

**O PAPEL DA PRÁTICA DELIBERADA NA AUTOAVALIAÇÃO E NO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS
FACILITADORAS**

MARIA MARGARIDA DE LARANJEIRA MARQUES CORDEIRO ROSA

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

Antes de tudo, quero deixar o meu profundo agradecimento aos meus avós paternos (M. J. & J.), pelo apoio incondicional, pela força em todos os momentos e pelas conversas e palavras sábias. Serão sempre, e para sempre, o meu maior exemplo.

À Titas, à Madalena e ao João, quero agradecer a leveza e alegria que trouxeram a este caminho, tornando-o mais suave e especial.

Ao Francisco, agradeço a dedicação, a paciência e a forma como esteve sempre presente, trazendo a serenidade que precisava.

Ao meu Pai, à Ângela e ao meu Irmão, quero manifestar o meu sincero reconhecimento pelo apoio constante.

Com muito carinho, à Sofia, quero deixar o meu eterno obrigada por tornar tudo mais bonito e pela forma como esteve sempre por perto.

À Andreia e ao André, sou grata pelo companheirismo neste último ano, e à Paula, o encorajamento, a motivação e a forma atenta e ternurenta como me acompanhou, foi marcante.

Ao Professor Daniel, quero expressar um agradecimento especial pela oportunidade, pela partilha de aprendizagens constantes e pela disponibilidade.

E, finalmente, a todos os que estiveram por perto e acompanharam este percurso, quero deixar a minha profunda gratidão pela presença imprescindível.

A cada um de vós, o meu agradecimento.

RESUMO

Problema:

Apesar da prática deliberada (PD) ter demonstrado eficácia em diferentes contextos formativos, o seu impacto na formação de psicoterapeutas continua pouco explorado, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento das competências interpessoais facilitadoras (FIS) e à percepção do próprio desempenho.

Objetivos:

Avaliar a influência da PD na evolução das FIS e analisar a correspondência entre as autoavaliações e as heteroavaliações das mesmas competências.

Método:

Foi conduzido um estudo pré-experimental quantitativo, com uma amostra de 22 psicólogos em formação avançada em psicoterapia. Foram utilizados o *Facilitative Interpersonal Skills Performance Task* (FIS-PT) (Anderson & Patterson, 2013) e o *Facilitative Interpersonal Skills Self-Report* (FIS-SR) (Anderson et al., 2019), para comparar as heteroavaliações e autoavaliações das FIS antes e após o treino em Prática Deliberada (PD).

Resultados:

Os resultados confirmaram uma melhoria significativa das competências interpessoais Facilitadoras (FIS) após o treino em Prática Deliberada (PD), especialmente nas pontuações do FIS-PT, com destaque nas dimensões de persuasão e esperança e expectativas positivas. Embora não tenham surgido diferenças significativas entre a autoavaliação (FIS-SR) e heteroavaliação (FIS-PT), observou-se uma tendência para uma percepção mais realista e confiante das próprias competências.

Palavras-chave:

Prática Deliberada; Expertise; Competências Interpessoais Facilitadoras; Psicoterapeutas; Treino

ABSTRACT

Problem:

Although Deliberate Practice (DP) has shown effectiveness in different training contexts, its impact on the training of psychotherapists remains underexplored, particularly regarding the development of Facilitative Interpersonal Skills (FIS) and the self-perception of performance.

Objectives:

To assess the influence of DP on the evolution of FIS and to examine the correspondence between self-assessments and external evaluations of these competencies.

Method:

A quantitative pre-experimental study was conducted with a sample of 22 psychologists enrolled in advanced psychotherapy training. The Facilitative Interpersonal Skills Performance Task (FIS-PT) (Anderson & Patterson, 2013) and the Facilitative Interpersonal Skills Self-Report (FIS-SR) (Anderson et al., 2019) were used to compare external and self-assessments of FIS before and after training based on Deliberate Practice (DP).

Results:

The results confirmed a significant improvement in Facilitative Interpersonal Skills (FIS) after DP training, particularly in the FIS-PT scores, with greater progress in the dimensions of persuasion and hope and positive expectations. Although no significant differences emerged between self-assessment (FIS-SR) and external evaluation (FIS-PT), a trend toward a more realistic and confident self-perception of therapeutic competencies was observed.

Keywords:

Deliberate Practice; Expertise; Facilitative Interpersonal Skills; Psychotherapists; Training

Índice

Introdução.....	1
Método	4
Visão geral.....	4
Participantes.....	5
Materiais.....	6
Questionário sociodemográfico e consentimento informado	6
“Vídeos-estímulo”	6
Facilitative Interpersonal Skills Performance Task.....	6
FIS Self-Report	7
Procedimentos.....	8
Análise de dados.....	9
Resultados	10
Comparação do FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD	10
Comparação do FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação)	12
Comparação do FIS-SR (autoavaliação) entre o antes e o pós treino em PD	14
Discussão.....	14
Limitações e estudos futuros.....	17
Conclusão	18
Referências.....	20
Anexos	28
Anexo I – Revisão de Literatura.....	28
Eficácia da Psicoterapia.....	28
Desafios da psicoterapia	29
Fatores Comuns.....	30
Modelo Contextual.....	31
Efeitos do terapeuta.....	32
<i>Expertise</i> em psicoterapia.....	33
Competências interpessoais facilitadoras (FIS).....	34
<i>FIS Performance Task</i>	34
Prática Deliberada.....	35

Prática Deliberada em psicoterapia.....	37
Conclusão.....	39
Anexo II- Questionário sociodemográfico.....	40
Anexo III Consentimento Informado.....	42
Anexo IV Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale (FIS-PT).....	43
Anexo V- FIS Self-Report.....	49
Anexo VI- Coeficiente de correlação intraclasse (CCI).....	50
Anexo VII- Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale (FIS).....	51
Anexo VIII- Evolução das dimensões FIS-PT (heteroavaliação)	52
antes e após o treino em Prática Deliberada	
Anexo IX- Comparação das pontuações médias de heteroavaliação.....	53
(FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR) no momento pós PD	
Anexo X- Evolução do <i>FIS-PT</i> (heteroavaliação) entre o momento.....	54
antes e o pós treino em Prática Deliberada	

Abreviaturas

CCI = Coeficiente de Correlação Intraclass

FIS = *Facilitative Interpersonal Skills*

FIS-PT = *Facilitative Interpersonal Skills Performance Task*

FIS-SR = *FIS Self-Report*

PD = Prática Deliberada

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes (N = 22)

Tabela 2 Resultados do Teste t-student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações FIS-PT (heteroavaliação) entre o momento pré e após treino em prática deliberada (PD)

Tabela 3. Resultados do teste T-Student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações do FIS-PT (heteroavaliação) e do FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em prática deliberada (PD).

Tabela 4. Resultados do teste T-Student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações do FIS-PT (heteroavaliação) e do FIS-SR (autoavaliação) depois do treino em prática deliberada (PD)

Tabela 5. Resultados do Teste t-student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações FIS- SR (autoavaliação) entre o momento antes e após treino em prática deliberada (PD)

Lista de Figuras

Figura 1. Evolução do *FIS-PT* (heteroavaliação) entre o momento antes e o após treino em Prática Deliberada

Figura 2. Evolução das dimensões FIS-PT (heteroavaliação) antes e após o treino em Prática Deliberada

Figura 3. Comparação das pontuações médias de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR) no momento antes do treino em Prática Deliberada

Figura 4. Comparação das pontuações médias de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR) no momento depois do treino em Prática Deliberada.

Figura 5. Evolução do *FIS-PT* (heteroavaliação) entre o momento antes e o após treino em Prática Deliberada

Introdução

A psicoterapia é amplamente reconhecida como uma intervenção eficaz no tratamento de perturbações psicológicas e emocionais, sustentada por décadas de investigação empírica (Barkham & Lambert, 2021; Cuijpers, 2017; Lambert, 2013). Apesar da diversidade de abordagens teóricas, a evidência tem demonstrado que diferentes modelos psicoterapêuticos apresentam níveis semelhantes de eficácia, o que reforça a relevância dos fatores comuns na determinação dos resultados terapêuticos (Wampold, 2015; Poster, 2019). Entre esses fatores, as características pessoais e relacionais do terapeuta assumem particular importância, uma vez que influenciam de forma significativa a qualidade da aliança terapêutica e o progresso clínico (Norcross & Lambert, 2019).

Neste contexto, as Competências Interpessoais Facilitadoras (*Facilitative Interpersonal Skills* – FIS) têm sido amplamente estudadas enquanto preditores da eficácia do terapeuta. Estas competências correspondem a um conjunto de capacidades relacionais e emocionais que permitem ao terapeuta responder de forma empática, colaborativa e ajustada às necessidades do cliente (Anderson & Perlman, 2022). As FIS incluem dimensões como empatia, aceitação, expressão emocional, esperança, afeto, criação de aliança terapêutica e reparação de rupturas relacionais (Anderson & Patterson, 2013; Allen et al., 2023). A investigação tem demonstrado que terapeutas com níveis mais elevados de FIS tendem a alcançar melhores resultados terapêuticos, independentemente da sua orientação teórica (Anderson et al., 2009, 2016). De forma complementar, Schwartz et al. (2025) confirmaram que as competências interpessoais dos terapeutas predizem de forma significativa os resultados clínicos, reforçando a importância destas dimensões no sucesso terapêutico.

A avaliação destas competências é frequentemente realizada através do *Facilitative Interpersonal Skills Performance Task* (FIS-PT), instrumento que analisa a qualidade das respostas dos terapeutas perante situações interpessoais complexas (Anderson & Patterson, 2013). Estudos recentes apontam, contudo, para discrepâncias consistentes entre autoavaliações (FIS-SR) e heteroavaliações (FIS-PT), uma vez que os terapeutas tendem a atribuir a si próprios pontuações superiores às dos avaliadores externos (Longley et al., 2023). Apesar disso, a correlação positiva observada entre ambas as medidas sugere que a perceção subjetiva acompanha, ainda que de modo otimista, a avaliação objetiva do desempenho (Longley et al., 2023).

Nos últimos anos, o interesse pela influência do terapeuta no processo de mudança levou ao desenvolvimento de novas metodologias de treino, orientadas para o aperfeiçoamento sistemático das competências relacionais e reflexivas (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Vaz et al.,

2023). Entre estas, destaca-se a Prática Deliberada (PD), proposta originalmente por Ericsson et al. (1993) no âmbito da teoria da expertise. Esta abordagem defende que o desempenho de excelência resulta de treino estruturado, com objetivos específicos, feedback imediato e reflexão contínua sobre o desempenho (Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016). Em psicoterapia, esta metodologia tem sido reconhecida como um meio eficaz para potenciar a aquisição e o refinamento das microcompetências relacionais que sustentam a eficácia clínica (Vaz & Rousmaniere, 2022).

Estudos recentes têm vindo a corroborar a eficácia desta metodologia em contextos de formação e supervisão. Os investigadores, Barata, Sousa e Vaz (2024) evidenciaram que estudantes de Psicologia submetidos a treino estruturado em PD melhoraram significativamente as suas respostas empáticas, quando comparados com grupos de controlo expostos a métodos tradicionais. De forma convergente, Tomás et al. (2025) observaram que a PD aplicada a estudantes de mestrado em Psicologia Clínica promoveu ganhos mensuráveis na qualidade das intervenções empáticas, reforçando a sua utilidade no desenvolvimento de competências relacionais. De modo consistente, Berning et al. (2024) demonstraram que a combinação entre prática deliberada e feedback estruturado potencia de forma significativa o desenvolvimento de competências interpessoais em psicoterapeutas em formação.

Além disso, uma revisão sistemática recente confirmou que a prática deliberada tem um impacto positivo na melhoria do desempenho terapêutico em diversos contextos clínicos (Nurse et al., 2024), e ensaios controlados aleatorizados continuam a evidenciar a eficácia deste modelo quando associado a feedback estruturado e monitorização contínua (Berning et al., 2024). Por sua vez, Vaz et al. (2025) sublinham que a integração sistemática da PD na formação e supervisão representa uma mudança paradigmática, ao privilegiar uma aprendizagem ativa e orientada para o aperfeiçoamento contínuo do terapeuta.

Esta evolução formativa encontra ainda suporte em revisões recentes que apontam para a eficácia inicial da PD na aquisição de competências terapêuticas discretas, embora o campo reporte lacunas no que respeita à generalização para resultados de cliente e à operacionalização da PD em contextos reais de formação (Nurse et al., 2024; 2025).

Neste contexto, Catalino (2024) conduziu um estudo que analisou o impacto da prática deliberada nas FIS, em psicólogos a realizar formação em psicoterapia, concluindo que o treino produziu melhorias estatisticamente significativas nas competências interpessoais e revelou uma tendência para as autoavaliações apresentarem valores superiores às heteroavaliações. Estes resultados reforçam o papel da prática deliberada no desenvolvimento da expertise terapêutica e

sustentam a sua relevância enquanto ferramenta formativa na preparação de futuros psicoterapeutas.

O presente estudo pretende, assim, dar continuidade ao trabalho de Catalino (2024), integrando evidência científica recente e aprofundando a compreensão da relação entre prática deliberada e desenvolvimento de competências interpessoais facilitadoras. Especificamente, procura-se avaliar o impacto da PD na evolução das FIS e examinar a correspondência entre as autoavaliações (FIS-SR) e as heteroavaliações (FIS-PT) dessas mesmas competências.

Deste modo, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação: (H1) As competências interpessoais facilitadoras dos formandos serão significativamente superiores após o treino em prática deliberada; (H2) As autoavaliações realizadas pelos formandos (FIS-SR) apresentarão valores médios superiores às heteroavaliações (FIS-PT) atribuídas pelos avaliadores externos.

Método

Visão Geral

A investigação recorreu a uma metodologia de natureza quantitativa, considerada adequada à validação das hipóteses propostas, uma vez que permite converter dados numéricos em indicadores objetivos, suscetíveis de análise estatística e representação gráfica (Paranhos et al., 2016). O delineamento adotado foi o de um estudo pré-experimental, dado que os participantes foram avaliados em dois momentos distintos, anterior e posterior ao treino em prática deliberada, de modo a analisar a evolução ao longo do processo formativo.

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao programa *IBM SPSS Statistics (versão 29.0)*. Numa primeira fase, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) e do alfa de Cronbach, de forma a avaliar a fiabilidade e a concordância entre as avaliações dos três avaliadores. Posteriormente, aplicou-se o teste t de Student para amostras emparelhadas, com o objetivo de comparar as médias obtidas nos dois momentos de avaliação (pré e pós-treino) e analisar eventuais diferenças entre as medidas de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR). O nível de significância estatística foi definido em $p < .05$, garantindo a robustez das análises e a validade das conclusões.

Participantes

A amostra, de conveniência, é constituída por 24 psicólogos a frequentar o primeiro ano do curso de especialização avançada em psicoterapia, centrado na prática deliberada. A recolha dos dados sociodemográficos foi realizada online e de forma anónima, através de um formulário Google Forms. A idade dos participantes varia entre 26 e 61 anos ($M = 37,59$; $DP = 8,60$). No que respeita à experiência profissional, registam-se entre 1 e 30 anos de prática clínica ($M = 6,95$; $DP = 6,64$), com um número de horas semanais de exercício que oscila entre 3 e 40 ($M = 18,91$; $DP = 8,51$). Relativamente ao género, verifica-se uma clara predominância do sexo feminino ($n = 20$; 90,91%), enquanto apenas dois participantes são do sexo masculino (9,09%). No que diz respeito ao enquadramento teórico, a maioria identifica-se com o modelo integrativo ($n = 18$; 81,82%), seguindo-se o modelo cognitivo-comportamental ($n = 2$; 9,09%) e o psicodinâmico ($n = 2$; 9,09%) (Tabela 1). Importa ainda salientar que, ocorreram dois *dropouts*, pelo que as análises contemplam 22 participantes.

Tabela 1.

Dados sociodemográficos dos participantes (N = 22)

Características	Mínimo-Máximo	Média (DP)
Idade	26–61	37,59(8,60)
Anos de prática clínica	1–30	6,95 (6,64)
Horas semanais de prática clínica	3–40	18,91(8,51)

	Frequência(n)	Percentagens(%)
Género		
Feminino	20	90,91
Masculino	2	9,09
Modelos Teóricos		
Modelo Integrativo	18	81,82
Modelo Cognitivo-Comportamental	2	9,09
Modelo Psicodinâmico	2	9,09

Materiais

Questionário sociodemográfico e consentimento informado

Foi disponibilizado um link que encaminhava os inquiridos para um formulário *Google Forms* com o questionário sociodemográfico (Anexo II). O consentimento informado foi enviado por *e-mail*, tendo sido lido e posteriormente reenviado após o seu preenchimento adequado (Anexo III).

“Vídeo-estímulos”

Tal como descrito anteriormente, os participantes estavam inseridos numa formação de especialização avançada em psicoterapia, baseada na prática deliberada. Tanto no início, como no período final desta formação, foram aplicados nove “vídeos-estímulos”, isto é, gravações que reproduziam excertos de sessões reais de psicoterapia, de elevada complexidade (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Petterson, 2013), interpretados por atores. Em determinados momentos dessas representações, a cena era suspensa e pedia-se ao participante que elaborasse uma intervenção como se estivesse na posição de terapeuta. (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Petterson, 2013) Todo este processo decorreu online, na plataforma *Skillsetter*, usada para apoiar o curso de psicoterapia em PD.

Cada um destes “vídeos-estímulos” era distinto e apresentava um grau de desafio próprio. O Vídeo 1, (com a duração de quarenta e oito segundos) apresenta uma paciente a manifestar a intenção de progredir e alcançar mudanças de forma célere. A mesma sublinha a importância de definir objetivos e de trabalhar em equipa com o terapeuta, destacando ainda o desejo de observar resultados concretos que justifiquem o investimento efetuado nas sessões. O Vídeo 2, (com a duração de setenta segundos) evidencia um paciente a questionar o propósito das sessões e a ausência de resultados visíveis. O mesmo destaca o tema do profissionalismo, sublinhando que, para si, este se traduz no cumprimento rigoroso de horários, sem tolerância a atrasos ou desculpas, exemplificando com a sua prática profissional. O Vídeo 3, (com a duração de quarenta e nove segundos) demonstra uma paciente a expressar frustração por falta de motivação para a sessão e por não observar alterações significativas ao longo do acompanhamento. O Vídeo 4, (com a duração de cinquenta e oito segundos) representa uma paciente zangada por não conseguir compreender os seus próprios erros, apesar de se mostrar sempre disponível para os outros. Refere sentir-se sem apoio e manifesta dúvidas quanto à capacidade do terapeuta em ajudá-la, intensificando assim o seu desconforto. O Vídeo 5, (com a duração de cinquenta e sete segundos) retrata um paciente a questionar o conselho do terapeuta de “ser ele mesmo”, após não ter conseguido o emprego, apesar de ter sido honesto. Acrescenta ainda, a necessidade de compreender este conselho, dado que obter o emprego é fundamental para continuar a frequentar as sessões e justificar o investimento realizado. O Vídeo 6, (com a duração de cinquenta e três

segundo), representa um paciente a sentir nervosismo e ansiedade, comparando a sessão a um teste e evidenciando dificuldade em iniciar a comunicação. O Vídeo 7, (com a duração de trinta e dois segundos) evidencia um paciente a questionar o terapeuta sobre a forma como regista e interpreta as sessões. Apresenta preocupação sobre a percepção que o terapeuta tem dele nesta fase, sem esperar previsões, mas procurando esclarecimento sobre a sua avaliação atual. O Vídeo 8, (com a duração de cento e quinze segundos) reflete um paciente a comparar a terapia atual com a anterior, valorizando a humanização do terapeuta e questionando a capacidade de obter apoio e compreensão sobre o que se passa na sua mente. O Vídeo 9, (com a duração de cento e quarenta e quatro segundos) demonstra um paciente a revelar apreensão sobre o progresso das sessões. Relata dúvidas quanto à sua própria preparação e contributo, valorizando a experiência positiva de falar com o terapeuta, mas evidenciando a percepção de que o avanço poderia ser maior.

Facilitative Interpersonal Skills Performance Task

O *Facilitative Interpersonal Skills Performance Task* é um instrumento de avaliação de desempenho concebido para examinar a forma como psicoterapeutas reagem perante situações interpessoais particularmente exigentes, procurando recriar, de modo fidedigno, os desafios relacionais que emergem na prática clínica (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013; Anderson et al., 2009). Do ponto de vista psicométrico, o *FIS-PT* tem evidenciado elevados padrões de validade e fiabilidade. Destaca-se, em especial, a sua validade ecológica e facial, decorrente do realismo dos cenários apresentados, bem como a consistência interna dos itens, cujos valores se situam entre níveis moderados e elevados ($\alpha = 0,43\text{--}0,89$) (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013).

O instrumento permite avaliar oito competências interpessoais consideradas determinantes para a eficácia terapêutica, em consonância com os pressupostos de *Carl Rogers* (1957) relativamente ao papel das condições relacionais no processo de mudança. Estas dimensões compreendem: (1) fluência verbal, (2) esperança e expectativas positivas, (3) persuasão, (4) expressão emocional, (5) aceitação, afeto e compreensão, (6) empatia, (7) capacidade de criar aliança e (8) rutura e reparação da aliança (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013).

A sua aplicação encontra-se estruturada em duas fases complementares: na primeira, os participantes visionam vídeos que ilustram interações clínicas desafiantes e respondem como se desempenhassem o papel de terapeuta (*performance-based task*); na segunda, as respostas gravadas são avaliadas por avaliadores, de acordo com critérios explicitados num manual de classificação (Anderson et al., 2019; Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013) (Anexo IV). A cotação é efetuada através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, em que o valor “1” corresponde a *não característico* e o “5” a *extremamente característico*. Valores mais baixos

traduzem défices na competência em análise, o ponto intermédio corresponde a um “desempenho neutro” e as pontuações mais elevadas refletem “níveis de mestria” (Anderson & Patterson, 2013; Anderson et al., 2009, 2020).

Facilitative Interpersonal Skills Self- Report

Para complementar a heteroavaliação das competências interpessoais, recorreu-se ao *FIS Self-Report*, um questionário de autorresposta desenvolvido por Anderson e colaboradores (2019). Este instrumento inclui oito itens que representam as oito dimensões centrais das *Facilitative Interpersonal Skills*, permitindo estabelecer uma comparação entre a perceção dos participantes acerca das suas próprias competências e a avaliação independente realizada por avaliadores. A cotação é efetuada através de uma escala de cinco pontos, invertida em relação ao formato habitual, que varia entre “1 – concordo muito” e “5 – discordo muito”. A ordem de apresentação dos itens difere da sequência tradicionalmente adotada, sendo organizada da seguinte forma: (1) empatia, (2) afeto, aceitação e compreensão, (3) persuasão, (4) capacidade de criar aliança, (5) esperança e expectativas positivas, (6) rutura e reparação da aliança, (7) fluência verbal e (8) expressão emocional. Estudos prévios reportam uma consistência interna elevada deste questionário ($\alpha = 0,91$), reforçando a sua fiabilidade (Anderson et al., 2019). No presente estudo, o questionário foi enviado por correio eletrónico e, após o seu preenchimento, foi devolvido através do mesmo meio.

Procedimento

A recolha de dados foi realizada junto de 24 psicólogos que frequentavam o primeiro ano da 2.^a edição do curso de especialização avançada em psicoterapia, estruturado com base na prática deliberada. Esta formação, acreditada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses no âmbito da candidatura à Especialidade Avançada em Psicoterapia, desenvolve-se ao longo de três anos letivos e assenta numa perspetiva contextual e transteórica, integrando fatores comuns a diferentes modelos de intervenção. O plano curricular combina componentes teóricas e metodológicas com prática clínica supervisionada.

A presente investigação foi conduzida no âmbito do módulo “Prática Deliberada em Psicoterapia I”, correspondente ao primeiro ano do curso. Antes do início do módulo, os participantes receberam por correio eletrónico o consentimento informado, o questionário sociodemográfico e o *FIS Self-Report*. Foi igualmente facultado o acesso à plataforma *Skillsetter*,

através da qual responderam a um conjunto de vídeos-estímulo que simulavam interações terapêuticas. A tarefa consistia em produzir uma resposta, gravada via webcam, como se se tratasse de uma situação clínica real, procedendo em seguida à respetiva autoavaliação.

A recolha de dados decorreu entre outubro de 2024 e junho de 2025, na plataforma *Skillsetter*, onde os formandos registaram as suas respostas. Em complemento, enviaram por e-mail as respetivas autoavaliações. Posteriormente, três avaliadores independentes procederam à cotação das respostas, tendo sido calculado o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) para aferir a fiabilidade e a concordância entre as avaliações.

Após a conclusão do módulo, o mesmo procedimento foi repetido: os participantes voltaram a responder aos vídeos-estímulo na plataforma e preencheram novamente o *FIS Self-Report*, possibilitando a comparação entre os dois momentos de avaliação (pré e pós-treino). Registaram-se, contudo, dois *dropouts* entre o primeiro e o segundo momento, pelo que a amostra final considerada para análise ficou constituída por 22 psicólogos.

Análise de Dados

Antes de iniciar as análises estatísticas, foi necessário confirmar a consistência das avaliações realizadas pelos três avaliadores que atribuíram as pontuações do FIS. Estes são, estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica, informaram-se de antemão sobre os critérios de cotação definidos no manual do FIS, de forma a garantir que aplicavam os mesmos princípios de avaliação. Após este momento de preparação, cada avaliador procedeu à cotação individual das respostas. No início, as respostas correspondentes ao primeiro vídeo foram avaliadas separadamente, seguindo-se uma breve reunião para comparar resultados e esclarecer eventuais diferenças de interpretação. Depois de confirmada a uniformidade de critérios, avançou-se para a cotação independente dos restantes três vídeos (vídeo 2, 3 e 4).

Posteriormente, foi avaliada a concordância entre os três avaliadores através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), indicador que permite medir o grau de fiabilidade interavaliadores (Koo e Li, 2016). O cálculo foi efetuado no IBM SPSS Statistics (versão 29.0), recorrendo ao modelo de efeitos mistos bidirecional (two-way mixed), com base num acordo absoluto entre os avaliadores ($k = 3$). A análise integrou os dados de 22 participantes, avaliados nas 8 dimensões dos quatro vídeos, totalizando 704 observações válidas.

Os resultados revelaram uma boa fiabilidade interavaliadores, com um ICC de medidas médias = .841, IC95% [.819, .860], $F(703, 1406) = 6.31$, $p < .001$, e um alfa de Cronbach = .842, o que demonstra um nível de consistência elevado entre os avaliadores. De acordo com as orientações de Koo e Li (2016), este valor indica uma fiabilidade considerada “boa”, próxima do

nível de excelência. Assim, conclui-se que os avaliadores apresentaram um grau de concordância adequado. Depois, os restantes vídeos foram cotados individualmente. As pontuações do FIS e do FIS-SR foram introduzidas no SPSS (versão 29.0), sendo que, no caso do FIS-PT, utilizou-se a média das cotações dos três avaliadores por dimensão e vídeo. Para comparar os resultados entre o momento pré e o momento pós-treino, aplicou-se o teste *t-student* para amostras emparelhadas. No FIS-SR, as pontuações foram invertidas e reorganizadas de forma a corresponder à estrutura e direção do FIS *Performance Task*, assegurando assim a comparabilidade entre ambos.

Resultados

Evolução do FIS-PT (heteroavaliação) entre o momento antes e após treino em Prática Deliberada

Figura 1.

Evolução do FIS-PT (heteroavaliação) entre o momento antes e o após treino em Prática Deliberada

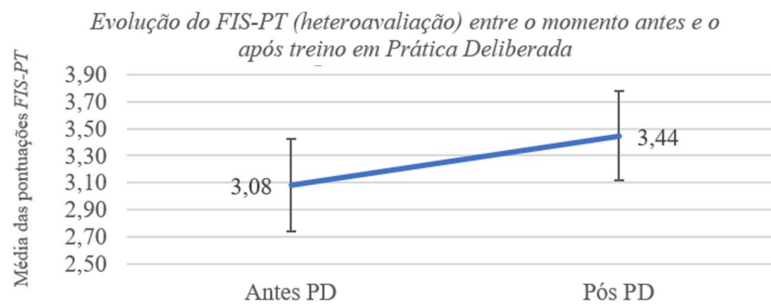


Tabela 2.

Resultados do Teste t-student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações FIS-PT (heteroavaliação) entre o momento pré e após treino em prática deliberada (PD)

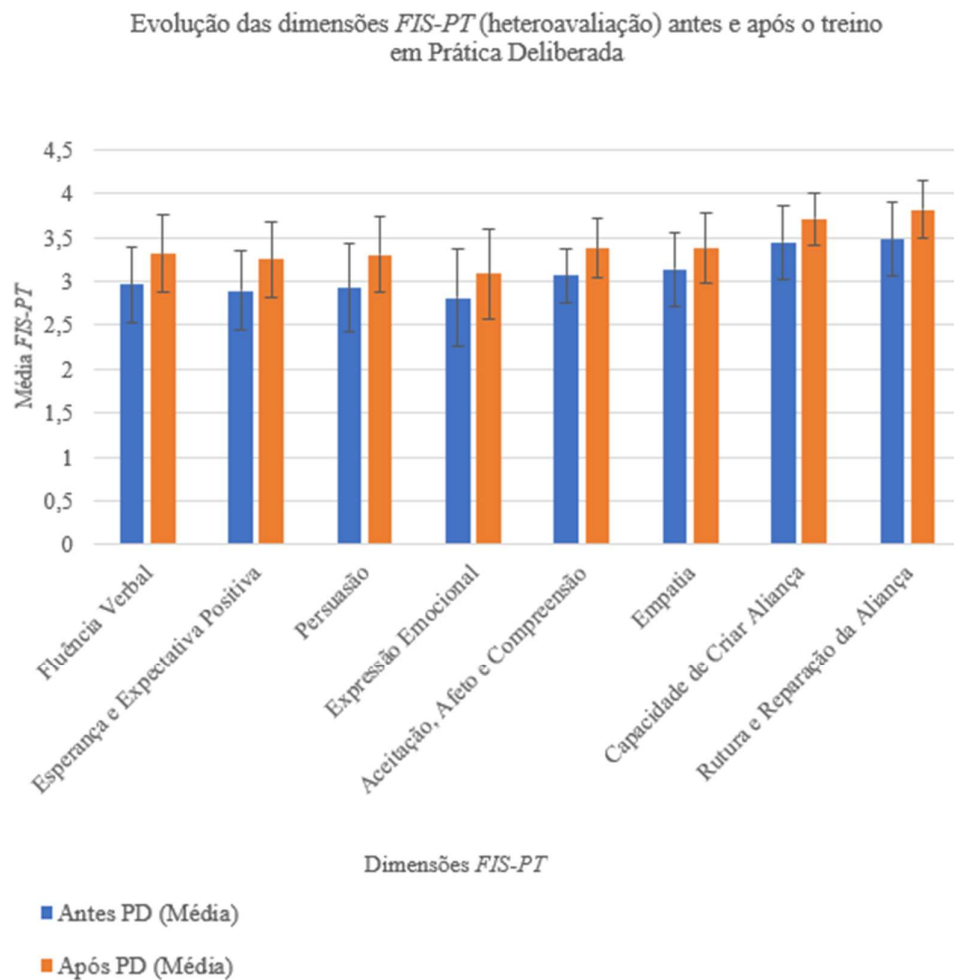
	Antes PD		Depois PD		t (21)	p	d de Cohen
	M	SD	M	SD			
FIS-PT Total	3,081	0,342	3,444	0,330	-8,617	< .001	-1,797

Com base na média total das dimensões do FIS-PT, foi realizado um teste *t-student* para amostras emparelhadas de forma a comparar o desempenho dos participantes no momento antes e após o treino em prática deliberada (Tabela 2). Os resultados indicaram um aumento

significativo das pontuações após o treino ($M = 3,44$, $DP = 0,33$) relativamente ao momento anterior ($M = 3,08$, $DP = 0,34$), $t(21) = -8,62$, $p < .001$, $d = 1,80$ (Figura 1).

Figura 2.

Evolução das dimensões FIS-PT (heteroavaliação) antes e após o treino em Prática Deliberada



A Figura 2 expressa as médias das pontuações atribuídas pelos três avaliadores em cada uma das dimensões da FIS-PT, nos momentos de avaliação antes e depois do treino em prática deliberada. As barras de erro representam o desvio-padrão das médias. É possível verificar que, após a intervenção, existiu um aumento das pontuações médias de forma consistente em todas as dimensões.

Após a aplicação do teste t -student para amostras emparelhadas (Anexo VII), constatou-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos em todas as dimensões da FIS-PT: Fluência Verbal ($t(21) = -7,206$, $p < .001$), Esperança e Expectativa Positiva ($t(21) = -8,112$, p

< .001), Persuasão ($t(21) = -9,405, p < .001$), Expressão Emocional ($t(21) = -4,781, p < .001$), Afeto, Aceitação e Compreensão ($t(21) = -5,999, p < .001$), Empatia ($t(21) = -5,844, p < .001$), Capacidade de Criar Aliança ($t(21) = -4,504, p < .001$) e Rutura e Reparo da Aliança ($t(21) = -6,732, p < .001$) (Anexo VII).

Comparação das pontuações médias de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR)

Figura 3.

Comparação das pontuações médias de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR) no momento antes do treino em Prática Deliberada

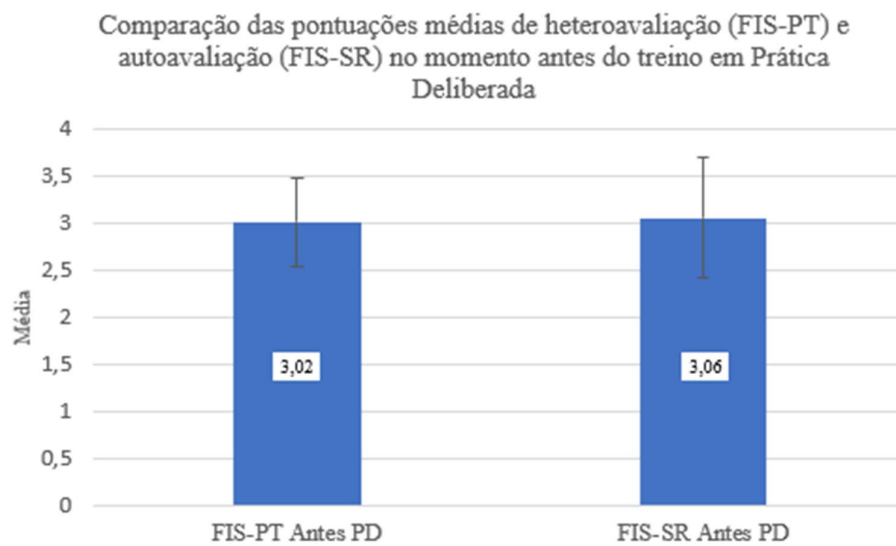


Tabela 3.

Resultados do teste T-Student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações do FIS-PT (heteroavaliação) e do FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em prática deliberada (PD).

FIS-PT Antes PD		FIS-SR Antes PD		t(21)	p	d de Cohen
M	SD	M	SD			
3,02	0,47	3,06	0,64	-0,594	0,559	-0,127

Figura 4.

Comparação das pontuações médias de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR) no momento depois do treino em Prática Deliberada.

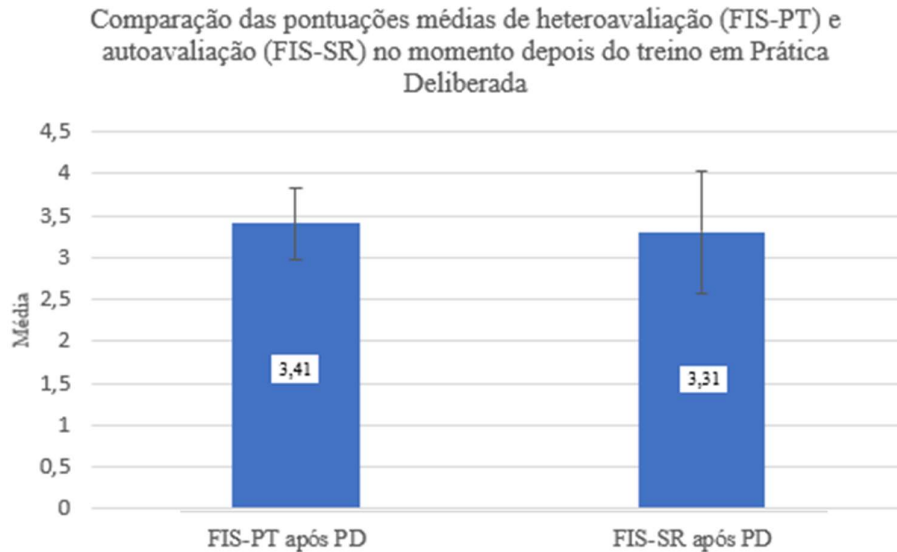


Tabela 4.

Resultados do teste T-Student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações do FIS-PT (heteroavaliação) e do FIS-SR (autoavaliação) depois do treino em prática deliberada (PD).

FIS-PT depois PD		FIS-SR depois PD		t(21)	p	d de Cohen
M	SD	M	SD			
3.41	0.43	3.31	0.73	-0.903	0.389	-0.200

As Tabelas 3 e 4 apresentam a evolução do FIS-PT (heteroavaliação) e do FIS-SR (autoavaliação), respetivamente antes e depois do treino em prática deliberada (PD). Antes do treino em PD, as pontuações médias do FIS-PT ($M = 3,02$; $DP = 0,47$) e do FIS-SR ($M = 3,06$; $DP = 0,64$) não diferiram significativamente, $t(21) = -0,594$, $p = .559$.

De forma semelhante, após o treino em PD, as médias do FIS-PT ($M = 3,41$; $DP = 0,43$) e do FIS-SR ($M = 3,31$; $DP = 0,73$) também não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($t(21) = -0,903$, $p = .389$). Assim, não foram observadas diferenças significativas entre o FIS-PT e o FIS-SR em nenhum dos momentos de avaliação (Figuras 3 e 4).

Nos anexos VIII e IX encontram-se os resultados detalhados das análises por dimensão, antes e depois do treino, respetivamente. Antes do treino (Anexo VIII), apenas a dimensão expressão emocional apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre o FIS e o FIS-SR, $t(21) = -2,464$, $p = .022$. As restantes dimensões: fluência verbal ($t(21) = -0,594$, $p = .559$), esperança e expectativas positivas ($t(21) = 0,231$, $p = .820$), persuasão ($t(21) = 0,892$, $p = .383$), aceitação, afeto e compreensão ($t(21) = -2,075$, $p = .050$), empatia ($t(21) = -0,830$, $p = .416$), capacidade de criar aliança ($t(21) = 0,760$, $p = .456$) e rutura e reparo da aliança ($t(21) = 1,967$, $p = .063$), não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas. Após o treino (Anexo IX), observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Persuasão ($t(21) = 2,295$, $p = .032$) e rutura e reparo da aliança ($t(21) = 2,247$, $p = .035$). As restantes dimensões — fluência verbal ($t(21) = -0,191$, $p = .851$), esperança e expectativas positivas ($t(21) = 0,489$, $p = .630$), expressão emocional ($t(21) = -1,034$, $p = .313$), aceitação, afeto e compreensão ($t(21) = -0,312$, $p = .758$), empatia ($t(21) = -0,568$, $p = .576$) e capacidade de criar aliança ($t(21) = 1,743$, $p = .096$), não apresentaram diferenças significativas.

Evolução do FIS-SR (autoavaliação) entre o momento antes e o após treino em Prática Deliberada

Figura 5.

Evolução das dimensões FIS-SR (autoavaliação) antes e após o treino em Prática Deliberada

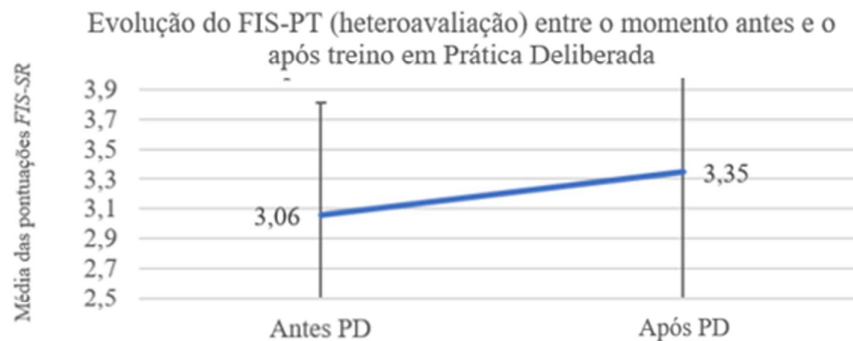


Tabela 5.

Resultados do Teste t-student para amostras emparelhadas na comparação das pontuações FIS- SR (autoavaliação) entre o momento antes e após treino em prática deliberada (PD)

FIS-SR Antes PD		FIS-SR Pós PD		t(21)	p	d de Cohen
M	SD	M	SD			
3,06	0,75	3,35	0,86	-2,121	0,046	-0,45

No anexo X apresentam-se os resultados do FIS-SR (autoavaliação), analisados por dimensão, com o objetivo de comparar as pontuações obtidas antes e após o treino em Prática Deliberada (PD). De um modo geral, verifica-se um aumento das médias no momento pós-treino, sugerindo uma evolução positiva das perceções de competência por parte dos participantes (ver Tabela 5 e Anexo X).

Entre as dimensões analisadas, apenas a Fluência Verbal evidenciou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos ($t(21) = -2,121$, $p = .046$), indicando uma melhoria significativa após o treino. As dimensões Empatia ($t(21) = -1,802$, $p = .086$) e Rutura e Reparo da Aliança ($t(21) = -1,886$, $p = .073$) apresentaram uma tendência para significância, o que poderá traduzir uma ligeira evolução positiva, ainda que sem atingir o limiar convencional de significância estatística. As restantes dimensões: Esperança e Expetativas Positivas ($t(21) = -1,266$, $p = .219$), Persuasão ($t(21) = -0,557$, $p = .584$), Expressão Emocional ($t(21) = -0,477$, $p = .638$), Afeto, Aceitação e Compreensão ($t(21) = -0,951$, $p = .352$) e Capacidade de Criar Aliança ($t(21) = -0,886$, $p = .385$), não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós-treino (ver Anexo X).

Relativamente ao resultado global do FIS-SR, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o momento antes e após o treino ($t(21) = -2,121$, $p = .046$, $d = -0,45$), com um aumento da média de 3,06 ($SD = 0,75$) para 3,35 ($SD = 0,86$) (ver Tabela 5 e Figura 5).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto do treino em Prática Deliberada (PD) no desenvolvimento das Competências Interpessoais Facilitadoras (FIS) de psicólogos em formação avançada em psicoterapia. Foram formuladas duas hipóteses: (H1) as competências interpessoais facilitadoras dos formandos seriam significativamente superiores após o treino em PD; e (H2) as autoavaliações (FIS-SR) apresentariam valores médios superiores às heteroavaliações (FIS-PT) atribuídas pelos avaliadores externos.

Os resultados confirmaram a primeira hipótese, demonstrando uma melhoria significativa nas FIS após o treino, enquanto a segunda hipótese não foi confirmada, uma vez que não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as auto e heteroavaliações. Estes resultados reforçam a eficácia da prática deliberada enquanto metodologia formativa, ao integrar treino estruturado, feedback e reflexão, promovendo o desenvolvimento relacional e

metacognitivo dos terapeutas em formação (Ericsson & Pool, 2016; Rousmaniere, 2017; Vaz & Rousmaniere, 2022; Berning et al., 2024; Nurse et al., 2024; Diamond et al., 2025).

A melhoria observada nas pontuações do FIS-PT após o treino confirma que a PD contribui de forma efetiva para o aperfeiçoamento das competências interpessoais, corroborando os resultados dos investigadores Barata, Sousa e Vaz (2024), que verificaram ganhos significativos na empatia e na capacidade de resposta emocional após treino estruturado. Ainda, Tomás et al. (2025), que observaram melhorias expressivas na qualidade das respostas empáticas e na regulação emocional. A consistência destas evidências sugere que a PD potencia o desenvolvimento de comportamentos terapêuticos ajustados e responsivos às necessidades dos clientes.

No presente estudo, as melhorias ocorreram em todas as dimensões das FIS-PT, com resultados mais acentuados nas dimensões de persuasão e de esperança e expectativas positivas, o que indica que o treino estruturado favoreceu o desenvolvimento de competências de comunicação motivacional e de sustentação da esperança terapêutica. Estes efeitos são coerentes com o estudo de Berning et al. (2024), que identificaram ganhos superiores em competências comunicacionais e motivacionais após treino em PD, e com a revisão sistemática de Nurse et al. (2024), que confirmou o impacto positivo da PD na proficiência interpessoal de terapeutas em formação.

O padrão encontrado é também consistente com o modelo da expertise terapêutica, proposto por Ericsson e Pool (2016), segundo o qual a competência clínica se constrói a partir de prática estruturada e reflexiva, apoiada em feedback imediato e orientada para a superação de dificuldades específicas. Este modelo sustenta que o desempenho de excelência é o produto de treino repetido e consciente, mais do que de experiência acumulada de forma espontânea, uma perspetiva reforçada por estudos como os de Goldberg et al. (2016) e Miller et al. (2020), que identificaram melhorias sustentadas em contextos clínicos onde a PD foi implementada.

Para além do efeito sobre as competências interpessoais, a PD parece também influenciar processos metacognitivos e autorregulatórios, ao promover a reflexão sistemática sobre o desempenho e a capacidade de monitorização interna do progresso clínico (Mahon, 2022; Banner, Patel & Feeney, 2025; Vaz, Sousa & Afonseca, 2023; Hill, Kivlighan & Gerstenblith, 2020; Young & Maack, 2021; Rousmaniere, 2017). Estudos recentes demonstram que o treino reflexivo, associado a feedback contínuo, favorece a autorregulação profissional e a calibragem da perceção de competência, aspetos essenciais à prática clínica eficaz.

Por outro lado, a não confirmação da H2 sugere que o treino em PD poderá ter promovido uma percepção mais realista e calibrada das próprias competências, contrariando a tendência, frequentemente descrita, para a sobrevalorização do desempenho em autoavaliações (Longley et al., 2023; Walfish et al., 2012). A congruência entre FIS-SR e FIS-PT observada neste estudo pode refletir o desenvolvimento de uma percepção mais ajustada das capacidades interpessoais, resultado da prática repetida e da exposição constante ao feedback supervisionado. Este efeito de calibragem metacognitiva é descrito por Banner et al. (2025) como um dos principais mecanismos de aprendizagem em contextos formativos, reforçando a importância da reflexão orientada para a autocorreção.

Os resultados do presente estudo divergem parcialmente dos obtidos por Catalino (2024), que observou uma discrepância significativa entre auto e heteroavaliação após treino em PD. Esta diferença pode dever-se à natureza mais supervisionada do programa aqui analisado e à presença de momentos de feedback estruturado, que terão contribuído para uma percepção mais ajustada das competências. Este equilíbrio entre percepção subjetiva e desempenho objetivo é interpretado como um indicador de maturidade clínica e de desenvolvimento profissional reflexivo, aspetos amplamente reconhecidos como centrais na eficácia terapêutica (Norcross & Lambert, 2019; Wampold, 2015).

O impacto da PD na calibragem da autopercepção tem sido amplamente documentado. Vaz et al. (2023) salientam que o treino deliberado, ao promover ciclos de observação, prática e reflexão, estimula o realismo avaliativo e reduz enviesamentos cognitivos. Da mesma forma, Young e Maack (2021) verificaram que terapeutas expostos a treino deliberado apresentaram autoavaliações mais congruentes com avaliações externas, resultado do aumento da consciência metacognitiva e do feedback corretivo sistemático. Estes efeitos são consistentes com a literatura internacional, que aponta a PD como uma ferramenta eficaz na regulação da autopercepção e na consolidação da aprendizagem reflexiva (Diamond et al., 2025; Rousmaniere, 2017).

De forma integrada, os resultados do presente estudo evidenciam um duplo efeito da prática deliberada: por um lado, o reforço objetivo das competências interpessoais facilitadoras; por outro, a melhoria da autorregulação e da precisão na autoavaliação profissional. Esta dupla vertente é reconhecida na literatura como um dos contributos mais relevantes da PD para a formação em psicoterapia, ao promover não apenas o desempenho observável, mas também a capacidade de reflexão e de aprendizagem autorregulada (Hill et al., 2020; Mahon, 2022; Berning et al., 2024).

Por fim, é corroborado a conceção da prática deliberada (PD) como um modelo formativo eficaz, orientado para a prática ativa e o aperfeiçoamento contínuo (Vaz et al., 2025). A evidência recente confirma que, quando estruturada e acompanhada de feedback regular, a PD promove simultaneamente o desenvolvimento de competências interpessoais e a reflexão crítica do terapeuta (Diamond et al., 2025; Nurse et al., 2024). Em síntese, os resultados deste estudo reforçam que a PD constitui uma metodologia pedagógica sólida e empiricamente validada, capaz de integrar treino técnico, sensibilidade relacional e autorreflexão, contribuindo para a formação de terapeutas mais competentes e conscientes da sua prática.

Limitações e estudos futuros

Apesar dos contributos do presente estudo, é importante reconhecer algumas limitações que condicionam a interpretação dos resultados e que abrem caminho a futuras investigações.

Uma das principais limitações centra-se na dimensão da amostra, que foi relativamente reduzida. O número limitado de participantes restringe a generalização dos resultados e aumenta a probabilidade de a variabilidade individual influenciar as médias obtidas. Em estudos futuros, seria desejável recorrer a amostras mais alargadas e diversificadas, de forma a aumentar a robustez estatística e a representatividade dos dados.

Outra limitação prende-se com o tempo total do estudo, que foi relativamente curto. Esta limitação não permite observar com profundidade a progressão das aprendizagens nem o impacto continuado da aplicação das técnicas ao longo do tempo. Uma forma de superar esta limitação seria o desenvolvimento de um estudo longitudinal, que possibilitasse acompanhar os mesmos participantes durante várias fases da sua formação, permitindo uma análise mais detalhada da evolução das suas competências e da consolidação da prática.

Por fim, destaca-se a falta de controlo sobre o momento em que as respostas aos vídeos foram realizadas na fase de heteroavaliação. Observou-se que alguns participantes responderam a vários vídeos de forma consecutiva, o que, dada a exigência da tarefa, poderá ter provocado fadiga e comprometido a qualidade das respostas. Para reduzir este viés, recomenda-se que, em futuros estudos, seja implementado um procedimento de resposta mais regulado, com intervalos mínimos entre a visualização dos diferentes vídeos, garantindo condições mais homogêneas de concentração e de qualidade nas respostas.

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que a Prática Deliberada é um meio eficaz para o desenvolvimento das Competências Interpessoais Facilitadoras, promovendo uma aprendizagem ativa e orientada para a melhoria contínua. Através de um processo estruturado, baseado na prática intencional, na reflexão e no feedback, os participantes foram capazes de aprimorar as suas respostas relacionais, tornando-as mais empáticas, conscientes e ajustadas. Estes resultados mostram que o desenvolvimento interpessoal não depende apenas do tempo ou da experiência, mas sobretudo do envolvimento deliberado e do compromisso com a prática.

A PD revelou-se, assim, mais do que uma técnica de treino: constitui uma abordagem de aprendizagem que valoriza o esforço, a análise crítica e a autorreflexão como motores do crescimento pessoal e profissional.

Em síntese, este estudo evidencia que o desenvolvimento relacional é um processo intencional, sustentado pela prática e pela consciência do próprio desempenho. Considero este caminho promissor para a construção de profissionais mais atentos, competentes e reflexivos, promovendo uma aprendizagem que integra conhecimento, experiência e humanidade. Ainda assim, serão necessários estudos futuros que aprofundem este tema e reforcem a compreensão sobre o potencial da prática deliberada no desenvolvimento humano e profissional.

Referências

- Abeling, B., Müller, A., Stephan, M., Pollmann, I., & de Zwaan, M. (2018). Negative Effekte von Psychotherapie: Häufigkeit und Korrelate in einer klinischen Stichprobe. *Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 68(09/10), 428-436. <https://doi.org/10.1055/s-0043-117604>
- Abu Sabra, M. A., Al Kalalkeh, M., Khalil, M., Abualruz, H., & Hamdan-Mansour, A. M. (2023). The efficacy of using psychotherapy treatments for obsessive-compulsive disorder on minimizing suicidal thoughts and behaviours: A scoping review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 913-1189. <https://doi.org/10.1002/cpp.2871>
- Allen, J. J., Parker, A., & Ogles, B. M. (2023). A review of the facilitative interpersonal skills performance task and rating method. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cps0000187>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment

- outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). Facilitative interpersonal skill task and rating method. Athens, OH: Ohio University.
- Anderson, T., & Perlman, M. R. (2022). Therapist and client facilitative interpersonal skills in psychotherapy. In J. N. Fuertes (Ed.), *The other side of psychotherapy: Understanding clients' experiences and contributions in treatment* (pp. 99–124). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/0000303-005>
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659- 675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Anderson, T., 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), 65-77.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1913293>
- Axelsson, S., Kihlberg, S., Davis, P., & Nyström, M. B. (2023). Psychotherapy students' experiences of supervisee-centred supervision based on deliberate practice, feedback-informed treatment and self-compassion. *Counselling and Psychotherapy Research*.
<https://doi.org/10.1002/capr.12708>
- Barkham, M., Broglia, E., on behalf of The SCORE Consortium (2023b). Routine outcome monitoring (ROM) and feedback in university student counselling and mental health services: Considerations for practitioners and service leads. *Counselling and Psychotherapy Research*, 00, 1–13. <https://doi.org/10.1002/capr.12694>
- Barkham, M., de Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023a). Routine Outcome Monitoring (ROM) and feedback: research review and recommendations. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841-855. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114>
- 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* (7th ed., pp. 135–189). Wiley.

- 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>
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Barrett-Naylor, R., Malins, S., Levene, J., Biswas, S., Mays, C., & Main, G. (2020). Brief training in psychological assessment and interventions skills for cancer care staff: a mixed methods evaluation of deliberate practice techniques. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1786-1793. <https://doi.org/10.1002/pon.5393>
- Barata, M., Sousa, D., & Vaz, A. (2024). *The effect of deliberate practice training on psychology students' empathic skills*. *Journal of Expertise*, 6(4) & 7(1), 337–351.
- Barata, M., Santos, F., Sousa, D., Silva, T., Alfaced, A., Coelho, R., & Vaz, A. (2025). *We are on the road to somewhere: How deliberate practice can enhance the path of continuing education in mental health*. *Practice Innovations*, 10(2), 132–143. <https://doi.org/10.1037/pri0000273>
- Bergin, A. E. (1963). The empirical emphasis in psychotherapy: A symposium. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 244–250. <https://doi.org/10.1037/h0043353>
- Berning, L., Schöttke, H., & Strauss, B. (2024). *Effects of deliberate practice and structured feedback in psychotherapy training (DeeP): Study protocol for a randomized controlled trial*. *BMC Psychology*, 12(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02015-x>
- Caçador, S., Sousa, D., & Cooper, M. (2023). Inside the consulting room of a highly effective therapist: An analysis of first sessions. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/capr.12705>
- Catalino, C. (2024). *The impact of deliberate practice training on facilitative interpersonal skills in psychotherapy trainees*. [Manuscrito não publicado].

- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Clements-Hickman, A. L., & Reese, R. J. (2020). Improving therapists' effectiveness: Can deliberate practice help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 606–612. <https://doi.org/10.1037/pro0000318>
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, 58(1), 7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ open*, 3(4), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- 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>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I.A., Furukawa, T. (2021). Psychotherapies for depression: a network metaanalysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- de Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F. F. (2019). The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors?. *New Ideas in Psychology*, 54, 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.01.006>
- de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>

- Delgadillo, J., Deisenhofer, A.-K., Probst, T., Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Kleinstäuber, M. (2022). Progress feedback narrows the gap between more and less effective therapists: A therapist effects meta-analysis of clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(7), 559–567. <https://doi.org/10.1037/ccp0000747>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 371–378. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Di Bartolomeo, A. A., Shukla, S., Westra, H. A., Shekarak Ghashghaei, N., & Olson, D. A. (2021). Rolling with resistance: A client language analysis of deliberate practice in continuing education for psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 433-441. <https://doi.org/10.1002/capr.12335>
- Dixon, L. J., & Linardon, J. (2020). A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 181-196. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1620324>
- Edmondstone, C., Pascual-Leone, A., Soucie, K., & Kramer, U. (2023). Therapist effects on outcome: Meaningful differences exist early in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 17(2), 149–157. <https://doi.org/10.1037/tep0000402>
- Eielsen, M., Ulvenes, P. G., Røssberg, J. I., Høstmælingen, A., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2022). The Effectiveness of an Intensive Inpatient Psychotherapy Program for Chronic Depression: A naturalistic comparison with wait list. *BMC psychiatry*, 22(1), 745. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04381-5>
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (p.683-703). *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511816796.038> 52
- Ericsson, K. A. (2020). Towards a science of the acquisition of expert performance in sports: Clarifying the differences between deliberate practice and other types of practice. *Journal of sports sciences*, 38(2), 159-176. <https://doi.org/10.1080/02640414.2019.1688618>
- Ericsson, K. A. (2021). Given that the detailed original criteria for deliberate practice have not changed, could the understanding of this complex concept have improved over time? A response to Macnamara and Hambrick (2020). *Psychological Research*, 85(3), 1114-1120. <https://doi.org/10.1007/s00426-020-01368-3>

- Ericsson, K. A., & Harwell, K. W. (2019). Deliberate practice and proposed limits on the effects of practice on the acquisition of expert performance: Why the original definition matters and recommendations for future research. *Frontiers in psychology*, 10, 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02396>
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Ericsson, K. A., & Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Fernandez, D., Vigo, D., Sampson, N. A., Hwang, I., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., de Giromalo, G., de Jonge, P., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E. G., Karam, G., Kawakami, N., Kiejna, A., ... Haro, J. M. (2021). Patterns of care and dropout rates from outpatient mental healthcare in low-, middle-and high-income countries from the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *Psychological medicine*, 51(12), 2104-2116.. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000884>
- Ferreira, L., Guerra, C., & Vieira-Coelho, M. A. (2023). Predictors of psychotherapy dropout in patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/cpp.2888>
- Finsrud, I., Nissen-Lie, H. A., Vrabel, K., Høstmælingen, A., Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2022). It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors. *Psychotherapy Research*, 32(2), 139-150.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy research*, 24(2), 117-131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2016a). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>

- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155-163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2014). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408-419. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.927601>
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(1), 25-32. <https://doi.org/10.1002/cpp.656>
- 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>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical 54 treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91-105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
- Hill, C. E., Kivlighan, D. M. III, Rousmaniere, T., Kivlighan, D. M., Jr., Gerstenblith, J. A., & Hillman, J. W. (2020). Deliberate practice for the skill of immediacy: A multiple case study of doctoral student therapists and clients. *Psychotherapy*, 57(4), 587-597. <https://doi.org/10.1037/pst0000247>
- Høstmælingen, A., Ulvenes, P., Nissen-Lie, H. A., Eielsen, M., & Wampold, B. E. (2021). Comparing outcomes in chronic depression following inpatient psychotherapy for patients continuing versus discontinuing antidepressant medication. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1111-1127. <https://doi.org/10.1002/cpp.2561>
- Iliakis, E. A., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(3), 193-206. <https://doi.org/10.1037/per0000453>
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of affective disorders*, 110(3), 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.018>
- Janse, P. D., Bakker-Brehm, D. T., Geurtzen, N., Scholing, A., & Hutschemaekers, G. J. (2022). Therapists' self-assessment of time spent on learning activities and its relationship to

- treatment outcomes: A replication study. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1070-1081. <https://doi.org/10.1002/jclp.23459>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Kappelman, N., Rein, M., Fietz, J., Mayberg, H. S., Craighead, W. E., Dunlop, B. W., Nemeroff, C. B., Keller, M., Klein, D. N., Arnow, B. A., Husain, N., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Menchetti, M., Parker, G., Barber, J. P., Bastos, A. G., Dekker, J., Peen, J., ... Kopf-Beck, J. (2020). Psychotherapy or medication for depression? Using individual symptom meta-analyses to derive a Symptom-Oriented Therapy (SOrT) metric for a personalised psychiatry. *BMC medicine*, 18, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01623-9>
- Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C., Färber, F., & Rosendahl, J. (2023). Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study protocols: A systematic review. *Psychotherapy*, 60(1), 130–148. <https://doi.org/10.1037/pst0000359>
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Larsson, J., Werthén, D., Carlsson, J., Salim, O., Davidsson, E., Vaz, A., Sousa, D., & Norberg, J. (2023). Does deliberate practice surpass didactic training in learning empathy skills?—A randomized controlled study. *Nordic Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/19012276.2023.2247572>
- Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E. E., Brennan, L., Barillaro, M., & Wilfley, D. E. (2019). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(7), 870-881. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>
- Longley, M., Kästner, D., Daubmann, A., Hirschmeier, C., Strauß, B., & Gumz, A. (2023). Prospective psychotherapists' bias and accuracy in assessing their own facilitative interpersonal skills. *Psychotherapy*, 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000506>

- Macnamara, B. N., Hambrick, D. Z., & Oswald, F. L. (2014). Deliberate practice and performance in music, games, sports, education, and professions: A meta-analysis. *Psychological science*, 25(8), 1608-1618. <https://doi.org/10.1177/0956797614535810>
- Mahon, D. (2022). A scoping review of deliberate practice in the acquisition of therapeutic skills and practices. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(4), 965- 981. <https://doi.org/10.1002/capr.12601>
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566-578.
- McLeod, J. (2021). How students use deliberate practice during the first stage of counsellor training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), 207-218. <https://doi.org/10.1002/capr.12397>
- Miller, S. D., Chow, D., Wampold, B. E., Hubble, M. A., Del Re, A. C., Maeschalck, C., & Bargmann, S. (2020). To be or not to be (an expert)? Revisiting the role of deliberate practice in improving performance. *High Ability Studies*, 31(1), 5-15. <https://doi.org/10.1080/13598139.2018.1519410>
- Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, J. P., Jelinek, L., & Peth, J. (2019). It can't hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), 577–586. <https://doi.org/10.1007/s00406018-0931-1>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A reanalysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268-274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Murphy, D., Liao, F., Slovak, P., Holle, L. M., Jackson, D., Olivier, P., & Fitzpatrick, G. (2020). An evaluation of the effectiveness and acceptability of a new technology system to support psychotherapy helping skills training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(2), 324-335. <https://doi.org/10.1002/capr.12275>
- Newman, D. S., Villarreal, J. N., Gerrard, M. K., McIntire, H., Barrett, C. A., & Kaiser, L. T. (2022). Deliberate practice of consultation communication skills: A randomized controlled trial. *School Psychology*, 37(3), 225- 235. <https://doi.org/10.1037/spq0000494>

- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions (3^a ed., Vol 1). *Oxford University Press*.
- Nurse, R., Ong, J., Ghali, A., & Rousmaniere, T. (2024). *The influence of deliberate practice on skill performance in therapeutic work: A systematic review of early studies. Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2951>
- Ogles, B. M., Hansen, K. L., & Erikson, D. M. (2023). Competence-based assessment and training for ethical situations in practice: a *pilot study*. *Ethics & Behavior*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/10508422.2023.2263896>
- Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., Rocha, E. C., Silva Júnior, J. A., & Freitas, D. (2016). Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, 18(42), 384–411. <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>
- Pereira, G. L., Trujillo-Sánchez, C., Alonso-Vega, J., Echevarría-Escalante, D., & FroxánParga, M. X. (2023). What do we know about highly effective therapists? A systematic review. *Annals of psychology*, 39(1), 10-19. <https://doi.org/10.6018/analesps.499371>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Finkelstein, J. D., Foley, V. K., Mimnaugh, S., Gooch, C. V., David, K. C, Martin, S. J., & Safran, J. D. (2023). Facilitative interpersonal relationship training enhances novices’ therapeutic skills. *Counselling Psychology Quarterly*, 36(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2049703>
- 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>
- Poster, M. F. (2019). Review of “common factors,” personal reflections, and introduction of the shaving brush model of integrated psychotherapies. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(5), 374-378.
- Rahmani, F., Abbass, A., Hemmati, A., Mirghaed, S. R., & Ghaffari, N. (2020). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder: randomized trial

- and substudy of emphasizing feeling versus defense work. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(3), 245-251. 10.1097/nmd.0000000000001097
- Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D. F. Ricks, A. Thomas, & M. Roff (Eds.), *Life history research in psychopathology: III*. University of Minnesota Press.
- 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>
- Rønning, S. B., & Bjørkly, S. (2019). The use of clinical role-play and reflection in learning therapeutic communication skills in mental health education: an integrative review. *Advances in medical education and practice*, 415-425. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S202115>
- Rosén, E. (2019). Learning how to learn: Psychology trainees' self-compassion while implementing deliberate practice, with FIT at a psychotherapy training clinic.
- 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>
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49(2), 298–304. <https://doi.org/10.1037/h0061172>
- Schwartz, B., Rousmaniere, T., & Strauss, B. (2025). *Therapists' interpersonal skills and their effect on treatment outcome. Behaviour Research and Therapy*, 172, 104432. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104432>
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: A feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 512–531. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.512>
- Shukla, S., Di Bartolomeo, A. A., Westra, H. A., Olson, D. A., & Shekarak Ghashghaei, N. (2021). The impact of a deliberate practice workshop on therapist demand and support behavior with community volunteers and simulators. *Psychotherapy*, 58(2), 186–195. <https://doi.org/10.1037/pst0000333>
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>

- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos*. Fim de Século.
- Strauss, B., Gawlytta, R., Schleu, A., & Frenzl, D. (2021). Negative effects of psychotherapy: Estimating the prevalence in a random national sample. *BJPsych Open*, 7(6), 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1025>
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/h0088565>
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629-642. <https://doi.org/10.1080/10503300701320611>
- van Dijk, D. A., Deen, M. L., van den Boogaard, T. M., Ruhé, H. G., Spijker, J., & Peeters, F. P. M. L. (2023). Prevalence and prediction of dropout during depression treatment in routine outpatient care: an observational study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 273(5), 1151-1161. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01499-1>
- Vaz, A., & Rousmaniere, T. (2022). Clarifying Deliberate Practice for Mental Health Training.
- Vaz, A., Sousa, D., & Afonseca, M. (2023). *Treino em psicoterapia. Como usar a prática deliberada para melhorar resultados clínicos*. Pactor.
- Vaz, A., Rousmaniere, T., Sousa, D., Coelho, R., & Barata, M. (2023). *Enhancing therapists' skills through deliberate practice: Evidence and implications for training and supervision..* *Journal of Expertise*, 6(4–7), 352–365.
- Vaz, A., McLeod, J., & Nissen-Lie, H. A. (2025). *Rethinking psychotherapy training and supervision: The case for deliberate practice*. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23777>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of selfassessment bias in mental health providers. *Psychological reports*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-6>
- 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. (2013). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem.

- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Westra, H. A., Norouzian, N., Poulin, L., Coyne, A., Constantino, M. J., Hara, K., Olson, D., & Antony, M. M. (2021). Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers. *Psychotherapy*, 58(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/pst0000311>
- Yamin, J. B., Cannoy, C. N., Gibbins, K. M., Krohner, S., Rapport, L. J., Trentacosta, C. J., Zeman, L. L., & Lumley, M. A. (2023). Experiential training of mental health graduate students in emotional processing skills: A randomized, controlled trial. *Psychotherapy*, 60(4), 512–524. <https://doi.org/10.1037/pst0000495>
- Young, J., & Maack, D. J. (2021). Incorporating Deliberate Practice in the Process of Continual Therapeutic Skill Development. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(2), 267-280. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.009>
- Young, J., Schruoff, M., Humphrey, C., & Pavlacic, J. M. (2023). Multiple-Baseline Design Study of Deliberate Practice for Learning Psychotherapeutic Techniques. *EvidenceBased Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/23794925.2023.227294>

Anexo I- Revisão de Literatura

Eficácia Geral da Psicoterapia

Os estudos mais antigos sobre a psicoterapia foram marcados por um debate controverso, iniciado com o investigador Eysenck (1952), que defendia que a psicoterapia não produzia benefícios relevantes para os pacientes, podendo até prejudicar o seu progresso. Esta perspetiva acabou por influenciar, na época, tanto a sociedade em geral como a comunidade científica (Smith & Glass, 1977).

Em contrapartida, Stupp (1963) e Rosenzweig (1954), sustentaram que a psicoterapia apresentava, de facto, eficácia. Mais tarde, através de uma meta-análise, Smith e Glass (1977) vieram confirmar empiricamente esta hipótese, fornecendo evidência robusta em favor da utilidade da psicoterapia. Posteriormente, Wampold (2013) apresentou uma investigação que une a evolução desta perspetiva ao longo de várias décadas, oferecendo uma visão abrangente sobre a forma como a compreensão da eficácia da psicoterapia se desenvolveu ao longo do tempo.

Nos últimos anos, tornou-se evidente que a intervenção psicológica gera benefícios consistentes para os pacientes. (Abu Sabra et al., 2023) Quando comparada com a ausência de intervenção ou com condições de placebo, este tipo de prática demonstra maior capacidade de reduzir a angústia emocional. Em termos estatísticos, os indivíduos que tenham tido uma intervenção psicológica apresentam melhorias acentuadas comparativamente à grande maioria das pessoas que não têm acesso a qualquer forma de tratamento psicológico (Lambert, 2013; Miller et al., 2013; Wampold, 2013). E, por outro lado, os efeitos benéficos da psicoterapia tendem a manter-se por mais tempo, apesar de, em muitos casos, apresentar uma eficácia comparável à das intervenções farmacológicas (De Maat et al., 2006; Cuijpers et al., 2013; Cuijpers et al., 2020; Imel et al., 2020; Kappelmann et al., 2020; Høstmaelingen et al., 2021).

Após a verificação de que a psicoterapia se revela eficaz, tornou-se necessário refletir sobre a eventual predominância de uma determinada abordagem terapêutica (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Contudo, a evidência empírica tem demonstrado a inexistência de diferenças significativas em função do tipo de perturbação ou da orientação teórica adotada, corroborando a ideia de que a eficácia da psicoterapia é transversal aos diversos modelos teóricos (Miller et al., 2008; Wampold et al., 2017).

Desafios da psicoterapia

Embora a eficácia da psicoterapia esteja amplamente reconhecida, a literatura evidencia diversos desafios e constrangimentos (Sousa, 2017). Uma das fragilidades mais recorrentes prende-se com a interrupção precoce dos processos terapêuticos (Linardon et al., 2019; Dixon & Linardon, 2020). Estudos indicam que uma parte expressiva dos clientes abandona o tratamento antes de alcançar melhorias clínicas relevantes. Uma meta-análise que reuniu 669 estudos estimou uma taxa média de 19,7% de desistência, o que equivale a cerca de um em cada cinco clientes (Swift & Greenberg, 2012). Enquanto uma outra meta-análise mais recente identificou valores que podem atingir os 28% (Dixon & Linardon, 2020). A consistência da relação entre terapeuta e cliente é determinante para a continuidade do processo terapêutico, sendo uma aliança terapêutica frágil um fator de risco para o abandono precoce (Ferreira et al., 2023; Linardon et al., 2019).

Outro aspeto documentado empiricamente diz respeito à ocorrência de resultados negativos ou ausência de progresso clínico após a intervenção psicológica. Embora a maioria dos clientes beneficie do processo terapêutico, uma proporção não negligenciável apresenta pouca ou nenhuma melhoria e, em alguns casos, agravamento dos sintomas (Barlow, 2010). Estima-se que 30% dos pacientes não demonstram melhorias significativas e que cerca de 10% podem manifestar um declínio do seu estado psicológico (Barkham & Lambert, 2021). Vários estudos têm evidenciado a existência de efeitos adversos associados à psicoterapia, entendidos como reações negativas ou experiências indesejadas que ocorrem durante o processo terapêutico (Moritz et al., 2019; Klatte et al., 2023). Estes efeitos podem surgir independentemente da qualidade da intervenção ou da competência do terapeuta, refletindo a complexidade e a natureza interpessoal da prática clínica. Moritz et al. (2019) identificaram que cerca de 52,6% dos clientes reportaram ter experienciado pelo menos um efeito negativo ao longo da psicoterapia, enquanto Klatte et al. (2023) enfatizam a importância de os terapeutas reconhecerem e monitorizarem este tipo de ocorrência, como parte de uma prática responsável e preventiva.

Um desafio adicional diz respeito à tendência sistemática dos psicoterapeutas para sobrestimarem a própria eficácia clínica, avaliando as suas competências de forma mais favorável do que seria objetivamente sustentado pelos resultados (Lambert, 2015). De acordo com Walfish et al. (2012), cerca de um quarto dos terapeutas considera situar-se no percentil 90 de eficácia, e nenhum se identifica como abaixo da média, o que sugere uma percepção excessivamente otimista do próprio desempenho. Esta discrepância entre percepção e realidade pode levar a uma menor sensibilidade à deterioração dos clientes e à ausência de ajustes necessários ao longo do tratamento (Hartmann et al. 2015).

Para mitigar esta limitação, tem-se destacado a importância da monitorização contínua de resultados, especialmente através da utilização de *feedback* clínico (Lambert, 2018; de Jong et al., 2021). Uma vez que, o uso destes sistemas contribui para melhorias médias de cerca de 8% nos resultados terapêuticos globais (Barkham et al., 2023a) e para uma diminuição significativa das taxas de deterioração (Lambert et al., 2018). Além disso, a integração do *feedback* permite baixar a sintomatologia e reduzir a probabilidade de abandono prematuro (de Jong et al., 2021). Por fim, este processo promove também um reforço da colaboração terapêutica, ao facilitar a deteção precoce de dificuldades, o reajuste de estratégias e o restabelecimento da aliança terapêutica (Norcross & Lambert, 2018).

Fatores Comuns

Paralelamente, é evidenciada a importância de elementos transversais que influenciam o processo de mudança terapêutica (Duncan et al., 2010; Wampold & Imel, 2015; Norcross & Lambert, 2019). Foi neste contexto que Saul Rosenzweig (1936) introduziu o conceito de fatores comuns, defendendo que a melhoria dos clientes não depende exclusivamente das técnicas específicas utilizadas, mas de um conjunto de mecanismos universais partilhados pelas diferentes abordagens psicoterapêuticas.

A consolidação do conceito de fatores comuns levou ao reconhecimento de que a eficácia da psicoterapia apoia-se, em larga medida, em componentes partilhados pelas diferentes abordagens, e não apenas nas suas técnicas específicas (de Felice et al., 2019; Wampold, 2015). Esta perspetiva remonta à proposta de Saul Rosenzweig (1936) e à formulação do célebre “veredicto do pássaro Dodô”, segundo o qual as diversas modalidades terapêuticas apresentam níveis de eficácia semelhantes. A expressão simboliza a ideia de que, independentemente do modelo teórico, “todas as terapias ganham”, uma vez que é o conjunto de elementos comuns, que contribui para os resultados clínicos (Poster, 2019).

Modelo Contextual

Assim, ao longo das últimas décadas, foram propostos diferentes modelos explicativos da mudança terapêutica (Cuijpers et al., 2019). Entre estes, o Modelo Contextual, de Wampold e Imel (2015), destaca-se como uma das formulações mais abrangentes, ao defender que a eficácia psicoterapêutica emerge da interdependência entre terapeuta, cliente e relação terapêutica, sustentada num enquadramento de colaboração e sentido partilhado.

O Modelo Contextual propõe uma compreensão integradora da mudança terapêutica, sustentando que a eficácia da psicoterapia decorre da interação dinâmica entre terapeuta, cliente

e relação terapêutica, elementos considerados interdependentes no processo de mudança (Wampold & Imel, 2015). Esta perspectiva enfatiza que os resultados clínicos não dependem apenas das técnicas específicas utilizadas, mas de fatores relacionais e simbólicos que moldam a experiência terapêutica e o significado atribuído à intervenção (Cuijpers et al., 2019).

Inspirado na formulação clássica de Jerome e Julia Frank (1993), o modelo conceptualiza a psicoterapia como um contexto de significado, no qual o cliente encontra esperança, compreensão e orientação para lidar com o sofrimento e promover transformação pessoal. De acordo com Wampold e Imel (2015), a mudança terapêutica ocorre através de três vias principais: (1) “a relação real entre terapeuta e cliente”, que promove aceitação, envolvimento e segurança emocional; (2) “a criação de expectativas positivas”, que reforça a motivação e a crença na possibilidade de mudança; e (3) “a realização de ações terapêuticas”, dentro e fora das sessões, que consolidam aprendizagens e sustentam o progresso clínico.

Investigações recentes, como a de Finsrud et al. (2022), confirmam que estas três vias operam de forma interdependente e que a eficácia da intervenção depende da capacidade do terapeuta em articular essas dimensões de modo sensível e ajustado às necessidades individuais do cliente. A literatura contemporânea reforça esta perspectiva, salientando que a qualidade da relação terapêutica e as competências interpessoais do terapeuta, nomeadamente a empatia, a autenticidade e a responsividade, desempenham um papel decisivo na facilitação da mudança psicológica (Vaz & Sousa, 2021).

Efeitos do Terapeuta

O conceito de efeitos do terapeuta refere-se à parte da variação dos resultados em psicoterapia que pode ser explicada pelas diferenças individuais entre profissionais, independentemente da abordagem teórica ou das técnicas utilizadas (Barkham et al., 2017; Johns et al., 2019; Miller et al., 2013). Diversos estudos têm mostrado que o terapeuta constitui um fator ativo do processo terapêutico, influenciando os resultados através das suas competências pessoais e interpessoais, da capacidade de adaptação ao cliente e do modo como conduz a relação terapêutica (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Assim, mais do que um mero aplicador de métodos, o terapeuta é um agente determinante na eficácia clínica, contribuindo para a mudança psicológica por via das suas qualidades humanas e profissionais (Wampold & Brown, 2005; Baldwin & Imel, 2013).

A evidência empírica indica que os resultados obtidos em psicoterapia variam de forma sistemática entre terapeutas, sendo estimado que essas diferenças expliquem, em média, entre 5% e 8% da variação total dos resultados clínicos (Chow et al., 2015; Barkham et al., 2017; Johns et

al., 2019; Miller et al., 2013). Em termos interpretativos, estas percentagens não representam medidas absolutas de qualidade, mas antes evidenciam diferenças sistemáticas no modo como os terapeutas influenciam a eficácia das intervenções (Johns et al., 2019). Este conjunto de evidências sustenta uma mudança de foco na literatura: de uma ênfase exclusiva nas técnicas e modelos para um reconhecimento crescente da importância das características pessoais e relacionais do terapeuta (Garfield, 1997; Norcross & Lambert, 2018).

Nos últimos anos, o estudo dos efeitos do terapeuta tem procurado compreender o que distingue os profissionais mais eficazes e de que forma essas competências podem ser desenvolvidas (Wampold et al., 2019). A literatura aponta que o treino deliberado, a supervisão contínua e a monitorização sistemática dos resultados clínicos — frequentemente apoiadas por sistemas de feedback — são estratégias que favorecem o aperfeiçoamento das capacidades terapêuticas (Miller et al., 2013; Wampold et al., 2019). Compreender e potenciar os efeitos do terapeuta constitui, assim, um passo essencial para o avanço de uma prática psicoterapêutica baseada na evidência e centrada na qualidade da relação terapêutica (Wampold et al., 2019; Johns et al., 2019).

Expertise em psicoterapia

Apesar de os modelos teóricos e os fatores partilhados entre abordagens contribuírem para a eficácia da psicoterapia, verificam-se diferenças consistentes entre terapeutas no impacto obtido junto dos seus clientes (Wampold, 2015; Barkham, Lutz, Lambert & Saxon, 2017). Essas variações deram origem ao estudo da expertise em psicoterapia, conceito que descreve o desempenho consistentemente superior de alguns profissionais, resultante da integração de competências técnicas, interpessoais e reflexivas (Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

A expertise não se limita à aplicação eficaz de técnicas, mas envolve um funcionamento clínico sofisticado, sustentado pela capacidade de análise complexa das situações terapêuticas, julgamento clínico apurado e sensibilidade relacional (Goldberg, Hoyt, Nissen-Lie, Nielsen & Wampold, 2016; Lambert, 2013a; Wampold, 2015).

Os terapeutas altamente eficazes tendem a apresentar mapas cognitivos mais elaborados sobre o processo terapêutico, o que lhes permite reconhecer padrões de funcionamento e interpretar com maior precisão as nuances emocionais e contextuais dos clientes (Chi, Glaser & Farr, 1988; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Estas características traduzem-se em flexibilidade, responsividade e capacidade de adaptação às necessidades clínicas de cada paciente, dimensões que distinguem os terapeutas mais eficazes dos restantes (Norcross & Lambert, 2018; Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2018).

O desenvolvimento da expertise está associado a uma postura de reflexão contínua sobre a própria prática, apoiada na análise crítica das intervenções e na integração sistemática do feedback clínico (Lambert, 2013a). A expertise implica, assim, uma disposição permanente para aprender a partir da experiência, em vez de assumir a estabilidade das competências adquiridas. Rosenzweig (1936) já destacava que a eficácia terapêutica depende não apenas do método, mas também das qualidades pessoais e da capacidade de crescimento do terapeuta. Nesse sentido, a prática deliberada tem sido apontada como uma das estratégias que facilitam esse desenvolvimento, quando utilizada como meio de aperfeiçoamento intencional e autorreflexivo (Ericsson, Krampe & Tesch-Römer, 1993; Chow et al., 2015).

A experiência acumulada, por si só, não garante melhores resultados. Em alguns casos, a ausência de reflexão e avaliação pode conduzir à estagnação da eficácia clínica (Goldberg et al., 2016). O progresso profissional parece depender mais da qualidade do envolvimento do terapeuta em processos de aprendizagem contínua, supervisão e autorregulação emocional do que do número de anos de prática (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Miller et al., 2018).

A investigação recente também sublinha a importância de características pessoais e relacionais no desempenho clínico. Níveis equilibrados de auto-dúvida profissional, aliados a uma base sólida de auto-afiliação e aceitação pessoal, promovem abertura ao feedback e evitam a rigidez na condução do tratamento (Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2017). Outras dimensões, como empatia, autorreflexão, compromisso ético e capacidade de reparar rupturas na aliança terapêutica, surgem como componentes centrais da expertise (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Norcross & Lambert, 2018).

Em síntese, a expertise em psicoterapia resulta de um equilíbrio dinâmico entre competências técnicas, sensibilidade interpessoal e reflexão profissional contínua. Mais do que uma característica inata, constitui um processo de desenvolvimento sustentado pela aprendizagem intencional, pelo autoconhecimento e pela capacidade de traduzir essa integração em prática clínica eficaz (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Wampold, 2015).

Competências interpessoais facilitadoras (FIS)

O conjunto de aptidões interpessoais facilitadoras (FIS) refere-se à maneira como o terapeuta mobiliza relacionamentos, emoções e intervenções de modo a promover alterações positivas no paciente, com base na perspectiva dos fatores comuns (por exemplo: empatia, capacidade de vínculo, resposta a rupturas) (Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013; Santos et al., 2023). A investigação revela que estas competências não dependem exclusivamente do tipo de perturbação ou da orientação teórica utilizada, mas refletem “como o terapeuta está presente” no processo terapêutico (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Anderson et al., 2016). Além disso, níveis mais elevados de FIS no terapeuta têm sido associados a melhores resultados clínicos e a uma aliança terapêutica mais forte desde as primeiras sessões (Anderson et al., 2016).

FIS Performance Task(FIS-PT)

A investigação no domínio das competências interpessoais facilitadoras (FIS), referidas anteriormente, têm vindo a evidenciar a sua relevância tanto na prática clínica como na formação de psicoterapeutas (Allen et al., 2023). Este conjunto de competências tem raízes nas condições propostas por Carl Rogers (1957): empatia, autenticidade e aceitação incondicional, consideradas fundamentais para promover mudança terapêutica. Ao longo das últimas décadas, estas dimensões foram operacionalizadas e integradas em modelos contemporâneos que procuram compreender de que forma a qualidade da relação terapêutica influencia os resultados do tratamento (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009).

Com o objetivo de avaliar estas competências em contexto controlado, foi desenvolvido o *FIS Performance Task* (Anderson & Patterson, 2013; Anderson et al., 2009), um instrumento que simula situações interpessoais complexas, permitindo observar a forma como o terapeuta reage a momentos de tensão emocional ou relacional. Durante o procedimento, o participante assiste a vídeos curtos que representam excertos de sessões de psicoterapia e, em determinados momentos, deve interromper a visualização para responder como se estivesse na posição de terapeuta. As respostas são registadas e mais tarde cotada por avaliadores com base em critérios definidos (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019). Cada resposta é cotada segundo um manual estruturado que integra oito dimensões principais: fluência verbal, esperança e expectativas positivas, persuasão, expressão emocional, aceitação e compreensão, empatia, criação de aliança e reparação de rupturas (Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013). Estes domínios traduzem, de forma operacional, os princípios rogerianos e são avaliados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, que varia de 1 (“Não característico”) a 5 (“Extremamente característico”). (Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013).

O FIS- PT tem demonstra boa fiabilidade psicométrica, bem como forte validade ecológica, uma vez que os cenários apresentados são realistas e próximos das situações vividas em sessão (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013). As oito dimensões revelam consistência interna e formam um construto unificado, preditor significativo de melhores resultados terapêuticos (Anderson et al., 2009, 2016).

Estudos centrados na autoavaliação das FIS indicam, no entanto, uma inclinação para a reverenciação das próprias competências por parte dos terapeutas. Embora exista uma correlação positiva entre as autoavaliações e as avaliações externas, os valores autorreportados são geralmente superiores (Longley et. al., 2023). Características como autoconfiança e autoapreciação parecem explicar parte dessa diferença, enquanto fatores demográficos, como idade, género ou experiência, não mostraram associações relevantes.

A aplicação do FIS-PT tem-se mostrado útil não apenas como instrumento de avaliação, mas também como ferramenta pedagógica e de supervisão clínica. O seu uso em programas de treino permite que terapeutas em formação pratiquem respostas, observem modelos eficazes e recebam feedback individualizado (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013; Longley et al., 2023).

Pesquisas sobre treino baseado nas FIS demonstram ganhos significativos na capacidade de reconhecer e trabalhar as emoções do paciente, bem como no desenvolvimento da aliança terapêutica (Anderson et al., 2019, 2022). Por fim, vários autores salientam que a formação de psicoterapeutas deve ocorrer num ambiente que incentive a aceitação do erro e a curiosidade sobre o próprio processo, em vez de uma postura defensiva face à incerteza (Nissen-Lie et al., 2017). Criar condições para que o aprendiz reconheça as suas limitações e se permita aprender com elas favorece um desenvolvimento profissional mais genuíno e contribui para uma prática clínica globalmente mais eficaz (Barkham et al., 2017; Edmondstone et al., 2023).

Prática Deliberada

O conceito de prática deliberada (PD) tem vindo a afirmar-se como um modelo central para compreender o desenvolvimento da expertise em diferentes contextos profissionais, incluindo a psicoterapia (Vaz et al., 2023). A literatura mostra que o desempenho de excelência não depende apenas do número de anos de experiência, mas sobretudo da qualidade do treino e da forma como o profissional se envolve ativamente no seu processo de aprendizagem (Ericsson & Pool, 2016; Vaz & Rousmaniere, 2022).

A PD descreve um tipo de treino estruturado, com objetivos específicos e foco na melhoria de aspetos concretos da performance (Ericsson & Pool, 2016). O praticante envolve-se conscientemente na tarefa, procurando ultrapassar as próprias limitações, em vez de se limitar a repetir rotinas de trabalho (Ericsson et al., 1993; Vaz et al., 2023). Este envolvimento implica atenção plena, esforço intencional e abertura ao feedback, sendo que a progressão depende da capacidade de o indivíduo identificar as suas fragilidades e transformá-las em oportunidades de aperfeiçoamento (Ericsson & Harwell, 2019). Para que uma prática possa ser considerada deliberada, a investigação identifica quatro características fundamentais: “(1) definição de metas claras e individualizadas; (2) presença de feedback imediato e contínuo; (3) repetição estruturada de tarefas semelhantes; e (4) acompanhamento por um formador experiente ou expert coach” (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson & Pool, 2016; Miller et al., 2020). Estas condições tornam o processo mais exigente do que a simples experiência acumulada, uma vez que requerem esforço cognitivo elevado e persistência emocional (Hill et al., 2020).

Esta prática distingue-se também de outros tipos de treino por ocorrer, frequentemente, fora da zona de conforto do praticante. (Hill et al., 2020). Exige concentração, disciplina e uma postura ativa face ao erro. A prática não é, por isso, não é naturalmente prazerosa, mas é reconhecida como um dos métodos mais eficazes para alcançar desempenhos consistentes e duradouros (Ericsson & Pool, 2016; Vaz et al., 2023). Um dos mecanismos centrais que explica a eficácia deste modelo é o desenvolvimento de representações mentais complexas, que permitem ao profissional organizar e antecipar melhor as suas ações (Ericsson & Pool, 2016). À medida que essas representações se tornam mais refinadas, aumenta a capacidade de correção autónoma do desempenho (Ericsson, 2021). Este processo reflete-se, em psicoterapia, na forma como o terapeuta aprende a identificar padrões emocionais, ajustar intervenções e regular as próprias respostas perante o paciente (Vaz & Rousmaniere, 2022).

Baseia-se ainda, num processo contínuo de definição de objetivos, prática intencional e integração de feedback. O formador desempenha um papel essencial, orientando o aprendiz a partir do seu nível atual e ajudando-o a transformar o conhecimento teórico em competência prática (Ericsson & Harwell, 2019; Mahon, 2022). Em contexto clínico, esta abordagem traduz-se no treino de habilidades terapêuticas específicas como: a escuta ativa, a empatia e a gestão emocional, e de forma repetida e supervisionada, até se tornarem automáticas e eficazes (Vaz et al., 2023).

A popular “regra das 10 000 horas” (Gladwell, 2008) contribuiu para divulgar o papel da PD, mas a investigação contemporânea demonstra que a qualidade do treino é mais determinante do que o tempo total investido. O desempenho de excelência depende da estrutura, do feedback e da autorreflexão constante, mais do que da duração da prática (Ericsson & Harwell, 2019). Assim,

a expertise é entendida como um processo em desenvolvimento contínuo, sustentado por motivação, disciplina e aprendizagem permanente (Vaz et al., 2023).

Em síntese, a prática deliberada oferece um enquadramento que permite transformar o conhecimento conceptual em competência relacional e técnica, favorecendo a evolução do terapeuta ao longo da sua carreira (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022).

Prática Deliberada em Psicoterapia

A formação em psicoterapia tem vindo a evoluir de um modelo predominantemente teórico para uma abordagem mais experiencial, sistemática e orientada para o desenvolvimento de competências observáveis (Vaz et al., 2023). Esta mudança surge da evidência de que o simples acúmulo de experiência clínica não garante melhores resultados terapêuticos, sendo necessário um treino mais estruturado e intencional (Goldberg et al., 2016a; Vaz & Rousmaniere, 2022). Nesse sentido, a prática deliberada (PD) tem-se afirmado como uma estratégia central para o desenvolvimento da *expertise* em psicoterapia (Clements-Hickman & Reese, 2020; Mahon, 2022).

O conceito de PD, inicialmente aplicado a contextos como a música ou o desporto, baseia-se na ideia de que o desempenho melhora através de atividades planeadas e orientadas para metas específicas (Ericsson, Krampe, & Tesch-Römer, 1993; Ericsson & Pool, 2016). A sua transposição para a psicoterapia implicou adaptações, devido à complexidade e à natureza subjetiva da relação terapêutica, mas mostrou-se uma ferramenta eficaz para aperfeiçoar as habilidades dos terapeutas (Clements-Hickman & Reese, 2020; Mahon, 2022). Neste modelo, o terapeuta em formação assume um papel ativo no seu próprio processo de aprendizagem, participando em exercícios planeados para desenvolver competências específicas, como a empatia, a regulação emocional e a responsividade clínica (Hill et al., 2020; Vaz & Rousmaniere, 2022). Cada tarefa é acompanhada de feedback imediato e de reflexão estruturada, permitindo que o terapeuta identifique padrões, corrija falhas e integre novas estratégias de intervenção (Mahon, 2022; Shukla et al., 2021).

A supervisão clínica ocupa um papel central na implementação da prática deliberada, funcionando como um espaço estruturado de treino focado em comportamentos observáveis e ajustáveis (Young & Maack, 2021; Axelsson et al., 2023). O supervisor assume uma função de guia e facilitador, apoiando o terapeuta na definição de metas realistas, no acompanhamento do progresso e na oferta de feedback contínuo e específico (Mahon, 2022; Rosén, 2019). Este tipo de supervisão difere substancialmente dos modelos convencionais, ao privilegiar a prática ativa,

a reflexão sobre o desempenho e o desenvolvimento de competências relacionais, como a autocompaixão e o equilíbrio emocional (Axelsson et al., 2023; Rosén, 2019).

Paralelamente, o uso de tecnologias digitais tem-se revelado um aliado relevante no processo de treino. A gravação e revisão de sessões terapêuticas permitem ao terapeuta observar o seu próprio estilo de intervenção, identificar padrões de atuação e receber devoluções mais detalhadas por parte dos supervisores (Caçador et al., 2023; Murphy et al., 2019). Do mesmo modo, o recurso a “vídeos simulados” favorece a prática autónoma e contribui para reduzir a ansiedade associada à exposição em grupo, possibilitando a experimentação de novas estratégias clínicas num contexto seguro e controlado (Mahon, 2022). O grau de envolvimento na prática deliberada é um dos preditores mais consistentes da eficácia terapêutica (Chow et al., 2015; Young & Maack, 2021). O progresso clínico não depende apenas do número de horas de prática, mas sobretudo da “intencionalidade, da qualidade do feedback e da consistência” com que o terapeuta se envolve no processo de aperfeiçoamento (Goldberg et al., 2016a; Vaz et al., 2023).

Vários estudos experimentais confirmam que o treino deliberado supera os métodos tradicionais centrados em aulas expositivas ou workshops de curta duração (Di Bartolomeo et al., 2020; Westra et al., 2021). Os terapeutas que praticaram sob o modelo da PD demonstraram maior capacidade para lidar com resistência e ambivalência dos pacientes, recorrendo a intervenções mais empáticas e menos diretivas (Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021). Estes resultados sugerem que a PD promove o desenvolvimento de uma postura terapêutica mais flexível, responsiva e ajustada às necessidades do cliente (Vaz et al., 2023).

A investigação recente mostra ainda que a PD é eficaz no aperfeiçoamento de competências terapêuticas específicas, como a empatia (Larsson et al., 2023), o “imediatismo” (Hill et al., 2020) ou a capacidade de resolução de dilemas éticos complexos (Ogles et al., 2023). Tais resultados reforçam o potencial da PD como metodologia adaptável a diferentes contextos clínicos e níveis de experiência (Mahon, 2022; Vaz et al., 2023).

De forma integrada, a prática deliberada em psicoterapia combina “repetição intencional, feedback imediato, reflexão guiada e objetivos personalizados,” oferecendo um enquadramento de aprendizagem contínua e empiricamente monitorável (Clements-Hickman & Reese, 2020; Mahon, 2022). Ao privilegiar a prática ativa em detrimento da mera transmissão teórica, a PD fomenta mudanças observáveis e duradouras no comportamento clínico, potenciando simultaneamente o crescimento pessoal e a eficácia profissional dos terapeutas (Vaz et al., 2023).

Deste modo, a prática deliberada deve ser entendida não apenas como um conjunto de técnicas de treino, mas como uma abordagem de desenvolvimento profissional permanente, que

incentiva a autorreflexão, o aperfeiçoamento contínuo e o compromisso ético com a excelência terapêutica (Goldberg et al., 2016a; Mahon, 2022; Vaz et al., 2023).

Conclusão

A investigação contemporânea tem vindo a demonstrar que a eficácia da psicoterapia resulta menos das técnicas específicas utilizadas e mais da qualidade da relação terapêutica e das competências interpessoais do terapeuta (Wampold & Imel, 2015; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Entre estas, as Competências Interpessoais Facilitadoras (FIS) destacam-se como elementos centrais, uma vez que contribuem para o fortalecimento da aliança terapêutica e para a obtenção de resultados clínicos mais consistentes (Anderson et al., 2016; Allen et al., 2023).

Nos últimos anos, a PD tem sido reconhecida como uma metodologia de formação eficaz na melhoria destas competências, ao combinar treino estruturado, repetição intencional e feedback imediato (Vaz et al., 2023; Mahon, 2022). Esta abordagem proporciona um ambiente de aprendizagem ativo e contínuo, que favorece o aperfeiçoamento das habilidades relacionais, emocionais e comunicacionais do terapeuta (Hill et al., 2020; Shukla et al., 2021).

Com base neste enquadramento teórico, o presente estudo pretende analisar o impacto da prática deliberada na evolução das competências interpessoais facilitadoras em formandos de psicoterapia, bem como explorar as diferenças entre autoavaliações e avaliações externas relativas a essas mesmas competências. Assim, formulam-se as seguintes hipóteses: H1. As competências interpessoais facilitadoras dos formandos serão estatisticamente superiores após o uso da prática deliberada; H2. As autoavaliações realizadas pelos formandos apresentarão valores médios superiores às heteroavaliações efetuadas por avaliadores externos relativamente às mesmas competências interpessoais facilitadoras.

Anexo II- Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Especialização Avançada em Psicoterapia

* Indica uma pergunta obrigatória

Email *

☐ Registrar margarida.mcosaa@gmail.com como o email a incluir na minha resposta

1. Qual é a sua idade? *

A sua resposta _____

2. Com que género se identifica? *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiro não dizer
- ☐ Outra: _____

3. Nº de anos de prática clínica: *

A sua resposta _____

4. Nº de horas semanais de prática clínica: *

A sua resposta _____

5. Qual o modelo teórico que mais utiliza? *

- ☐ Psicodinâmico
- ☐ Humanista-Existencial
- ☐ Sistêmico-Familiar
- ☐ Cognitivo-Comportamental
- ☐ Integrativo
- ☐ Outra: _____

Obrigado



Anexo III- Consentimento Informado



Consentimento Informado

A Especialização Avançada em Psicoterapia (EAP) vai incentivar e promover a articulação entre a formação, a prática clínica e a investigação científica. Vimos solicitar a sua colaboração para um primeiro estudo. Esta investigação pretende estudar a possibilidade de a formação em prática deliberada em psicoterapia melhorar as competências interpessoais dos psicoterapeutas. A sua participação consistirá em: a) responder a 9 vídeos que correspondem a cenários fictícios de sessões de psicoterapia, na plataforma *Skillssetter*; b) uma segunda resposta aos mesmos vídeos depois do seminário de prática deliberada; c) a realização de uma entrevista qualitativa após o seminário de prática deliberada.

Em virtude desta colaboração clarifica-se os seguintes aspetos:

1. O estudo destina-se exclusivamente a fins de investigação e publicação científica.
2. A sua participação é totalmente anónima e voluntária, podendo desistir de participar a qualquer momento e solicitar a eliminação das gravações.
3. A cotação dos vídeos será realizada por três investigadores. Todos os investigadores estão obrigados ao mesmo dever de sigilo e ao cumprimento de um código deontológico.
4. Não são previsíveis efeitos adversos por participar neste estudo. Ao fazê-lo contribui para a investigação, no âmbito da prática deliberada.

Para qualquer questão ou dúvida sobre o estudo poderá sempre contactar a Daniel Sousa (daniel.sousa@ispa.pt) da Direcção da EAP.

Eu _____ compreendo as condições apresentadas e concordo com os termos.

Assinatura, _____ Data ____ / ____ / ____

Anexo IV- Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale (FIS)

Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale Timothy Anderson & Candace Patterson

Ratings for each item are made on a 5 point Likert-type scale. The rating scale ranges from Not Characteristic ("1") to Extremely Characteristic ("5"). More elaborate descriptions of each rating level are provided to help identify the correct rating level.

Response Set: Clearly, people differ in how they evaluate the skillfulness of helper interventions. The descriptions of these items are lengthy in order to provide the context for what is intended by each particular FIS domain / item. Items are written in order to assist the rater in using specific evidence from the tape to inform rating decisions. In rating a response, instances of an "average" level of a helping behavior would merit a rating of 3. Ratings of 3 are thought of as the default rating for all items and are considered "ordinary" helping or facilitative interpersonal skills. Thus, a 3 should be the starting point for ratings and the participant's response may influence you to increase or decrease your rating from a 3.

PART I

1. Verbal Fluency. This item is a rating of the extent to which the participant is verbally capable and at-ease in communicating. The response is delivered in a relaxed manner and without significant signs of anxiety (e.g., broken speech, extended and awkward pauses, and clarity in communication). However, the content of what is said is not rated, but rather how it is spoken.

- 5 The participant is at great ease and communicates ideas with no anxiety, reflecting a desire to "approach" the other. The verbal quality of the response may have a "melodic," rhythmical quality and is easy to follow; the response is fluent.
- 4 The response is fluent, and there is little that is difficult to follow.
- 3 A moderate level of verbal fluency indicates that the participant's response is conversational and mostly easy to follow.
- 2 Fluency is disrupted by the participant's anxiety and avoidance of verbal expression. The respondent may be obviously anxious and struggling to formulate a response. At times, the communication may be choppy, even halting. [Note: In some rare instances a response could represent an avoidance of the interpersonal situation through anxious rambling. It would need to be clear that the participant's ramblings are the result of anxiety over communicating with another].
- 1 The participant has great difficulty verbalizing a response (e.g., obviously anxious, sounds shaky or timid), reflecting a clear avoidance or anxiety. The participant may lack confidence and is clearly uncertain or even difficult to follow.

2. Hope & Positive Expectations. This item rates expressions of hope, optimism, and positive expectations for change. Staats (1989, 2001) defines hope as the interaction between wishes and expectations. The interpersonal skills needed for hope involve facilitating a) personal *agency* and b) building the *pathways* needed for attaining desired goals and expectations (Steed, 2002). Hope is related to persuasiveness and collaboration in the sense that hope and positive expectations are often built through offering a rationale, friendliness, and enthusiasm. As defined here, hope focuses more on building client agency for actions that will facilitate meeting the client's goals whereas persuasion is based more on a plausible explanation (which may or may not include hope).

- 5 The participant's response expresses clear hope about the client's future and/or positive expectations about therapeutic work. In addition, for a response to be coded as a "5" there needs to be an allusion to building the client's *agency* as well as *how* the client might participate or do something that will help move toward his/her desired goals (i.e., pathways).
- 4 A general sense of optimism about the client's situation is detected. Specifically, the participant's response is directed toward building the client's *agency* OR facilitating the building of pathways to meet the client's goals.
- 3 The response is ordinary OR the optimism of the response is not discernable. There may be some *hopefulness* expressed, but with little confidence or reason for being hopeful.
- 2 The participant responds with some hopelessness, including subtle expressions of feeling unable to help the client.
- 1 The participant's response is hopeless or is even pessimistic. For example, the participant may address only issues or concerns beyond the control of the other or subtly suggests that the other cannot change or improve his/her problems.

3. Persuasiveness. Persuasiveness is the capacity to induce the other to accept a view that may be different from his or her own view. It involves that ability to convey a clear, organized understanding about the meaning of the other's source of distress. Persuasiveness implies an ability to communicate what Jerome Frank called a "believable myth." This capacity implies that the persuasive therapist must be convincing in communicating this belief-system.

Rating Notes: For rating purposes, the response does not necessarily need to convey an entire world view, but a point of view that is implied to be at least slightly different from the client in the video clip. High ratings require that the participant provide a clear belief in a *point of view* or rationale. It is necessary that the rationale be relevant to the other's problems and at least somewhat novel to the other's experience.

For this item, the rater should disregard personal beliefs about the validity of the participant's rationale, but instead rate the extent to which the participant might persuade another (i.e., ability to "sell" their rationale).

- 5 The participant is highly persuasive. Persuasive persons may speak with great confidence, certainty, and authority. Advice may or may not be given, but the participant must offer some rationale or re-framing of the other's experience.
- 4 The participant speaks persuasively. The rationale may be more implicit and it is even possible that the rationale, though present, may be unclear, superficial, or marginally relevant to the other's problems.
- 3 The participant's response conveys little sense of persuasiveness.
- 2 The participant is unpersuasive. Unpersuasive responses may be characterized by either
 - a) a rationale that lacks *credibility* and there is little reason to believe that it could be convincing. It is important here to try to be aware of your personal biases in judging credibility. As a rule, you can accept most explanations offered as being credible unless there is a clear logical flaw in the *process of explaining* their particular belief.
 - b) a response that is expressed with a lack of confidence, lethargy, or uncertainty by the respondent will be low in persuasiveness. *Even responses that don't contain a rationale may be coded as low in persuasiveness*
- 1 The participant's response is unorganized, incoherent, and difficult to follow. The participant may also not know what to say.

PART II

4. Emotional Expression. This item rates the energy and emotion in the participant's response. This item rates the extent to which the participant's response is delivered with effective expressions of emotion.

- 5 There is affect and prosody in the participant's voice. The response is delivered in a highly emotional and engaging manner. The primary criterion is that the vocal expression conveys emotion. There may be a more focused delivery of emotional intonations to emphasize meanings that influence other processes (e.g. persuasion). The participant may even be somewhat provocative or challenging in delivering an emotion-based response toward the client in the video clip. However, a "5" should not be rated if the affect is primarily demeaning or hostile toward the other (in which case a "3" would be the maximum rating possible).
- 4 The participant is emotionally expressive at a moderate level. There is more emotion than found in ordinary speech, but it is not as focused in its delivery as the maximum rating of 5.
- 3 The participant has prosody, but it is the amount of emotion that one might find in ordinary conversation.
- 2 The participant may display some sense of interest or curiosity, but the response is not emotionally engaging. Prosody is somewhat less than typical to casual conversation.
- 1 The participant speaks with little or no affect and may be dull or boring (e.g., speaking in a near monotone voice and without intensity).

5. Warmth, Acceptance, & Understanding. This item is a rating of the ability of the participant to care for and accept the other. Therapist behaviors/attitudes that might indicate an absence of acceptance and understanding include: a judgmental attitude, condescension, rudeness, disapproval, guilt-induction, exasperation, or annoyance. Often it will be necessary to avoid rating what the participant is doing (e.g., giving advice), but rate how it is being done. Note that accepting does not necessarily mean approval, but rather a caring attitude and determination to help the other.

- 5 The participant expresses clear and obvious warmth, concern and acceptance. The participant may, for example, make a compassionate attempt to relate to the other's experience.
- 4 The participant's response is genuinely nonjudgmental and gently explores the other's thoughts, feelings, alternatives for dealing with future situations, etc. The participant appears concerned for and respectful of the client.
- 3 There is an "ordinary" level of courtesy and warmth in the response OR the participant's opinion of the other may not be clearly discernable from the response.
- 2 The participant conveys a subtle lack of respect, acceptance, or concern of the other (e.g., sarcasm, exasperation, annoyance).
- 1 The participant has an obvious lack of respect, acceptance, or warmth for the other (e.g., clearly pejorative comments, judgmental attitude, condescension, disapproval, guilt induction, blaming the other).

6. Empathy. The capacity to respond with an expressed understanding of the subjective experience of the client. The response must also convey an *accurate* understanding of the thoughts and emotions expressed in the video clip. Therefore, it is especially important that the rater have an accurate understanding of the client's experiences in the video clips.

- 5 Participant alludes to the client's experience so that it is clear that he/she has not only listened, but obtained an exceptional comprehension of what the other is experiencing. In order to receive a "5" the participant must infer something about the other's experience that is not explicitly stated by the other but is clearly identifiable in the client's nonverbal expression.
- 4 Participant comments accurately on the other's experience but not to the extent required to receive a "5" rating. The distinction between the 4 and 5 ratings are matters of intensity.
- 3 Participant is generally accurate about the other's experience but only perceives the more obvious aspects of the other's experience or concerns.
- 2 Participant does not communicate an awareness or understanding of the other's experience, and/or there are minor distortions of the other's experience. Some aspects of the participant's response may be irrelevant to the other's concerns (when clearly not an attempt to change the other's focus).
- 1 Participant clearly distorts the other's experience. That is, the participant misidentifies a significant component of the other's complaints, beliefs, emotions, etc. Give a rating of 1 if the response indicates a clear disregard of the other's experience.

7. Alliance Bond Capacity. This item rates the participant's capacity to provide a collaborative environment, one in which there is recognition of the need to work with the client jointly on problems.

- 5 Specific actions on the part of the participant help create a collaborative atmosphere. There should be a sense that the participant is attempting to work with the other to create a "we-ness" that is implied in the participant's behavior (e.g., participant checks with the other by asking questions about the "fit" of interpretations, conclusions, goals, etc.).
- 4 Some effort to collaborate is made but not as strong as a "5" (e.g., subtle invitations to engage in working with the client).
- 3 The participant neither undermines nor attempts to enhance a collaborative effort.
- 2 The participant may slightly undermine the building of a collaborative atmosphere, although it may be unintentional or superficial.
- 1 The participant actively undermines a mutual collaboration. The participant may respond in a way that is over-involved or reactive (e.g., moralistic lecturing, "preaching" to the other, assuming all responsibility). The rupture may also involve withdrawal or under-involvement in the participant's response (e.g., putting all the responsibility for change on the other).

8. Alliance Rupture-Repair Responsiveness.

Background: Each client in video clips is expressing an interpersonal issue that involves the patient-therapist relationship. Each video clip places the participant in the middle of alliance rupture episodes. Further, these rupture episodes take place at different locations within the interpersonal circle, which requires interpersonal flexibility for the therapist. The interpersonal problem with the client-therapist relationship threatens the development of the alliance.

This item rates the extent to which the therapist appears responsive to the interpersonal issue. In some cases, the problem is clearly stated as when Suzie angrily berates the therapist for being ineffective. In other cases, the problem is more implicit such as when Lauren idealizes the therapist to the extent of leaving herself overly vulnerable to disappointment.

- 5 Participant makes attempts repair the interpersonal issue by engaging the client in a direct discussion of the immediate moment-to-moment interaction. This may include how *specific relational messages* are being expressed by the client in the video clip. Optimal responses will include attempts to not only allude to the interpersonal tension, but make some attempt to repair that interpersonal issue.
- 4 Participant recognizes the other's interpersonal issue, and may discuss this further in more general terms (or discuss some secondary element of the other's issue or the relationship).
- 3 There may be more casual recognition of the interpersonal situation, but the response does not draw for further discussion of the issue or the relationship.
- 2 Participant addresses an issue to discuss that it is tangentially related to the interpersonal issue presented, but directs the discussion away from the present relationship situation.
- 1 Participant reacts to the interpersonal tension in a way that is nonproductive or in a way that likely exacerbates the rupture (e.g., responding negatively to a hostile client; responding to a controlling client with counter-control). Low scores also may be given when the participant fails to respond to the interpersonal issue involved in a way that indicates that the participant is avoiding the interpersonal issue or the relationship altogether.

Anexo V- Questionário Fis- *Self Report*



Questionário FIS – *Self Report*

INSTRUÇÕES. Deu respostas verbais a breves situações retiradas de sessões reais, apresentadas em vídeo. Pensando em como foi para si realizar essa tarefa, indique por favor quanto cada afirmação reflecte a sua experiência com as respostas que deu aos clientes nestes vídeos. Assinale o número que melhor se adequa à sua resposta, de 1 (concordo muito) a 5 (discordo muito).

Não esqueça de preencher o seu nome e o número do vídeo. Obrigado!

Nome

Vídeo nº

Nas minhas respostas aos vídeos eu acredito que...	Concordo Muito					Discordo Muito				
1. as minhas respostas foram empáticas e inferiram as emoções e experiências do cliente.....	1	2	3	4	5					
2. proporcionaram acolhimento e compreensão.....	1	2	3	4	5					
3. sugeriram ao cliente novas formas de pensar os seus problemas.....	1	2	3	4	5					
4. falei de forma a tornar claro ao cliente que eu queria colaborar com ele.....	1	2	3	4	5					
5. transmiti esperança, mesmo quando o cliente foi negativo ou hostil comigo.....	1	2	3	4	5					
6. senti que podia abordar o conflito interpessoal mencionado pelo cliente, e que consegui fazê-lo sem intensificar o conflito.....	1	2	3	4	5					
7. senti-me confortável quando falei e consegui usar um tom conversacional.....	1	2	3	4	5					
8. fui capaz de falar de transmitindo envolvimento emocional.....	1	2	3	4	5					

Anexo VI- Coeficiente de correlação interclasse (CCI)

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	704	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	704	100,0

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

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,842	3

Coeficiente de correlação intraclasse

	Correlação intraclasse ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,638 ^a	,602	,672	6,310	703	1406	<,001
Medidas médias	,841 ^c	,819	,860	6,310	703	1406	<,001

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

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

**Anexo VII – Evolução das dimensões FIS-PT (heteroavaliação) antes e após o treino em
Prática Deliberada**

Estatísticas de amostras emparelhadas					
		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Par 1	Fluência Verbal_Pre_FIS	2,9668181818	22	,43230705978	,09216817483
	Fluência Verbal_POS_FIS	3,3150	22	,43892	,09358
Par 2	Esperança Pre FIS-	2,8977	22	,44582	,09505
	Esperança POS FIS-	3,2536	22	,42616	,09086
Par 3	Persuasão_Pre_FIS	2,9259	22	,50046	,10670
	Persuasão_POS_FIS	3,3027	22	,42640	,09091
Par 4	Expressão Emocional_Pre_FIS	2,8159090909	22	,54622216909	,11645495774
	Expressão Emocional_Pos_FIS	3,0863636364	22	,51844589610	,11053303644
Par 5	aceitação_pre_fis	3,0641	22	,31654	,06749
	aceitação_pos_fis	3,3795	22	,33845	,07216
Par 6	Empatia_Pre_FIS	3,1345454545	22	,41849762214	,08922399283
	Empatia_Pos_FIS	3,3755	22	,40162	,08563
Par 7	Aliança_Pre_FIS	3,4450	22	,42201	,08997
	Aliança_pos-Fis	3,7123	22	,29897	,06374
Par 8	Rutura_Pre_FIS	3,4805	22	,41252	,08795
	Rutura_POS_FIS	3,8181818182	22	,33357566949	,07111857169

Teste de amostras emparelhadas										
		Diferenças emparelhadas						Significância		
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	t	df	Unilateral p	Bilateral p	
					Inferior	Superior				
Par 1	Fluência Verbal_Pre_FIS - Fluência Verbal_POS_FIS	-,3481818182	,22664502061	,04832088075	-,4486705908	-,2476930456	-7,206	21	<,001	<,001
Par 2	Esperança Pre FIS- - Esperança POS FIS-	-,35591	,20579	,04387	-,44715	-,26467	-8,112	21	<,001	<,001
Par 3	Persuasão_Pre_FIS - Persuasão_POS_FIS	-,37682	,18793	,04007	-,46014	-,29349	-9,405	21	<,001	<,001
Par 4	Expressão Emocional_Pre_FIS - Expressão Emocional_Pos_FIS	-,2704545455	,26533854875	,05657036867	-,3880990673	-,1528100236	-4,781	21	<,001	<,001
Par 5	aceitação_pre_fis - aceitação_pos_fis	-,31545	,24663	,05258	-,42480	-,20611	-5,999	21	<,001	<,001
Par 6	Empatia_Pre_FIS - Empatia_Pos_FIS	-,2409090909	,19333930428	,04122007817	-,3266309362	-,1551872457	-5,844	21	<,001	<,001
Par 7	Aliança_Pre_FIS - Aliança_pos-Fis	-,26727	,27835	,05934	-,39069	-,14386	-4,504	21	<,001	<,001
Par 8	Rutura_Pre_FIS - Rutura_POS_FIS	-,3377272727	,23528972653	,05016393825	-,4420488932	-,2334056522	-6,732	21	<,001	<,001

Anexo VIII- Comparação das pontuações médias de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR) no momento antes da PD

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Par 1	Fluencia_Pre_FIS	2,9668	22	,43231	,09217
	Fluencia_Pre_FISSR	3,0600	22	,74383	,15859
Par 2	Esperanca_Pre_FIS	3,0200	22	,00000	,00000
	Esperanca_Pre_FISSR	2,9909	22	,59149	,12611
Par 3	Persuasao_Pre_FIS	2,9259	22	,50046	,10670
	Persuasao_Pre_FISSR	2,7818	22	,66711	,14223
Par 4	Expressao_Pre_FIS	2,8159	22	,54622	,11645
	Expressao_Pre_FISSR	3,2577	22	,61724	,13160
Par 5	Aceitacao_Pre_FIS	3,0641	22	,31654	,06749
	Aceitacao_Pre_FISSR	3,3327	22	,64810	,13817
Par 6	Empatia_Pre_FIS	3,1345	22	,41850	,08922
	Empatia_Pre_FISSR	3,2568	22	,60840	,12971
Par 7	Alianca_Pre_FIS	3,4450	22	,42201	,08997
	Alianca_Pre_FISSR	3,3186	22	,72778	,15516
Par 8	Rutura_Pre_FIS	3,4805	22	,41252	,08795
	Rutura_Pre_FISSR	3,2177	22	,64131	,13673

Teste de amostras emparelhadas										
		Diferenças emparelhadas						Significância		
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Par 1	Fluencia_Pre_FIS - Fluencia_Pre_FISSR	-,09318	,73519	,15674	-,41915	,23278	-,594	21	,279	,559
Par 2	Esperanca_Pre_FIS - Esperanca_Pre_FISSR	,02909	,59149	,12611	-,23316	,29134	,231	21	,410	,820
Par 3	Persuasao_Pre_FIS - Persuasao_Pre_FISSR	,14409	,75805	,16162	-,19201	,48019	,892	21	,191	,383
Par 4	Expressao_Pre_FIS - Expressao_Pre_FISSR	-,44182	,84097	,17930	-,81468	-,06895	-2,464	21	,011	,022
Par 5	Aceitacao_Pre_FIS - Aceitacao_Pre_FISSR	-,26864	,60717	,12945	-,53784	,00057	-2,075	21	,025	,050
Par 6	Empatia_Pre_FIS - Empatia_Pre_FISSR	-,12227	,69136	,14740	-,42881	,18426	-,830	21	,208	,416
Par 7	Alianca_Pre_FIS - Alianca_Pre_FISSR	,12636	,78033	,16637	-,21962	,47234	,760	21	,228	,456
Par 8	Rutura_Pre_FIS - Rutura_Pre_FISSR	,26273	,62643	,13356	-,01502	,54047	1,967	21	,031	,063

Anexo IX- Comparação das pontuações médias de heteroavaliação (FIS-PT) e autoavaliação (FIS-SR) no momento após PD

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Par 1	Fluência_POS_FIS	3,3150	22	,43892	,09358
	Fluência_POS_FISSR	3,3491	22	,85805	,18294
Par 2	Esperança_POS_FIS	3,2536	22	,42616	,09086
	Esperança_POS_FISSR	3,1659	22	,74577	,15900
Par 3	Persuasao_POS_FIS	3,3027	22	,42640	,09091
	Persuasao_POS_FISSR	2,8645	22	,81264	,17326
Par 4	Expressao_POS_FIS	3,0864	22	,51845	,11053
	Expressao_POS_FISSR	3,3077	22	,81036	,17277
Par 5	Aceitacao_POS_FIS	3,3795	22	,33845	,07216
	Aceitacao_POS_FISSR	3,4345	22	,88792	,18931
Par 6	Empatia_POS_FIS	3,3755	22	,40162	,08563
	Empatia_POS_FISSR	3,4850	22	,83716	,17848
Par 7	Alianca_POS_FIS	3,7123	22	,29897	,06374
	Alianca_POS_FISSR	3,4305	22	,79904	,17036
Par 8	Rutura_POS_FIS	3,8182	22	,33358	,07112
	Rutura_POS_FISSR	3,4541	22	,77049	,16427

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas				Significância			
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	t	df	Unilateral p	Bilateral p
Par 1	Fluência_POS_FIS - Fluência_POS_FISSR	-,03409	,83816	,17870	- ,40571 ,33753	-,191	21	,425	,851
Par 2	Esperança_POS_FIS - Esperança_POS_FISSR	,08773	,84079	,17926	-,28506 ,46051	,489	21	,315	,630
Par 3	Persuasao_POS_FIS - Persuasao_POS_FISSR	,43818	,89564	,19095	,04108 ,83529	2,295	21	,016	,032
Par 4	Expressao_POS_FIS - Expressao_POS_FISSR	-,22136	1,00411	,21408	-,66656 ,22383	-1,034	21	,156	,313
Par 5	Aceitacao_POS_FIS - Aceitacao_POS_FISSR	-,05500	,82659	,17623	-,42149 ,31149	-,312	21	,379	,758
Par 6	Empatia_POS_FIS - Empatia_POS_FISSR	-,10955	,90516	,19298	-,51087 ,29178	-,568	21	,288	,576
Par 7	Alianca_POS_FIS - Alianca_POS_FISSR	,28182	,75819	,16165	-,05434 ,61798	1,743	21	,048	,096
Par 8	Rutura_POS_FIS - Rutura_POS_FISSR	,36409	,75987	,16201	,02718 ,70100	2,247	21	,018	,035

**Anexo X- Evolução do *FIS-PT* (heteroavaliação) entre o momento antes e após treino em
Prática Deliberada**

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Par 1	FV Pre FIS-SR	3,0606060606	22	,74553522924	,15894864494
	FV Pos FIS-SR	3,3484848485	22	,85812878647	,18295367200
Par 2	Esperanca Pre FIS-SR	2,9898989899	22	,59184055215	,12618082969
	Esperanca Pos FIS-SR	3,1666666667	22	,74555315055	,15895246578
Par 3	Persuasao Pre FIS-SR	2,7828282828	22	,66708740932	,14222351354
	Persuasao Pos FIS-SR	2,8636363636	22	,81283922466	,17329790498
Par 4	EEmpcional Pre FIS-SR	3,2575757576	22	,61758129763	,13166877506
	Eemocional Pos FIS-SR	3,3080808081	22	,81066655802	,17283469090
Par 5	Aceita Pre FIS-SR	3,3333333333	22	,64879030925	,13832255870
	Aceita Pos FIS-SR	3,4343434343	22	,88816709511	,18935786092
Par 6	Empatia Pre FIS-SR	3,2575757576	22	,60895373273	,12982937204
	Empatia Pos FIS-SR	3,4848484848	22	,83679735381	,17840579528
Par 7	Alianca Pre FIS-SR	3,3181818182	22	,72763171889	,15513160371
	Alianca Pos FIS-SR	3,4292929293	22	,79998196228	,17055672743
Par 8	Rutura Pre FIS-SR	3,2171717172	22	,64285268913	,13705665383
	Rutura Pos FIS-SR	3,4545454545	22	,77125693611	,16443253127

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas								Significância	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df		Unilateral p	Bilateral p
Par 1	FV Pre FIS-SR - FV Pos FIS-SR	-,2878787879	,63658691884	,13572078712	-,5701256158	-,0056319600	-2,121	21		,023	,046
Par 2	Esperanca Pre FIS-SR - Esperanca Pos FIS-SR	-,1767676768	,65479652131	,13960308741	-,4670881901	,11355283658	-1,266	21		,110	,219
Par 3	Persuasao Pre FIS-SR - Persuasao Pos FIS-SR	-,0808080808	,68078681369	,14514423636	-,3826520442	,22103588262	-,557	21		,292	,584
Par 4	EEmpcional Pre FIS-SR - Eemocional Pos FIS-SR	-,0505050505	,49658122524	,10587147295	-,2706768314	,16966673040	-,477	21		,319	,638
Par 5	Aceita Pre FIS-SR - Aceita Pos FIS-SR	-,1010101010	,49797838327	,10616934804	-,3218013471	,11978114507	-,951	21		,176	,352
Par 6	Empatia Pre FIS-SR - Empatia Pos FIS-SR	-,2272727273	,59141146120	,12608934719	-,4894898794	,03494442481	-1,802	21		,043	,086
Par 7	Alianca Pre FIS-SR - Alianca Pos FIS-SR	-,1111111111	,58794473579	,12535023885	-,3717912033	,14956898104	-,886	21		,193	,385
Par 8	Rutura Pre FIS-SR - Rutura Pos FIS-SR	-,2373737374	,59023551188	,12583863395	-,4990695027	,02432202799	-1,886	21		,037	,073