communication and the psychotherapist. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 305–319.
<https://doi.org/10.1037/a0032481>

- Hlavek, E. H., & Feldwisch, R. P. (2022). Humanistic approaches to art therapy: Existentialism, person-centered, and Gestalt. In M. Rastogi, R. P. Feldwisch, M. Pate, & J. Scarce (Eds.), *Foundations of art therapy: Theory and applications* (pp. 235–257). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824308-4.00005-3>
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636–642. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199009\)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199009)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U)
- Iwakabe, S. (2018). Case studies in accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP): Reflections on the case of “Rosa”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 14(1), 58–68. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v14i1.2033>
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy*, 14(5), 657–671. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80058-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80058-6)
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <http://doi.org/10.2307/3090197>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lieberman, P. B., & Havens, L. L. (2002). Existential psychotherapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (Vol. 1, A–H, pp. 741–754). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B0-12-343010-0/00089-1>
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-016>
- Locher, C., Meier, S., & Gaab, J. (2019). Psychotherapy: A world of meanings. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00460>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Otterson, B. (2015). *Therapist charisma and its impact: A phenomenological study* (Publication No. 3735209) [Doctoral dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy:

- Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 871–884. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642–652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Sequeira, A. C. F. C. M. (2022). *A persuasão do psicoterapeuta: Relação com a aliança terapêutica e as competências interpessoais facilitadoras* [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/9068>
- 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*, 34(2), 133–144. <https://doi.org/10.1037/int0000324>
- Sousa, D. (2015). Existential psychotherapy the genetic-phenomenological approach: Beyond a dichotomy between relating and skills. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 69–77. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9283-y>
- Spinelli, E. (2006). Existential psychotherapy: An introductory overview. *Análise Psicológica*, 24(3), 311–321. <https://doi.org/10.14417/ap.170>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14469-000>
- Teixeira, J. A. C. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 24(3), 289–309. <https://doi.org/10.14417/ap.169>
- van Deurzen, E. (2012). *Existential counselling & psychotherapy in practice* (3rd ed.). SAGE Publications.

- Vaz, A. (2021). *Therapist's facilitative interpersonal skills and persuasiveness in psychotherapy* [Tese de doutoramento, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/8255>
- Vaz, A., & Sousa, D. (2024). Persuasiveness: An underappreciated characteristic of effective therapists. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 11(2), 177–192. <https://doi.org/10.1037/cns0000309>
- Vaz, A., Sousa, D., & Afonseca, M. (2023). *Treino em psicoterapia: Como usar a prática deliberada para melhorar resultados clínicos*. Pactor.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857–873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2017). What should we practice?: A contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 49–65). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch3>
- Wampold, B. E. (2018). The therapeutic value of the relationship for placebo effects and other healing practices. In L. Colloca (Ed.), *Neurobiology of the placebo effect part II* (Vol. 139, pp. 191–210). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2018.07.019>
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship — and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601–623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.

- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A., Kring, M., Chin, M. Y., Raines, C. R., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54(4), 321-338. <https://doi.org/10.1037/pst0000144>
- Zimmermann, C., & Haes, H. D. (2011). Building the working alliance in brief psychotherapies. In M. Rimondini (Ed.), *Communication in cognitive behavioral therapy* (pp. 53–69). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6807-4_3

Anexos

Anexo A – Revisão de Literatura

Revisão de Literatura

Investigação em Psicoterapia

Após ter sido alvo de estudos ao longo de várias décadas, atualmente a psicoterapia é considerada, de modo transversal, eficaz (de Jong & DeRubeis, 2018; Wampold, 2015). Desta forma, em média, pacientes em psicoterapia encontram-se significativamente melhores comparativamente com 80% dos pacientes que não recebem tratamento (Wampold & Imel, 2015). Esta superioridade dos efeitos da psicoterapia em relação à ausência de tratamento, e ainda, no que concerne à condição de placebo, tem sido demonstrada através de diversas meta-análises (Lambert, 2015). Ademais, a eficácia da psicoterapia é equivalente à do tratamento farmacológico para a maior parte dos problemas psicológicos, com a vantagem de que os seus efeitos são mais duradouros (Cuijpers et al., 2020; Lee et al., 2016), uma vez que possibilita a aquisição de novos mecanismos de *coping* (Barkham & Lambert, 2021). Sabe-se ainda que não há diferenças em termos de eficácia entre os principais modelos teóricos, isto é, as diferentes abordagens psicoterapêuticas são comprovadamente eficazes para um amplo número de perturbações (Wampold, Flückiger, et al., 2017).

A hipótese da existência de fatores comuns a todas as psicoterapias aos quais os seus resultados poderiam ser fundamentalmente atribuídos, foi popularizada por Jerome Frank nas diversas edições do seu livro *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (Frank & Frank, 1993). Esta hipótese já tinha sido anteriormente proposta por Rosenzweig em 1936 e corroborada por Luborsky e colaboradores na sua meta-análise de 1975 (Wampold, 2019). De acordo com Frank e Frank (1993), estão presentes aspetos curativos comuns em todas as psicoterapias, sendo que estas possuem o intuito de combater o estado de desmoralização em que os clientes se encontram inicialmente. Este estado caracteriza-se essencialmente por falta de esperança, isolamento, sensação de desamparo e incapacidade para lidar com os problemas. Assim, estes autores defendem a presença de quatro fatores comuns aos vários modelos de psicoterapia, nomeadamente: uma relação emocional de confiança com alguém que fornece ajuda; um *setting* cujas características favorecem a cura através da promoção da expectativa do cliente em ser ajudado e da segurança que proporcionam para este se expressar livremente; um mapa conceptual, mito ou racional que oferece uma explicação convincente para a sintomatologia do cliente e propõe uma forma de a solucionar; e, um ritual que psicoterapeuta e cliente acreditam ser benéfico

para a melhoria da sintomatologia deste último e que requer o envolvimento ativo de ambos (Frank & Frank, 1993).

Modelo Contextual

Baseando-se no trabalho de Jerome Frank acerca dos fatores comuns, Bruce Wampold e colaboradores desenvolveram o modelo contextual (Wampold, 2019; Wampold & Budge, 2012; Wampold & Imel, 2015). Este consiste num meta-modelo que evidencia os mecanismos e elementos subjacentes ao funcionamento de qualquer psicoterapia, elucidando de que forma os diversos modelos teóricos são eficazes (Wampold & Imel, 2015). De acordo com este modelo, a mudança psicoterapêutica, isto é, a redução da sintomatologia e aumento da qualidade de vida do cliente, pode ser atribuída a três vias centrais, designadamente: o relacionamento real entre cliente e psicoterapeuta (Gelso, 2011); a instilação de expectativas positivas por meio da co-construção de um racional plausível acerca da problemática do cliente, o qual promove a credibilidade de tarefas terapêuticas; e, a cooperação entre psicoterapeuta e cliente na promoção de objetivos e ações terapêuticas durante e entre sessões (Flückiger et al., 2018). Assim, o modelo contextual proporciona uma base para a compreensão da relação entre a capacidade persuasiva do psicoterapeuta, as expectativas do cliente e os resultados da psicoterapia (Vaz, 2021). A capacidade persuasiva do terapeuta diz respeito a um provável fator comum fundamental para a eficácia do processo terapêutico independentemente da orientação teórica (Frank & Frank, 1993).

O modelo contextual defende que as três vias descritas se encontram interligadas, dependendo umas das outras, e que, uma psicoterapia eficaz considera e põe em prática cada uma delas (Wampold & Imel, 2015). Contudo, as teorias tendem a considerar especialmente a primeira ou a terceira vias de mudança (o relacionamento real ou as tarefas e objetivos terapêuticos), enquanto vias com maior poder terapêutico, destacando a relevância de uma destas vias em detrimento das outras. São exemplos disto as abordagens psicodinâmicas e humanistas cujo foco geralmente se centra na primeira via e a abordagem cognitivo-comportamental que coloca a tónica na terceira via (Gelso, 2011). Apenas as escolas contemporâneas tornaram esta diferenciação menos evidente (Elliott & Greenberg, 2007). Assim, não obstante o facto das expectativas do cliente e de racionais terapêuticos convincentes (segunda via de mudança) poderem representar um contributo significativo no que concerne aos resultados da psicoterapia independentemente da abordagem, aparenta existir uma lacuna teórica e empírica na ênfase que é conferida a esta via (Wampold, 2018). Com efeito, as bases empíricas que sustentam esta via e que demonstram que as expectativas

de mudança do cliente podem representar uma das vias de mudança terapêutica mais relevantes, resultam principalmente da investigação sobre placebo e expectativa de resposta, e não especificamente sobre psicoterapia (Frank & Frank, 1993; Kirsch, 2005; Shapiro & Shapiro, 1997). De facto, externamente ao campo da psicoterapia, a eficácia dos placebos revelou-se significativamente superior quando a sua aplicação era acompanhada pela apresentação de um racional teórico convincente (Locher et al., 2017). Para além disso, placebos que tenham subjacente um racional teórico psicológico são eficazes caso sejam concedidos por um investigador empático, amigável e de confiança (Gaab et al., 2019). Apesar da investigação em psicoterapia reconhecer a influência que a esperança, as expectativas do cliente e a credibilidade da intervenção exercem sobre os resultados terapêuticos e o poder que o psicoterapeuta tem de influenciar as mesmas (Constantino, Vîslă, et al., 2019), existe pouca investigação acerca de que ações específicas do psicoterapeuta contribuem para esse efeito (Vaz, 2021). Presentemente, as ações associadas à promoção destes aspetos são a avaliação e adequação da psicoterapia às preferências e expectativas que o cliente possui antes de iniciar o processo terapêutico, influenciando-as antes e durante o mesmo, respetivamente, através da indução de papéis e da apresentação de racionais terapêuticos plausíveis (Constantino et al., 2012).

Todavia, o surgimento de uma nova linha de investigação em psicoterapia relacionada com as capacidades interpessoais facilitadoras do psicoterapeuta (*facilitative interpersonal skills*, FIS) (Anderson, Finkelstein & Horvath, 2020), permitiu alargar a compreensão acerca do potencial que as suas características e comportamentos verbais e não verbais têm de influenciar a segunda via de mudança, e consequentemente, os resultados da terapia (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). As FIS implicam que o terapeuta percecione, compreenda e transmita uma vasta panóplia de comunicações interpessoais, persuadindo o cliente a adotar ações com vista à resolução dos seus problemas e à renúncia de estratégias mal-adaptativas (Anderson & Patterson, 2013). Níveis elevados de FIS encontram-se positivamente correlacionados com psicoterapeutas eficazes (Anderson, Perlman, et al., 2020).

A capacidade de persuasão do psicoterapeuta corresponde à FIS mais fortemente associada com o aumento das expectativas do cliente e da credibilidade da intervenção percecionada por este, sendo que o trabalho de Anderson e colaboradores consiste no ponto nevrálgico da investigação desta capacidade (Vaz, 2021). De acordo com o modelo contextual, a eficácia do terapeuta prende-se, em parte, com a sua capacidade persuasiva ao co-construir racionais convincentes para os problemas que conduziram o cliente à terapia,

produzindo significados mais adaptativos para os mesmos e explicando de que forma é que as tarefas terapêuticas contribuirão para a sua recuperação (Wampold & Imel, 2015).

Fatores do Terapeuta

Deste modo, é possível afirmar que o terapeuta possui um papel determinante para os resultados da terapia, facto que justificou a necessidade de aprofundar o estudo das características individuais deste (Norcross & Lambert, 2019). Com efeito, sabe-se que a pessoa do terapeuta possui maior influência nos resultados da terapia do que o tipo de intervenção realizada (Miller et al., 2013). Ainda, em contraponto ao que se verifica relativamente à eficácia dos diferentes modelos teóricos, existe uma grande variabilidade de resultados entre psicoterapeutas, isto é, alguns profissionais têm resultados consistentemente melhores do que os seus colegas (Castonguay & Hill, 2017). Esta discrepância não se encontra relacionada com o modelo teórico de referência, anos de prática clínica (Wampold & Owen, 2021), sexo, idade, uso de intervenções manualizadas ou quantidade de supervisão do psicoterapeuta (Miller et al., 2013; Wampold, 2015). Ainda que a ideia de existirem melhores terapeutas do que outros pareça intuitiva, verificam-se obstáculos à investigação desta questão, entre os quais, o facto de fatores comuns como a empatia e a persuasão poderem ter um componente de traço (Anderson & Patterson, 2013). Os resultados de um estudo realizado por Afonseca e colaboradores (2023) sugeriram que a capacidade persuasiva do terapeuta corresponderia a uma característica inerente ao mesmo, o que vai ao encontro das conclusões de estudos anteriores que defendem esta hipótese em relação às capacidades interpessoais do psicoterapeuta (Anderson et al., 2016; Perlman et al., 2020). Também os resultados de um estudo de Sequeira (2022) parecem corroborar esta conclusão relativamente às FIS do psicoterapeuta.

Embora atualmente os fatores do terapeuta, isto é, a parcela da variância do resultado que é atribuível ao terapeuta (Barkham et al., 2017), sejam considerados um dos fatores mais importantes para explicar a eficácia da terapia, ao longo de várias décadas a investigação em torno da variável da pessoa do terapeuta foi negligenciada, tendo sido dada primazia à comparação entre abordagens teóricas para diversas perturbações (Garfield, 1997). No entanto, alguma investigação veio a demonstrar que a variância de resultados terapêuticos que é explicada por técnicas específicas de determinado modelo é da ordem de 1 por cento, ao passo que o peso atribuível aos fatores do terapeuta varia entre 5 a 9 por cento (Johns et al., 2019; Miller et al., 2013). Deste modo, verificou-se uma modificação nas tendências de investigação que perdura até aos dias de hoje: observa-se um interesse crescente pelo estudo

sistemático da pessoa do psicoterapeuta, incluindo as suas características e comportamentos no decorrer e após as sessões, e ainda, pelo estudo de psicoterapeutas considerados altamente eficazes (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Okiishi et al., 2003).

Entre as características do terapeuta que se encontram mais fortemente correlacionadas com os resultados da psicoterapia tem-se: as capacidades interpessoais facilitadoras do mesmo (nomeadamente, empatia, afeto, aceitação e compreensão, expressividade emocional, fluência verbal, capacidade de estabelecer e manter uma aliança terapêutica com vários tipos de clientes, capacidade de reparação de ruturas na aliança e capacidade de persuasão e de criação de expectativas positivas e esperança através da apresentação de um racional credível); prática deliberada; e, capacidade de se pôr em causa (Anderson & Patterson, 2013; Wampold, 2017; Wampold, Baldwin, et al., 2017). Ainda não se tem conhecimento de que características especificamente possuem maior influência nos resultados terapêuticos (Anderson et al., 2016). Adicionalmente, algumas características interpessoais do terapeuta, de que é exemplo a sua capacidade persuasiva, encontram-se sub-investigadas (Vaz, 2021; Vaz & Sousa, 2024). Esta é sobretudo alvo de teorias mas não de estudo empírico (Ametrano et al., 2017), sendo uma das FIS menos estudadas até à atualidade (Sequeira, 2022). Tal verifica-se não obstante ser considerada fundamental para o sucesso da terapia (Frank & Frank, 1993) e de ter vindo a ser empiricamente identificada como uma provável característica de psicoterapeutas eficazes (Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

Persuasão

Persuasão em Psicoterapia

A psicoterapia diz respeito a um processo de influência social, cujo sucesso depende da capacidade do psicoterapeuta influenciar o cliente (Frank & Frank, 1993). Psicoterapeutas eficazes costumam ser especialmente habilidosos a fazer uso da sua capacidade de influência social com vista a promover a aceitação por parte do cliente de racionais terapêuticos específicos para a sua problemática, favorecendo o seu envolvimento ativo na terapia e os resultados do tratamento (Wampold, 2012). Nos primeiros estudos efetuados acerca da capacidade persuasiva do psicoterapeuta, a sua definição dizia respeito à capacidade deste se expressar de modo socialmente influente. Nestes estudos, apesar dos avaliadores não possuírem informação precedente acerca dos psicoterapeutas, clientes ou resultados da terapia, as avaliações da capacidade persuasiva do terapeuta foram preditoras significativas

do alívio dos sintomas do cliente. E os efeitos desta capacidade revelaram-se independentes relativamente a outras características interpessoais do psicoterapeuta, como a sua cordialidade e empatia (Vaz & Sousa, 2024). Em 1961, Jerome Frank defendeu que a capacidade persuasiva do psicoterapeuta estava diretamente associada à eficácia clínica do mesmo (Vaz & Sousa, 2024), tendo, mais tarde, postulado que esta capacidade poderia constituir o elemento decisivo para o resultado terapêutico (Frank, 1986). Esta valorização da capacidade persuasiva do terapeuta foi posteriormente criticada por Abroms em 1968, que acreditava que os valores, crenças e expectativas que o cliente apresentava antes de iniciar a terapia eram significativos, pelo que teriam que ser tidos em consideração aquando do estudo desta variável. Este facto conduziu a uma tendência de investigação da influência social em psicoterapia e aconselhamento, a qual assinalou as décadas seguintes (Abroms, 1968).

Por sua vez, Strong (1968) sustenta que a confiabilidade, atratividade e *expertise* percebidas dos terapeutas constituem a base para o desenrolar do processo de influência que, por seu turno, favorece o processo e o resultado terapêuticos. Assim, a fim de melhorar os resultados dos clientes, originou-se uma onda de estudos a respeito dos fatores do cliente que influenciam as suas perceções acerca destas variáveis do terapeuta, tendo-se tornado um dos principais temas de investigação desde meados da década de 70 até ao início da década de 80 (Wampold & White, 1985). Não obstante, muitos dos resultados obtidos por estes estudos revelaram-se inconclusivos (Heppner & Claiborn, 1989) e a tentativa de estudar as variáveis do cliente anteriores ao tratamento (entre as quais, valores, crenças e expectativas) levou a que a investigação acerca das capacidades do psicoterapeuta dentro de sessão, possivelmente associadas a processos de influência social, fosse descurada (Constantino, Coyne, et al., 2019). De acordo com o trabalho efetuado por Beutler e colaboradores (2018), ainda se verifica atualmente na investigação, a necessidade de mensurar as capacidades ou comportamentos do psicoterapeuta que se associam a uma influência persuasiva eficaz.

Conforme Frank (1974), ao psicoterapeuta, enquanto “curandeiro”, cabe a apresentação de um racional terapêutico ou “mito” ao cliente, o qual fornece uma explicação adaptativa para a sua sintomatologia e emoções, indicando ainda ações terapêuticas ou “rituais” considerados benéficos por um e outro para a melhoria da condição do cliente, restabelecendo, deste modo, a sua saúde e bem-estar (Frank, 1974). Isto é, o psicoterapeuta irá induzir, através da persuasão, a transformação do *assumptive world* do cliente e a consequente adoção por parte deste do racional e tarefas terapêuticas sugeridas, mitigando o seu estado de desesperança. Assim, a persuasão ocorre com recurso a uma explicação

credível para aquilo que este está a experienciar e com o fomento de expectativas positivas em relação ao tratamento (Frank, 1987). De acordo com Frank (1986) este processo promove a esperança, excitação emocional e sentido de domínio do cliente. Sem o fornecimento de um racional terapêutico credível e específico para a problemática do cliente, as intervenções psicoterapêuticas perdem eficácia em termos da diminuição de sintomas (Yulish et al., 2017).

Características de Psicoterapeutas Persuasivos

No seu estudo de 1973, Packwood e Parker, procuraram determinar as capacidades fundamentais do psicoterapeuta persuasivo, tendo colocado a ênfase na confiança transmitida por este aquando da comunicação, isto é, a intensidade da sua convicção em relação ao que expressa verbalmente, bem como, à solicitação expressa da emoção e/ou racionalidade do cliente. Apesar disto, não foi dada continuidade à investigação desta temática, permanecendo a dificuldade de definição e medição do construto da capacidade persuasiva do psicoterapeuta (Packwood & Parker, 1973).

De acordo com Frank e Frank (1993) um psicoterapeuta persuasivo tem como características centrais a credibilidade (*ethos*), a capacidade de estimular o cliente emocionalmente (*pathos*) e a utilização de um argumento (*logos*). A credibilidade do psicoterapeuta encontra-se associada à investigação sobre influência social em relação à confiabilidade, atratividade e *expertise* percebidas do mesmo (Heppner & Claiborn, 1989). Os clientes tendem a confiar em melhores terapeutas, aceitando mais prontamente as suas explicações e colaborando com os mesmos para o atingimento dos objetivos terapêuticos (Wampold, 2007). Por sua vez, a capacidade de estimular o cliente emocionalmente favorece a capacidade persuasiva do psicoterapeuta, bem como, o quão comprometido o cliente está no processo. Por fim, o argumento diz respeito a tudo o que o terapeuta transmite verbalmente com o intuito de fazer com que o cliente adquira um novo significado ou cosmovisão mais adaptativos. Estas duas últimas características do psicoterapeuta ao longo da consulta são tidas como condição necessária para a transformação do cliente. Assim, psicoterapeutas persuasivos formam com o cliente uma conexão emocional que se traduz numa compreensão empática dos seus problemas e propicia a adoção de novos significados (Frank, 1987) e expectativas que promovem o sentido de domínio e agência do cliente (Vaz & Sousa, 2024). Ainda segundo estes investigadores, um psicoterapeuta persuasivo deve fornecer uma explicação lógica, clara e profunda para os aspetos que originaram ou mantêm os problemas do cliente, efetuando ligações entre os mesmos (Frank & Frank, 1993). Após esta conceção acerca das características de psicoterapeutas persuasivos ter sido introduzida por estes

autores, existiu pouco investimento no que concerne à definição, forma de mensurar e treino desta capacidade (Vaz & Sousa, 2024).

Apenas com o surgimento da investigação acerca das FIS, foi observada a renovação do interesse e do crédito atribuído pela ciência a esta capacidade. Deste modo, os autores das FIS definiram a capacidade persuasiva do terapeuta enquanto a sua competência para compelir o cliente a adotar uma perspetiva possivelmente distinta da sua. Compreende ainda a necessidade do terapeuta ser capaz de comunicar de forma organizada que entende claramente o significado da origem da angústia do cliente. E, por fim, a perspetiva ou racional comunicado precisa de introduzir alguma novidade relativamente à experiência do cliente e ser pertinente para a sua problemática, sendo que o terapeuta deve expor este sistema de crenças ou “mito verossímil” de forma convincente e capaz de captar a atenção e interesse do cliente (Anderson & Patterson, 2013). Para além do contributo proporcionado por esta definição, o método FIS consiste num sistema de classificação dos comportamentos observáveis do psicoterapeuta, que permite, entre outras, avaliar a sua capacidade persuasiva de muito elevada a muito baixa. Apesar deste sistema não ter sido capaz de determinar o efeito preditivo isolado da avaliação de persuasão, representou a tentativa pioneira de mensurar de forma sistemática e rigorosa esta capacidade na investigação em psicoterapia. Ademais, permite efetuar a relação entre a mesma e os resultados da terapia ou outros elementos terapêuticos, de que é exemplo a aliança terapêutica, definindo ainda critérios objetivos com base nos quais é possível o treino desta capacidade (Anderson, Perlman, et al., 2020).

De acordo com Anderson e Patterson (2013), psicoterapeutas persuasivos apresentam um racional teórico ao cliente. Por sua vez, segundo Vaz e Sousa (2024), a persuasão em psicoterapia engloba quaisquer atributos e capacidades verbais e não verbais do psicoterapeuta, reconhecidas empiricamente, que favorecem a credibilidade percebida da terapia e fomentam no cliente esperança e expectativas positivas em relação ao tratamento. Dentre essas capacidades destacam também o ato de co-construir racionais terapêuticos creíveis. Não obstante o estudo desta capacidade ser ainda insuficiente, esta recebe um apoio considerável.

Apesar da entrega de racionais terapêuticos ser a ação do terapeuta mais associada à persuasão (Frank & Frank, 1993; Vaz & Sousa, 2024), existem outras formas por meio das quais esta ocorre (Vaz, 2021). Com efeito, segundo Heide (2013), não são os elementos verbais, mas sim os comportamentos não verbais do terapeuta os principais responsáveis

pelos processos de influência social, credibilidade e carisma. No entanto, parece haver na literatura a tendência para atribuir mais relevância às componentes verbais da persuasão, como a entrega de racionais terapêuticos, face às não verbais (Heide, 2013). Para além disso, a literatura sugere que pode estar presente uma componente persuasiva em competências como a estimulação emocional, a validação e a empatia, visto que através das mesmas é possível modificar ou co-construir novos significados adaptativos para a vivência subjetiva do cliente. Deste modo, a capacidade de persuasão do psicoterapeuta resulta da articulação entre componentes verbais e não verbais (Vaz & Sousa, 2024).

Entre os comportamentos não verbais carismáticos de psicoterapeutas persuasivos encontram-se, a sua postura, o seu nível atencional, a capacidade de estabelecer maiores níveis de contacto visual e a sua fluência verbal (Vaz & Sousa, 2024). Considerando que o processo terapêutico decorre sobretudo através da comunicação verbal, a fluência verbal adquire especial relevância. Deste modo, psicoterapeutas eficazes, independentemente da sua corrente teórica, possuem a capacidade de se expressar de forma simples, concisa e adequada às características particulares do interlocutor (Vaz et al., 2023). A fluência verbal revela-se ainda essencial na co-construção de racionais terapêuticos credíveis, pelo que psicoterapeutas persuasivos, devem comunicar o racional terapêutico de forma confiante, clara, calma e convicta e este deve ser fácil de seguir pelo cliente (Wampold, 2017). Segundo algumas revisões de literatura, uma parcela relevante da influência persuasiva não verbal do terapeuta, pode ser aparentemente atribuída à sua expressividade emocional, a qual compreende a emoção que este é capaz de transmitir e modular por meio das suas expressões faciais, tom de voz, gestos e linguagem corporal (Heide, 2013; Otterson, 2015). Um tom de voz responsivo, afetivo e apelativo (Afonseca, 2021), revela uma presença emocional autêntica e carismática por parte do terapeuta. Psicoterapeutas que apresentam maior eficácia modelam a sua expressividade emocional de acordo com o estado do cliente (Vaz et al., 2023). Assim, apesar dos autores das FIS terem atribuído somente um item à persuasão do terapeuta, é possível apontar para outras capacidades interpessoais do terapeuta avaliadas por este sistema que estão relacionadas com a sua capacidade persuasiva, designadamente, a sua expressividade emocional, fluência verbal, afeto e empatia (Sequeira, 2022). Para além disso, ações do terapeuta como inclinar o tronco para a frente e manter contacto visual promovem o aumento da perceção de credibilidade da terapia (Dowell & Berman, 2013). O contacto visual com o cliente tem sido ainda proposto como um potenciador da persuasão e credibilidade do psicoterapeuta. Este deve ser constante ao longo da sessão, sendo particularmente importante

aquando da entrega do racional terapêutico e de momentos críticos ou de maior vulnerabilidade do cliente (Heide, 2013). De modo geral, foi constatado que exibir comportamentos não verbais carismáticos promove a excitação emocional e a influência social mediante o “contágio emocional” (Bono & Ilies, 2006), reforçando possivelmente a plausibilidade percebida de alguns racionais (Vaz & Sousa, 2024). Contrariamente, terapeutas pouco carismáticos tendem a estimular estes dois aspetos em menor grau, assim como, o envolvimento e a atenção do cliente, visto tenderem a apresentar um tom de voz monocórdico, postura rígida, falta de expressividade facial e gestual e menor fluência verbal e nível de contacto visual (Vaz & Sousa, 2024).

Para além dos comportamentos verbais e não verbais expressivos que facilitam a capacidade persuasiva do psicoterapeuta, revela-se também importante o estabelecimento, por parte deste, de pré-condições para a co-construção do racional terapêutico, nomeadamente, através da exploração das expectativas e crenças preexistentes do cliente e da estimulação das suas emoções (Afonseca et al., 2023). Despertar as emoções do cliente é sugerido como um meio de promover a sua aceitação do racional terapêutico e a credibilidade do psicoterapeuta na qualidade de prestador de auxílio (Frank, 1987). Relativamente às expectativas e crenças que os clientes apresentam antes de iniciar a terapia, é provável que psicoterapeutas mais persuasivos apresentem maior capacidade de as avaliar com exatidão e ajustar os racionais terapêuticos consoante as mesmas, adaptando-se responsivamente (Benish et al., 2011; Constantino, Coyne, et al., 2019; Constantino, Vîslă, et al., 2019; Frank & Frank, 1993; Vaz, 2021; Wampold, 2012). Para além disso, possuem capacidade de monitorizar a aceitação dos mesmos, bem como, do tratamento, modificando a apresentação dos primeiros em caso de necessidade (Wampold, 2007). Os racionais teóricos elaborados, apesar de diferentes, não devem ser conflitantes nem muito distantes da psicologia do senso comum ou sistema de crenças do cliente (Wampold, 2012). Assim, conforme Frank e Frank (1993), os comportamentos verbais e não verbais do psicoterapeuta aquando da comunicação do racional terapêutico e validação dos problemas do cliente, estimulando as suas emoções, apresentam-se como peças de suma importância para a capacidade persuasiva do terapeuta (Afonseca et al., 2023; Vaz & Sousa, 2024).

Apresentação do Racional Terapêutico

Como referido anteriormente, no início da terapia, os clientes exibem diferentes crenças e expectativas em relação ao processo terapêutico, assim como, explicações diversas para os seus problemas, sendo que o sucesso da intervenção está parcialmente dependente da

capacidade que o psicoterapeuta possui para modificar os significados e expectativas do cliente para outros mais vantajosos (Locher et al., 2019; Wampold, 2012). Os indivíduos apresentam a necessidade de atribuir significado ao seu meio envolvente, bem como, à sua vivência interna (Locher et al., 2019; Wampold, 2012), pelo que esperam obter uma explicação para os seus problemas através da psicoterapia (Wampold, 2007). A “desmoralização” inicial, caracteriza-se por uma sensação de imprevisibilidade ou ininteligibilidade excessivas do mundo exterior ou daquilo que é experienciado. De acordo com Pascual-Leone e Greenberg (2007), este estado corresponde a um estado de angústia, em que os significados do cliente foram pouco ou nada elaborados e a sua queixa específica é frequentemente muito geral e pouco definida. Muitas vezes os clientes referem objetivamente que não entendem o motivo de se sentirem tão angustiados. Deste modo, a terapia vem promover a ordem através do processo de ressignificação da experiência do cliente. A apresentação de raciais teóricos credíveis facilita este processo visto que ao conferirem nome às emoções, aumentando a sua compreensibilidade, contribuem para diminuir a angústia do cliente (Frank, 1961). A persuasão psicoterapêutica implica a entrega ou co-construção de um racional referente aos problemas do cliente e como lidar com eles (Vaz & Sousa, 2024), facultando, deste modo, novos mecanismos adaptativos que fomentem a sua saúde psicológica (Wampold, 2015). O racional apresentado pelo terapeuta deve clarificar de forma plausível a experiência e os sintomas do cliente. Por sua vez, a definição de ações terapêuticas tem como intuito fazê-lo sentir-se melhor, sair do estado de desesperança e adquirir expectativas positivas em relação à terapia (Frank, 1974).

Apesar da relevância de apresentar raciais terapêuticos ser cada vez mais difundida nas diversas abordagens terapêuticas, a importante questão do quão convincentes são parece receber menos atenção (Vaz & Sousa, 2024). Contudo, o simples ato de entregar o racional terapêutico tende a revelar-se insuficiente visto que, se os clientes não acreditarem no mesmo terão menor probabilidade de tirar proveito da terapia (Swift & Greenberg, 2015). A crença do cliente no potencial de cura do relacionamento ou da intervenção – e do racional subjacente à mesma – parece contribuir para uma parcela dos seus efeitos terapêuticos (Vaz & Sousa, 2024). Assim, de forma a fomentar as expectativas do cliente, ao apresentar o racional teórico, é necessário comunicar de forma convincente de modo a persuadir clientes que se encontrem resistentes ao processo terapêutico de que o mesmo os irá favorecer (Constantino et al., 2018). Este racional poderá ser fornecido de modo indireto pelo que as capacidades empáticas do psicoterapeuta assumem especial relevância para o fortalecimento da sua

capacidade persuasiva (Locher et al., 2019). Ou seja, a persuasão dá-se através de outros meios para além da entrega de racionais didáticos ou psicoeducativos. Por exemplo, a utilização da validação, isto é, expressar claramente que a experiência do cliente é compreensível, comunicação que muitas vezes contrasta com os significados promotores de desmoralização do cliente, pode apresentar efeitos persuasivos (Linehan, 1997) na medida em que fornece uma explicação adaptativa para a angústia do cliente, contribuindo para a sua redução e para fortalecer o envolvimento deste no processo terapêutico (Vaz & Sousa, 2024).

O envolvimento do cliente na terapia será tanto maior quanto maior o nível em que foi persuadido (Locher et al., 2019). O modo como o racional é comunicado pode igualmente agir sobre as expectativas do cliente relativamente ao êxito da psicoterapia. Neste sentido, revela-se importante que o racional seja suficientemente claro e detalhado, mas não excessivamente exaustivo (Horvath, 1990; Kazdin & Krouse, 1983). É ainda importante o terapeuta referir que consiste num tratamento atual, que apresenta suporte empírico, e usar termos técnicos e casos clínicos para o retratar, enfatizando, desta forma, a sua credibilidade. Estes aspetos parecem contribuir para o aumento das expectativas, autoeficácia (Ahmed & Westra, 2009; Ametrano et al., 2017; Kazdin & Krouse, 1983) e envolvimento colaborativo (Kirsch, 2019) do cliente nas ações terapêuticas. Racionais focados nas queixas do cliente (Yulish et al., 2017), que se encontram de acordo com as suas crenças (Wampold, 2012) e cultura (Benish et al., 2011), e são complementados por comportamentos não verbais carismáticos, são considerados emocionalmente estimulantes e persuasivos (Heide, 2013; Otterson, 2015). No que concerne ao fornecimento de racionais individualizados e customizados especificamente para determinado cliente, o seu grau de persuasão pode ser potencializado se forem tidas em conta as teorias de atribuição ou sistema de crenças e psicologia do senso comum do cliente, relativamente às origens e possíveis formas de resolução dos seus problemas (Benish et al., 2011; Wampold, 2018). A força persuasiva e credibilidade percebidas dos racionais terapêuticos podem ser influenciadas por variáveis do cliente como as suas crenças culturais (Davis et al., 2018), o quão preparado este se encontra para a mudança e o seu nível de reatância (aspeto associado à sensibilidade em relação à influência social ou persuasão) (Beutler et al., 2018). Por fim, é preferível que os racionais não prometam uma grande alteração inicial. Na verdade, o objetivo dos mesmos deverá passar por transmitir confiança de que se irá verificar um certo grau de mudanças no sentido pretendido. Desta forma, os clientes poderão interpretar pequenas variações na sua sintomatologia como indicadores de progresso. Este fenómeno é indicativo da eficácia da

psicoterapia na medida em que fornece um feedback ao cliente através da sua própria experiência, o qual é passível de promover mudanças futuras ainda mais significativas (Kirsch, 2019).

A persuasão diz respeito a um processo contínuo, pelo que a co-construção do racional terapêutico não se deve cingir apenas ao início do processo terapêutico, mas sim realizar-se durante o período em que o mesmo decorre (Vaz & Sousa, 2024). Para além disso, de acordo com um estudo de Sequeira (2022), o psicoterapeuta faz maior uso da sua capacidade persuasiva no meio e final das sessões, relativamente ao começo das mesmas. Estes resultados estão de acordo com a noção defendida por Zimmermann e Haes (2011) de que é nestes momentos que o terapeuta se revela mais interventivo, uma vez que correspondem ao período em que este apresenta o racional e propõe as tarefas terapêuticas. Cada cliente pode responder de forma diferente à apresentação do racional terapêutico no que concerne ao seu envolvimento nas tarefas da terapia (Ahmed & Westra, 2009). A aceitação por parte do cliente do racional terapêutico e a adequação do mesmo à sua problemática parecem ser mais relevantes do que a entrega do mesmo por si só (Benish et al., 2011) e a sua sustentação científica (Wampold & Imel, 2015).

Segundo Wampold (2007), a aceitação do racional pelo cliente está dependente do quão próximo este se encontra dos valores e atitudes do cliente e do seu contexto sociocultural. Já de acordo com Frank (1987), a aceitação de um racional terapêutico convincente por parte do cliente encontra-se dependente da relação terapêutica, cuja formação e reparação de ruturas na mesma, são, por sua vez, facilitadas pela apresentação do mesmo (Safran et al., 2011). Os racionais terapêuticos promovem o acordo e a convicção sobre as ações e os objetivos da terapia, melhorando simultaneamente o vínculo entre psicoterapeuta e cliente por meio da geração de expectativas positivas e do fornecimento de segurança (Safran & Segal, 1990). O valor persuasivo de um ritual reside no quão intrigante e credível é, sendo que é provável que se torne mais confiável quanto mais associado aos objetivos terapêuticos estiver (Fish, 1973, cit. por Vaz & Sousa, 2024). No que concerne a ruturas na aliança terapêutica, uma das formas mais simples de abordá-las consiste em redesenhar ou repetir o racional que está por detrás da intervenção, clarificando possíveis mal-entendidos (Safran & Muran, 2000, cit. por Vaz & Sousa, 2024). Para além disso, outros componentes como, comportamentos carismáticos, levantamento de crenças e validação dos problemas do cliente, que constituem também parte integrante da capacidade persuasiva do terapeuta, contribuem igualmente para a formação da aliança terapêutica (Zimmermann &

Haes, 2011). Assim, a capacidade persuasiva do psicoterapeuta parece ter influência sobre a aliança terapêutica (Sequeira, 2022).

A importância da entrega de racionais terapêuticos para os resultados da terapia tem sido sustentada pela investigação. Na meta-análise de Yulish e colaboradores (2017) acerca do tratamento para a ansiedade, as expectativas desenvolvidas a partir dos racionais subjacentes à terapia tiveram um maior efeito preditivo dos resultados do tratamento comparativamente com técnicas específicas da abordagem. Num estudo de Fennell e Teasdale (1987), clientes que aderiram a um racional terapêutico e aos “trabalhos de casa” tiraram mais partido da terapia cognitiva breve comparativamente com indivíduos que não apresentaram uma resposta favorável aos mesmos. Analogamente, nos estudos de Ahmed e Westra (2009) e Ametrano e colaboradores (2017), a entrega de um racional terapêutico para a terapia cognitivo-comportamental revelou uma associação com o incremento das expectativas de mudança de ansiedade dos indivíduos e da sua perceção de utilidade e confiança para realizar as técnicas de exposição. Deste modo, estudos como estes reforçam a contribuição dos racionais terapêuticos para os resultados dos clientes em terapia. Esta contribuição dá-se mediante a criação de expectativas positivas em relação a ações terapêuticas e mediante a estimulação de autoeficácia para a realização das mesmas. Assim, os racionais dão corpo às intervenções psicológicas (Vaz & Sousa, 2024) e a sua apresentação na fase inicial da terapia pode representar um fator transdiagnóstico que fornece a base conceptual para o posterior desenrolar do processo terapêutico (Ametrano et al., 2017).

Não obstante a sua notória relevância, a comunicação do racional terapêutico permanece uma das competências do psicoterapeuta menos estudadas, sendo que a única medida existente para avaliar esta competência é a Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (Therapist's Persuasiveness Rating Scale, TPRS) de Afonseca e colaboradores (2023), a qual avalia a capacidade persuasiva do psicoterapeuta. De facto, esta consiste no primeiro e único instrumento validado que possui uma subescala destinada a avaliar a comunicação de racionais terapêuticos em sessão.

Uma questão mais controversa prende-se com a compreensão do facto da veracidade ou rigor científico dos racionais terapêuticos ser ou não relevante para o resultado da terapia. Vários investigadores defenderam a perspetiva de que a veracidade dos mesmos não é condição essencial para uma terapia bem-sucedida (Frank & Frank, 1993; Locher et al., 2019). Caso a validade científica das teorias psicoterapêuticas se relacionasse com os resultados terapêuticos, seria de esperar que as várias abordagens e técnicas produzissem

efeitos com maior discrepância entre si (Wampold & Imel, 2015). De acordo com Rosenzweig (1936), a fidedignidade total da teoria na qual a terapia se baseia, não corresponde a uma necessidade para o sucesso da mesma (Vaz & Sousa, 2024). Assim, contanto que o cliente aceite o racional terapêutico e este o conduza a novos significados, ações e emoções adaptativas, este apresenta-se eficaz na criação de expectativas positivas (Frank & Frank, 1993; Wampold, 2012).

De acordo com Vaz e Sousa (2024), uma psicoterapia eficaz requer dois tipos de racionais terapêuticos convincentes, nomeadamente: um que reformule e valide a experiência interna e os problemas do cliente, explicitando as suas possíveis causas e transmitindo que a sua angústia é compreensível e natural; e um outro que auxilie a criação de expectativas positivas relativamente à possibilidade de mudança por meio do comprometimento com as tarefas terapêuticas, transmitindo que a sua angústia é superável. Este segundo tipo de racional é frequentemente acompanhado pela definição de ações específicas a realizar com vista à superação dos problemas. Estes dois tipos de racionais terapêuticos conduzirão tanto mais a expectativas positivas em relação à terapia e ao empenho na realização das ações terapêuticas, quanto mais forte for a crença do cliente nos mesmos. A explicação inicial dada pelo cliente não lhe permite o alívio da sua angústia, contribuindo frequentemente para a criação dos seus problemas (Wampold, 2007), no entanto, a obtenção de uma nova explicação adaptativa por meio da psicoterapia favorece a expectativa de que os seus problemas são passíveis de resolução caso siga o plano terapêutico. Assim, é fundamental explorar previamente a psicologia do senso comum do cliente para que esta possa ser posteriormente transformada numa mais adaptativa (Wampold, 2018).

Existem, no entanto, situações nas quais a apresentação explícita ou exagerada de racionais terapêuticos é desaconselhada, nomeadamente: quando os clientes necessitam eles próprios de examinar os seus sentimentos face aos acontecimentos, sem que lhes seja comunicado o que é expectável ou normativo; nos momentos em que os clientes precisam de procurar informação e efetuar o trabalho investigativo por si, em vez de permitirem que este seja desempenhado por terceiros; e, quando os clientes apresentam a necessidade de ser estimulados a refletir acerca do motivo para ainda não disporem do conhecimento que pretendem ou para delegarem nos outros o ato de lhes conceder informação (Hill, 2014). Isto significa que os racionais terapêuticos não devem constituir um obstáculo à exploração de si e à iniciativa do cliente ao longo da terapia. De facto, verifica-se o risco de converter os racionais, cujo fornecimento possuía uma intenção terapêutica, em intervenções indesejadas

que se limitam a fomentar a dependência e desmoralização do cliente. Não obstante, partindo do princípio que estes aspetos são tidos em atenção, parece inequívoco que a co-construção adequada de racionais terapêuticos pertinentes deverá estar incluída numa psicoterapia eficaz. Do mesmo modo, é evidente que o poder dos racionais terapêuticos reside não só no seu conteúdo, como também na forma e no momento em que estes são apresentados (Vaz & Sousa, 2024).

Criação de Expectativas Positivas

Racionais terapêuticos persuasivos tendem a instigar expectativas otimistas, embora realistas, relativamente à mudança que se poderá operar por meio do processo terapêutico (Constantino et al., 2012). As expectativas e a crença do cliente face à psicoterapia e ao psicoterapeuta estão entre os fatores principais que exercem influência e são preditores dos resultados terapêuticos (Constantino et al., 2018; Constantino, Coyne, et al., 2019; Constantino, Víslã, et al., 2019; Lambert, 2015). De acordo com Kirsch (2019), a criação consciente e subconsciente das expectativas de resposta do cliente diz respeito a um aspeto frequentemente descurado, que é decisivo para o êxito da terapia. Os processos empiricamente suportados que se encontram na base da formação das mesmas são: o estabelecimento de pré-condições para a instalação do processo de influência terapêutica; a co-construção de racionais terapêuticos individualizados; e, a manifestação consistente de comportamentos não verbais carismáticos por parte do psicoterapeuta (Vaz & Sousa, 2024).

As capacidades interpessoais indispensáveis para induzir a esperança incluem ser capaz de promover o sentido de agência do cliente e de delinear o processo que o conduzirá a alcançar as expectativas e objetivos pretendidos. A esperança e as expectativas positivas encontram-se relacionadas com a cooperação e persuasão na medida em que a sua criação assenta frequentemente na transmissão de simpatia e entusiasmo e no fornecimento de um racional terapêutico (Anderson & Patterson, 2013). Psicoterapeutas de eficácia superior possuem a capacidade de se inteirar acerca das expectativas prévias do cliente e proporcionar um sentimento de esperança relativamente às potenciais vantagens da terapia (Constantino et al., 2012).

A ideia de que as expectativas do cliente e a credibilidade da intervenção percecionada por este são da responsabilidade do psicoterapeuta é antiga, tendo em conta que este tem o poder de as co-criar através da utilização competente da sua capacidade de influência persuasiva (Heppner & Claiborn, 1989; Strong, 1968). Isto significa que os

psicoterapeutas exercem um domínio ativo na criação destes aspetos durante o processo terapêutico (Vaz & Sousa, 2024). Assim, é genericamente aceite que a atuação do psicoterapeuta é passível de promover as expectativas do cliente de um modo que apresente um impacto crítico no seu comprometimento com o processo e nos resultados da psicoterapia (Constantino, Coyne, et al., 2019; Constantino, Víslá, et al., 2019; Kirsch, 2005; Wampold, 2018).

Psicoterapias Experienciais

As terapias experienciais emergiram nos anos 40 e dizem respeito a uma vasta gama de abordagens terapêuticas fenomenológicas e humanistas, cujo desenvolvimento posterior visou apresentar alternativas às abordagens psicanalíticas e comportamentais. Os autores mais influentes no campo das psicoterapias experienciais são Carl Rogers, pai da terapia centrada no cliente, e Fritz Perls, fundador da terapia da gestalt. Eugene Gendlin, Viktor Frankl, Sidney Jourard, Ronald Laing, Alvin Mahrer e Carl Whitaker são outros nomes proeminentes (Greenberg et al., 1989).

As percepções, sensações corporais e sentimentos que o cliente experiencia no presente encontram-se no cerne das terapias experienciais, bem como a construção de uma relação de aceitação entre terapeuta e cliente. A terapia visa capacitar o cliente para agir e tomar as suas próprias decisões através da descoberta e exploração das suas vivências, sendo este percecionado como o único detentor do poder de escolha face à sua experiência. Não obstante, nestas terapias, o terapeuta possui um papel ativo que se traduz pelo emprego de técnicas especiais com vista a promover um aumento de consciência, a experiência, bem como, a expressão de conteúdos com elevada carga emocional. E ainda, por uma postura experimental ou reflexiva, guiando o foco atencional do cliente e suscitando novas experiências por meio de sugestões. Deste modo, a tomada de consciência e integração de partes da experiência conflituais ou rejeitadas são aspetos fundamentais nas terapias experienciais. Por outro lado, o terapeuta não se considera um especialista no que se refere à experiência do cliente, evitando interpretações em relação aos motivos deste para a sua experiência e o aconselhamento acerca de como resolver problemas. O princípio central subjacente a estas terapias consiste em trabalhar momento a momento a construção da realidade do indivíduo através da consciência e experiência atuais. A expansão da consciência face à realidade externa e interna diz respeito a um processo fulcral na terapia experiencial, que dota o indivíduo de novas informações e modos de processamento das mesmas que por sua vez contribuem para que seja capaz de melhor se orientar no mundo e de

efetuar ações e escolhas construtivamente (Greenberg et al., 1989). Neste estudo foram incluídas quatro abordagens terapêuticas experienciais, nomeadamente: a Terapia Focada nas Emoções (TFE), a Psicoterapia Existencial Humanista (PEH), a Terapia Centrada na Pessoa (TCP) e a Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada (AEDP).

Na TFE, desenvolvida por Greenberg e colaboradores, a emoção é considerada essencial na construção do eu e determinante da auto-organização. Os indivíduos não só experienciam emoções como se encontram num processo contínuo de atribuir sentido à sua experiência emocional. O processamento emocional bem-sucedido pressupõe a integração da emoção e da razão (Greenberg, 2015). Nesta abordagem, a condução da intervenção é determinada com recurso à diferenciação prévia entre diversos tipos de emoções, nomeadamente, emoções primárias ou secundárias e emoções adaptativas ou mal-adaptativas. Para além disso, os terapeutas são percecionados como “treinadores da emoção” que auxiliam os clientes a aprimorar o *coping* focado nas emoções através do processo de consciencialização, aceitação e atribuição de sentido à sua experiência emocional. A aceitação da experiência emocional é facilitada através de uma relação pautada por empatia, segurança e validação interpessoal. Os objetivos do tratamento prendem-se com quatro princípios empiricamente suportados: consciência, regulação, transformação e reflexão sobre a emoção (Greenberg, 2006).

O desenvolvimento da abordagem terapêutica existencial não é atribuído a um único autor, sendo baseada no trabalho de vários filósofos (De Sousa, 2016). Esta tem como objetivos centrais fomentar a autenticidade e ampliar a liberdade dos clientes, ou seja, promover o desenvolvimento da sua capacidade de escolha considerando os limites da existência (Lieberman & Havens, 2002). O seu objeto de interesse prende-se com a experiência atual consciente do cliente e os conflitos que dela advêm. Segundo esta abordagem, tais conflitos emergem dos dados ontológicos da existência (e.g., temporalidade, sentido/falta de sentido, etc.) e em que medida os indivíduos reagem aos mesmos no sentido de reduzir ou negar a ansiedade existencial que causam, por meio da estruturação e adesão à sua visão de mundo. Um dos seus princípios fundamentais é que a tentativa de atribuir sentido às vivências é inerente à existência humana, ainda que este possa ser desadequado ou limitado. Caso exista um objetivo último do modelo existencial, este consiste em promover o confronto e reavaliação por parte do indivíduo do seu entendimento da vida, problemas e limites relativamente às possibilidades de ser-no-mundo. Para tal, são analisadas as suas crenças, valores e atitudes quanto às dimensões física, social, pessoal e espiritual,

aumentando a tendência deste para simbolizar os seus sintomas como expressões ou respostas defensivas a alguma destas dimensões (Spinelli, 2006).

A TCP, fundamentada nos princípios da abordagem humanista, foi desenvolvida por Carl Rogers, que acreditava que o ser humano possui uma tendência de auto-atualização que o conduz a mudar, desenvolver-se, crescer e realizar o seu potencial (Rogers, 1957). Nesta, o terapeuta assume um papel de facilitador, auxiliando o cliente a descobrir as suas próprias capacidades para solucionar problemas e confiando na sua capacidade para conduzir o processo terapêutico e encontrar a sua direção (De Sousa, 2023). Não cabe ao terapeuta identificar o que está errado, dar conselhos ou providenciar soluções, já que o cliente possui em si estas competências (Rogers, 1957), sendo visto como especialista no que concerne à sua experiência (Hlavek & Feldwisch, 2022). O foco da TCP prende-se com a experiência subjetiva do cliente e o seu autoconceito, o qual é dinâmico e está ligado a significados subjetivos em mudança. Um autoconceito discrepante da experiência real gera incongruência (estado de confusão e tensão interior, semelhante ao conceito de desmoralização introduzido por Frank, 1986). A partir da incongruência inicia-se o processo de mudança e desenvolvimento da personalidade, ou, caso a discrepância seja de grande dimensão, a incongruência pode ser distorcida (e.g., negada, enviesada e não completamente representada na experiência). A TCP visa alcançar a congruência, permitindo que os clientes compreendam e integrem a sua experiência no autoconceito. A transformação de significado diz respeito a uma revisão dos clientes do seu autoconceito de modo a conseguirem atingir congruência relativamente à sua experiência. Nesta abordagem, terapeuta e cliente colaboram na construção de uma narrativa conjunta, tendo em conta que o terapeuta, ao compreender de forma empática a experiência interna do cliente, é capaz de, cautelosamente, atribuir-lhe significados dos quais o cliente está pouco consciente (Rogers, 1957).

A AEDP, desenvolvida por Diana Fosha, trata-se de uma abordagem integrativa que compreende trabalho relacional e experiencial e tem como objetivos a redução do sofrimento, a melhoria do funcionamento e o florescimento positivo (Fosha e Thoma, 2020). Foca-se em processos psicopatológicos fundamentais que se pensa estarem na origem de problemáticas como a ansiedade, depressão e comportamentos mal-adaptativos diversos (Sauer-Zavala et al., 2017). De acordo com este modelo, a psicopatologia advém da solidão experienciada involuntariamente e de forma indesejada pelo indivíduo, face a emoções cujo processamento e regulação deixam de ser possíveis pela sua intensidade, carecendo de defesas de modo a evitar a experiencição dessas emoções. Neste contexto, defesas rígidas para conter emoções

avassaladoras, em virtude da inexistência de regulação afetiva adequada proporcionada pelas figuras significativas primárias, resultam em sintomas. Deste modo, a ansiedade, depressão e dificuldades relacionais revelam dificuldades recorrentes na vinculação, processamento e regulação emocionais e derivam de um padrão de evitamento emocional. Através do trabalho relacional realizado em sessão pretende-se ultrapassar as defesas, gerar segurança emocional e melhorar a capacidade de relacionamento interpessoal. Esta abordagem procura ainda auxiliar os clientes a alcançar uma vida com maior sentido pessoal através do cultivo dos seus valores (Fosha & Thoma, 2020). A AEDP tem como pressupostos relevantes a cura desde o momento inicial, a regulação emocional diádica e, desfazer a solidão (Girard et al., 2017). Os terapeutas deste modelo procuram e reconhecem verbalmente as características saudáveis do funcionamento dos clientes com o intuito de mobilizar o seu potencial interno de cura desde a primeira sessão (Fosha, 2018).

Racionais Terapêuticos em Psicoterapias Experienciais

O êxito da psicoterapia depende em grande medida do modo como o cliente acredita no racional da terapia, bem como, do seu comprometimento com os objetivos e ações terapêuticas (Wampold, 2015), pelo que o psicoterapeuta deve vê-lo enquanto um elemento ativo com as suas próprias ferramentas (Bohart & Tallman, 2010). Assim, qualquer psicoterapia estruturada, que seja conduzida por um psicoterapeuta empático, possua um racional credível para a problemática do cliente no qual tanto este como o psicoterapeuta crêem, e promova a participação nas tarefas apontadas como terapêuticas, apresentará resultados semelhantes, sendo a abordagem teórica e as intervenções específicas pouco significativas para os resultados (Wampold & Imel, 2015).

De acordo com Frank (1974) todos os terapeutas entregam racionais terapêuticos esclarecedores e adaptativos dos problemas dos clientes, explicando de que forma é que a psicoterapia pode ser uma mais valia para a sua resolução, estimulando o sentido de eficácia pessoal, clareza e esperança. No entanto, Frank (1978) defendeu que as diferentes abordagens terapêuticas apresentam diferenças no modo como procuram influenciar os posicionamentos e ações do cliente. Deste modo, boa parte da transmissão de mensagens persuasivas discretas e da produção de significado podem ser possivelmente atribuídas a competências do terapeuta não-diretivas ou fundamentadas na empatia (Locher et al., 2019).

Segundo Locher e colaboradores (2019), os clínicos, independentemente da sua abordagem teórica, estão incumbidos de co-construir uma explicação que os satisfaça a si e

ao cliente, e que leve este último a modificar significados e pressupostos relevantes. No entanto, existem diferenças no que concerne à apresentação de racionais terapêuticos por parte do terapeuta em diferentes modelos teóricos. Este fenómeno foi empiricamente corroborado pela primeira vez no estudo de Vaz (2021), tendo sido até então somente teorizado (Safran & Segal, 1990). Na verdade, a literatura sugere que a entrega de racionais terapêuticos é uma prática especialmente comum nas psicoterapias de orientação cognitivo-comportamental, isto é, os psicoterapeutas desta abordagem tendem a fornecer mais racionais terapêuticos comparativamente com os de outras vertentes (Vaz & Sousa, 2024). No que diz respeito às psicoterapias experienciais, não existe até à data investigação referente à co-construção de racionais terapêuticos. Sabe-se no entanto que ao invés do que se verifica nas psicoterapias cognitivo-comportamentais, as psicoterapias experienciais não se encontram dependentes de “trabalhos de casa” propostos ou construídos com instruções particulares acerca de quando, como e o que fazer com vista a pôr em prática um novo modo de agir (Iwakabe, 2018).

Objetivos

A literatura existente defende a relevância da co-construção de racionais terapêuticos para o sucesso da terapia, no entanto permanece uma das competências do psicoterapeuta menos investigadas (Afonseca et al., 2023). Ademais, conforme foi verificado, não existe na literatura referência explícita ao modo como racionais terapêuticos são ou não apresentados ou co-construídos em psicoterapias experienciais. Tal verifica-se apesar da importância que os mesmos apresentam para a capacidade persuasiva do terapeuta (Vaz & Sousa, 2024) e para os resultados da psicoterapia (Wampold, 2015). Assim, o presente estudo tem como objetivo, avaliar os níveis de persuasão e de co-construção de racionais terapêuticos ao longo das sessões em psicoterapias experienciais, comparando quatro abordagens distintas. Desta forma, propõem-se as seguintes hipóteses de investigação exploratórias: 1) os psicoterapeutas das quatro abordagens terapêuticas experienciais co-constroem racionais terapêuticos para os problemas trazidos pelos clientes; 2) os níveis de persuasão dos psicoterapeutas, incluindo a co-construção de racionais terapêuticos, são mais elevados no meio e no fim das sessões comparativamente com o início; 3) há diferenças nos níveis de persuasão e co-construção de racionais terapêuticos entre as quatro abordagens terapêuticas experienciais.

Referências

- Abroms, G. M. (1968). Persuasion in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 124(9), 1212–1219. <https://doi.org/10.1176/ajp.124.9.1212>
- Afonseca, M. N. S. (2021). *The psychotherapist's persuasiveness in anxiety disorders: Scale development and relation to the working alliance* [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/8394>
- 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), 169–184. <https://doi.org/10.1037/int0000288>
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 314–322. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9182-1>
- Ametrano, R. M., Constantino, M. J., Nalven, T. (2017). The influence of expectancy persuasion techniques on socially anxious analogue patients' treatment beliefs and therapeutic actions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(3), 187–205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.3.187>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., 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. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method* (Manual não publicado). Ohio University.
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2020). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659–675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological

- therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 135–189). John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Beutler, L. E., Edwards, C., & Someah, K. (2018). Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1952–1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83–111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Bono, J. E., & Ilies, R. (2006). Charisma, positive emotions and mood contagion. *The Leadership Quarterly*, 17(4), 317–334. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.04.008>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557–569. <https://doi.org/10.1037/a0029440>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Vîslă, A. (2019). Promoting treatment credibility. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 495–521). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0014>
- Constantino, M. J., Vîslă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the

- association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–485. <https://doi.org/10.1037/pst0000169>
- Constantino, M. J., Vișlă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2019). Cultivating positive outcome expectations. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 461–494). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0013>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Davis, D. E., DeBlaere, C., Owen, J., Hook, J. N., Rivera, D. P., Choe, E., Van Tongeren, D. R., Worthington, E. L., Jr., & Placeres, V. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy*, 55(1), 89–100. <https://doi.org/10.1037/pst0000160>
- de Jong, K., & DeRubeis, R. J. (2018). Effectiveness of psychotherapy. In J. N. Butcher & J. M. Hooley (Eds.), *APA handbook of psychopathology: Psychopathology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders* (Vol. 1, pp. 705–725). American Psychological Association.
- De Sousa, A. (2016). Existential psychotherapy: An overview. *Indian Journal of Mental Health*, 3(3), 253–264. <https://doi.org/10.30877/IJMH.3.3.2016.253-264>
- De Sousa, A. (2023). Client centered therapy: An overview. *Indian Journal of Mental Health*, 10(3), 145–150. <https://indianmentalhealth.com/pdf/2023/vol10-issue3/EDITORIAL%20AD.pdf>
- Dowell, N. M., & Berman, J. S. (2013). Therapist nonverbal behavior and perceptions of empathy, alliance, and treatment credibility. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 158–165. <https://doi.org/10.1037/a0031421>
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241–254. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241>
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11(2), 253–271. <https://doi.org/10.1007/BF01183269>

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fosha, D. (2018). Moment-to-moment guidance of clinical interventions by AEDP's healing-oriented transformational phenomenology: Commentary on Vigoda Gonzalez's (2018) case of "Rosa". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 14(2), 87–114. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v14i2.2038>
- Fosha, D., & Thoma, N. (2020). Metatherapeutic processing supports the emergence of flourishing in psychotherapy. *Psychotherapy*, 57(3), 323–339. <https://doi.org/10.1037/pst0000289>
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 131(3), 271–274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>
- Frank, J. D. (1978). *Psychotherapy and the human predicament: A psychosocial approach*. Schocken.
- Frank, J. D. (1986). Psychotherapy – the transformation of meanings: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(6), 341–346. <https://doi.org/10.1177/014107688607900611>
- Frank, J. D. (1987). Psychotherapy, rhetoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24(3), 293–302. <https://doi.org/10.1037/h0085719>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Johns Hopkins University Press.
- Gaab, J., Kossowsky, J., Ehler, U., & Locher, C. (2019). Effects and components of placebos with a psychological treatment rationale: Three randomized-controlled studies. *Scientific Reports*, 9, Article 1421. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-37945-1>
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 40–43. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00097.x>
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12349-000>
- Girard, J. M., Wright, A. G. C., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L. N., Stepp, S. D.,

- & Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal problems across levels of the psychopathology hierarchy. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 53–69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.014>
- Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 87–93. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3>
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Greenberg, L. S., Safran, J., & Rice, L. (1989). Experiential therapy: Its relation to cognitive therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 169–187). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9779-4_9
- Heide, F. J. (2013). “Easy to sense but hard to define”: Charismatic nonverbal communication and the psychotherapist. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 305–319. <https://doi.org/10.1037/a0032481>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Heppner, P. P., & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 365–387. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.3.365>
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (4th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14345-000>
- Hlavek, E. H., & Feldwisch, R. P. (2022). Humanistic approaches to art therapy: Existentialism, Person-Centered, and Gestalt. In M. Rastogi, R. P. Feldwisch, M. Pate, & J. Scarce (Eds.), *Foundations of art therapy: Theory and applications* (pp. 235–257). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824308-4.00005-3>
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636–642. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199009\)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199009)46:5<636::AID-JCLP2270460516>3.0.CO;2-U)
- Iwakabe, S. (2018). Case studies in accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP): Reflections on the case of “Rosa”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 14(1), 58–68. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v14i1.2033>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist

- effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy*, 14(5), 657–671. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80058-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80058-6)
- Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron?. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 791–803. <https://doi.org/10.1002/jclp.20126>
- Kirsch, I. (2019). Placebo effect in the treatment of depression and anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 407. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00407>
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of psychotherapeutic treatment. *Resonanzen*, 3(2), 87–100. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/373/324>
- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33(9), 792–806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>
- Lieberman, P. B., & Havens, L. L. (2002). Existential psychotherapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (Vol. 1, A–H, pp. 741–754). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B0-12-343010-0/00089-1>
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-016>
- Locher, C., Meier, S., & Gaab, J. (2019). Psychotherapy: A world of meanings. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00460>
- Locher, C., Nascimento, A. F., Kirsch, I., Kossowsky, J., Meyer, A., & Gaab, J. (2017). Is the rationale more important than deception? A randomized controlled trial of open-label placebo analgesia. *Pain*, 158(12), 2320–2328. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001012>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88–97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.

- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361–373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>
- Otterson, B. (2015). *Therapist charisma and its impact: A phenomenological study* (Publication No. 3735209) [Doctoral dissertation, Alliant International University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Packwood, W. T., & Parker, C. A. (1973). A method for rating counselor social reinforcement and persuasion. *Journal of Counseling Psychology*, 20(1), 38–43. <https://doi.org/10.1037/h0034045>
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 871–884. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Sequeira, A. C. F. C. M. (2022). *A persuasão do psicoterapeuta: Relação com a aliança terapêutica e as competências interpessoais facilitadoras* [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/9068>
- Shapiro, A. K., & Shapiro, E. S. (1997). *The powerful placebo: From ancient priest to*

- modern physician*. Johns Hopkins University Press.
- Spinelli, E. (2006). Existential psychotherapy: An introductory overview. *Análise Psicológica*, 24(3), 311–321. <https://doi.org/10.14417/ap.170>
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215–224. <https://doi.org/10.1037/h0020229>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14469-000>
- Vaz, A. (2021). *Therapist's facilitative interpersonal skills and persuasiveness in psychotherapy* [Tese de doutoramento, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/8255>
- Vaz, A., & Sousa, D. (2024). Persuasiveness: An underappreciated characteristic of effective therapists. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 11(2), 177–192. <https://doi.org/10.1037/cns0000309>
- Vaz, A., Sousa, D., & Afonseca, M. (2023). *Treino em psicoterapia: Como usar a prática deliberada para melhorar resultados clínicos*. Pactor.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857–873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2017). What should we practice?: A contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 49–65). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch3>
- Wampold, B. E. (2018). The therapeutic value of the relationship for placebo effects and other healing practices. In L. Colloca (Ed.), *Neurobiology of the placebo effect part II* (Vol. 139, pp. 191–210). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2018.07.019>
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes

- effective therapists?. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37–54). American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship — and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601–623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Wampold, B. E., & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 297–326). John Wiley & Sons.
- Wampold, B. E., & White, T. B. (1985). Research themes in counseling psychology: A cluster analysis of citations in the process and outcomes section of the journal of counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 123–126. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.32.1.123>
- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A., Kring, M., Chin, M. Y., Raines, C. R., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54(4), 321–338. <https://doi.org/10.1037/pst0000144>
- Zimmermann, C., & Haes, H. D. (2011). Building the working alliance in brief psychotherapies. In M. Rimondini (Ed.), *Communication in cognitive behavioral therapy* (pp. 53–69). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6807-4_3

Anexo B – Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta (TPRS)

Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta

Aplicação da escala

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

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

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

Orientações para cotação

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

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

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

Escala de Avaliação da Persuasão do Terapeuta

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

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

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

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

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

4. T explora consideravelmente a psicologia do senso comum de C. T inquirir acerca das crenças preexistentes de C relativamente aos seus problemas de forma mais implícita ou indirecta (e.g., "Pensa que isso poderá ter contribuído para os seus problemas?"). T aparenta

estar curioso para saber mais sobre os sistemas de crenças de C, mas não aprofunda minuciosamente as crenças preexistentes de C, permanecendo a um nível mais superficial.

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

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

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

2. T estimula as emoções de C.

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

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

5. T estimula activamente várias reacções emocionais em C ao longo da sessão. T utiliza adequadamente técnicas ou intervenções (e.g., metáforas vividas, imagens sensoriais, reviver memórias ou eventos, e focar em sensações corporais) que estimulam emoções ou afectos

fortes em C. A presença emocional de T e as técnicas utilizadas por T estimulam emoções que C poderá evitar ou com as quais este não está familiarizado. T também é capaz de ajudar C a manter contacto com as emoções despertadas.

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

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

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

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

Co-criação do racional terapêutico

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

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

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T reformule os problemas de C de forma mais clara e adaptativa E mostre uma aceitação dos problemas de C.

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

5. T reconhece abertamente e explicitamente que os problemas de C são compreensíveis e afirma que os compreende. T explica os problemas ou a experiência interna de C sem julgamentos e de forma compassiva e aceitante. T demonstra uma compreensão excepcional da experiência de C e reformula-a de forma mais clara, sucinta e adaptativa. T acrescenta de forma bem-sucedida alguns elementos que não foram explicitamente ditos por C, mas que se podem inferir facilmente a partir da comunicação não-verbal de C.

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

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

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

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

depreciativos, T culpa C ou tenta fazer C sentir-se culpado pelos seus problemas/experiência interna).

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

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

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

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

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

3. A explicação de T para os problemas de C tem um nível médio de persuasão.
2. A explicação de T para os factores que criam os problemas de C é vaga e não está directamente focada nas queixas de C. T tem alguma dificuldade em explicar os factores que perpetuam os problemas de C e oferece uma explicação que poderá ser pouco clara e difícil de acompanhar em alguns momentos. A explicação de T permanece fragmentada, pouco clara e não aborda explicitamente os problemas de C ou tem em consideração as crenças preexistentes ou a psicologia do senso comum de C.
1. T não explica os factores que criam os problemas de C ou a explicação de T para os factores que criaram os problemas de C poderá ser difícil de compreender e reflecte uma falta de conhecimento acerca dos problemas de C. As explicações de T poderão não ser convincentes ou persuasivas e têm falhas lógicas evidentes. T não tem em consideração as explicações de C sobre os seus problemas e oferece uma explicação que difere significativamente das crenças preexistentes de C. T poderá não saber o que dizer ou providencia a explicação de uma forma incoerente e desorganizada, que é difícil de acompanhar.

Comportamentos não-verbais carismáticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T tenha uma comunicação confiante e fácil de seguir, sem sinais de ansiedade. Classificações baixas reflectem uma falta

de convicção e clareza enquanto T fala. Os sinais de ansiedade e incerteza incluem: hesitar ou pausar durante a fala, reformular o que estava a dizer, não terminar frases, ter um tom de voz tremido, ou divagar. Este item apenas avalia como T fala e não o que T está a comunicar, o que significa que o codificador deve prestar atenção à clareza e convicção com que T fala e não ao conteúdo comunicado.

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

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

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

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

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

7. T mantém contacto visual com C.

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

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T mantenha um contacto visual consistente e contínuo durante toda a sessão, sem sinais de ansiedade ou desconforto.

Classificações baixas reflectem incapacidade em manter contacto visual ou sinais visíveis de desconforto e ansiedade enquanto se mantém o contacto visual com C.

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

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

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

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

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

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

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

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que T utilize comportamentos não-verbais de forma consistente ao longo da sessão que são responsivos às emoções de C e

entoam aquilo que T está a comunicar. Classificações baixas reflectem uma falta de expressividade que se traduz num distanciamento ou desinteresse pela sessão.

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

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

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

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

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

A influência do terapeuta no cliente

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

Um T persuasivo consegue apresentar o racional terapêutico de uma forma persuasiva e convincente que cativa a atenção de C (Anderson & Patterson, 2013). Quanto mais apelativa

e credível for a mensagem de T, mais envolvido e activo C estará na terapia. Este item avalia a medida em que C está atento e envolvido naquilo que T diz.

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

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

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

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

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

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

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

Um T persuasivo reforça o envolvimento e colaboração de C na terapia e co-constrói uma explicação convincente e significativa para os problemas e queixas de C (Frank, 1986). Este

item avalia a medida em que C está envolvido na sessão e reflecte exhaustivamente sobre o que T está a comunicar.

Directrizes de cotação: Classificações elevadas implicam que C dê sinais claros e explícitos de estar a considerar as explicações de T. Classificações baixas reflectem um desinteresse e distanciamento em relação ao que T está a dizer. O codificador deve prestar atenção a sinais de interesse (e.g., parar enquanto pensa no que T está a dizer, reflectir em voz alta sobre as explicações de T, explorar as vantagens e desvantagens das explicações de T) ou de desinteresse (e.g., C rejeita ou aceita imediatamente o que T está a dizer, C acena frequentemente sem interesse particular).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Co-criação do racional terapêutico

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

Comportamentos não-verbais carismáticos

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

A influência do terapeuta no cliente

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

**(em vez de rejeitar ou
adoptar).**

Anexo C – Tabelas do Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC)

Vídeo 1

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,864	3

Coeficiente de correlação intraclass

	Correlação intraclass ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,626 ^a	,271	,875	7,336	9	18	<,001
Medidas médias	,834 ^c	,528	,954	7,336	9	18	<,001

Modelo de efeitos mistos bidirecional em que os efeitos das pessoas são aleatórios e os das medidas são fixos.

- O estimador é o mesmo, esteja o efeito de interação presente ou não.
- Os coeficientes de correlação intraclass tipo A que usam uma definição de concordância absoluta.
- Essa estimativa é calculada considerando que o efeito de interação esteja ausente, porque ele não pode ser estimado de outra forma.

Vídeo 2

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,930	3

Coefficiente de correlação intraclass

	Correlação intraclass ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,822 ^a	,582	,947	14,279	9	18	<,001
Medidas médias	,933 ^c	,807	,982	14,279	9	18	<,001

Modelo de efeitos mistos bidirecional em que os efeitos das pessoas são aleatórios e os das medidas são fixos.

- O estimador é o mesmo, esteja o efeito de interação presente ou não.
- Os coeficientes de correlação intraclass tipo A que usam uma definição de concordância absoluta.
- Essa estimativa é calculada considerando que o efeito de interação esteja ausente, porque ele não pode ser estimado de outra forma.

Vídeo 3

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,976	3

Coefficiente de correlação intraclass

	Correlação intraclass ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,916 ^a	,765	,977	42,019	9	18	<,001
Medidas médias	,970 ^c	,907	,992	42,019	9	18	<,001

Modelo de efeitos mistos bidirecional em que os efeitos das pessoas são aleatórios e os das medidas são fixos.

- O estimador é o mesmo, esteja o efeito de interação presente ou não.
- Os coeficientes de correlação intraclass tipo A que usam uma definição de concordância absoluta.
- Essa estimativa é calculada considerando que o efeito de interação esteja ausente, porque ele não pode ser estimado de outra forma.

Vídeo 4

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,964	3

Coefficiente de correlação intraclass

	Correlação intraclass ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,877 ^a	,679	,965	27,792	9	18	<,001
Medidas médias	,955 ^c	,864	,988	27,792	9	18	<,001

Modelo de efeitos mistos bidirecional em que os efeitos das pessoas são aleatórios e os das medidas são fixos.

- O estimador é o mesmo, esteja o efeito de interação presente ou não.
- Os coeficientes de correlação intraclass tipo A que usam uma definição de concordância absoluta.
- Essa estimativa é calculada considerando que o efeito de interação esteja ausente, porque ele não pode ser estimado de outra forma.

Anexo D – Análise de Verificação Preliminar

Na Tabela 5 são apresentados os valores médios, desvios-padrão e significância estatística das dimensões da persuasão nas quatro abordagens terapêuticas experienciais relativamente aos níveis médios teóricos (3):

Tabela D1*Níveis de Persuasão do Terapeuta por Abordagem Terapêutica*

	Terapia Focada nas Emoções			Psicoterapia Existencial			Terapia Centrada na Pessoa			Psic. Din. Exp. Acelerada		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Sig.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Sig.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Sig.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Sig.
Sistemas de crenças	3.83	.66	.001 ***	3.9 6	.48 ***	.001 ***	3.75	.60	.001 ***	3.81	.59	.001 ***
Estimulação de emoções	3.69	.71	.001 ***	2.6 7	.91 *	.017 *	3.47	.56	.001 ***	4.44	.50	.001 ***
Validação/reformulação	4.22	.68	.001 ***	3.4 9	.55 ***	.001 ***	4.08	.28	.001 ***	4.19	.52	.001 ***
Explicação de fatores	3.00	.68	1.00 0	2.4 0	1.01 ***	.001 ***	3.03	1.25	.895	2.80	1.19	.213
Expressividade emocional	3.86	.42	.001 ***	3.5 1	.51 ***	.001 ***	4.19	.58	.001 ***	4.65	.48	.001 ***
Fluência verbal	3.72	.51	.001 ***	3.5 3	.55 ***	.001 ***	3.83	.38	.001 ***	3.91	.35	.001 ***
Contacto visual	4.25	.65	.001 ***	4.1 1	.49 ***	.001 ***	4.94	.23	.001 ***	3.96	.39	.001 ***
Expressão não-verbal	3.83	.51	.001 ***	3.8 0	.63 ***	.001 ***	4.17	.45	.001 ***	4.83	.38	.001 ***
Atenção/interesse	4.42	.50	.001 ***	4.5 8	.50 ***	.001 ***	4.94	.23	.001 ***	4.43	.69	.001 ***
Consideração/reflexão	4.14	.54	.001 ***	4.2 7	.62 ***	.001 ***	3.92	.44	.001 ***	3.87	.75	.001 ***

Nota. *M* – Média; *DP* – Desvio padrão. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Todas as dimensões apresentaram valores médios significativamente superiores ao ponto médio de avaliação da escala (3 – Neutro) nas quatro abordagens terapêuticas ($p < .001$), com exceção da Explicação de fatores, cujas médias não diferiram significativamente do ponto médio em três abordagens (Terapia Focada nas Emoções, Terapia Centrada na Pessoa e Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada), e das dimensões Explicação de fatores ($t(44) = -3.989, p < .001, M = 2.40, DP = 1.01$) e Estimulação de emoções ($t(44) = -2,472, p = .017, M = 2.67, DP = 0.91$) na Psicoterapia Existencial Humanista, cujas médias foram significativamente inferiores ao ponto médio.