



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
 Sociais e da Vida

**A EFICÁCIA DA PRÁTICA DELIBERADA NA MELHORIA DE
COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS FACILITADORAS E A SUA
AUTOAVALIAÇÃO**

DIOGO LUÍS SANTOS CATALINO

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

2024

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

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Daniel Sousa pela orientação, apoio e disponibilidade.

À Patrícia e à Andreia, que foram fundamentais em todo este processo, agradeço de coração toda a ajuda e dedicação.

Ao Professor Paulo Coelho e ao João Santos, obrigado pela ajuda e disponibilidade.

Aos meus pais, Luís e Isabel, e à minha irmã, Marta, sou grato pelo amor e apoio incondicional.

À Maria, por me teres encorajado e motivado constantemente.

A todos os amigos que o ISPA me deu, por terem tornado esta jornada mais leve e memorável.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

Problema: Embora a prática deliberada (PD) tenha demonstrado resultados noutras áreas de investigação, no campo da formação de psicoterapeutas ainda não estão claros os seus eventuais benefícios.

Objetivos: Analisar se o treino em PD melhora as competências interpessoais facilitadoras (FIS) e perceber se a autoavaliação dos formandos é congruente com a sua *performance*.

Método: Procedeu-se a um estudo pré-experimental com uma análise quantitativa de forma a analisar os dados provenientes dos instrumentos *Facilitative Interpersonal Skills Performance Task* e *Facilitative Interpersonal Skills Self-Report*. De forma a comparar uma hétero com uma autoavaliação da *performance* dos terapeutas, os dados foram recolhidos antes e depois de um treino em PD, no âmbito do primeiro ano de uma formação de especialização avançada em psicoterapia.

Resultados: Observou-se uma melhoria, estatisticamente significativa, das FIS dos participantes após receberem o treino em PD. Verificou-se ainda uma autoperceção sobrevalorizada das FIS, tanto antes, como depois deste treino, embora se tenha observado que os participantes tiveram consciência da sua evolução.

Palavras-chave: Prática Deliberada; Competências Interpessoais Facilitadoras; Formação em Psicoterapia.

ABSTRACT

Problem: Although deliberate practice (DP) has shown results in other areas of research, its potential benefits in the field of training psychotherapists are still unclear.

Objectives: To analyze whether DP training improves facilitative interpersonal skills (FIS) and to understand whether the trainees' self-assessment is congruent with their performance.

Method: A pre-experimental study with a quantitative analysis was carried out in order to analyze the data from the Facilitative Interpersonal Skills Performance Task and Facilitative Interpersonal Skills Self-Report instruments. In order to compare a hetero with a self-assessment of therapists' performance, the data was collected before and after a DP training, as part of the first year of advanced specialization training in psychotherapy.

Results: There was a statistically significant improvement in the participants' FIS after they received PD training. There was also an overrated self-perception of FIS, both before and after this training, although it was noted that the participants were aware of their evolution.

Keywords: Deliberate Practice; Facilitative Interpersonal Skills; Psychotherapy Training.

Índice

Introdução.....	1
Método	4
Visão geral.....	4
Participantes.....	5
Materiais	6
Questionário sociodemográfico e consentimento informado	6
“Vídeos-estímulo”	6
<i>Facilitative Interpersonal Skills Performance Task</i>	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	15
Discussão.....	16
Limitações e estudos futuros	19
Conclusão	19
Referências	21
Anexos	28
Anexo I – Revisão de Literatura.....	28
Eficácia da Psicoterapia.....	28
Desafios da psicoterapia	29
Fatores Comuns/Não-específicos/Universais	30
Modelo Contextual.....	31
Efeitos do terapeuta.....	32
<i>Expertise</i> em psicoterapia	33

Competências interpessoais facilitadoras (FIS).....	35
<i>FIS Performance Task</i>	35
Prática Deliberada	38
Prática Deliberada em Psicoterapia.....	41
Conclusão	46
Referências	48
Anexo II – Questionário sociodemográfico	60
Anexo III – Consentimento informado	62
Anexo IV – Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale (FIS), Anderson & Patterson, 2013	63
Anexo V – <i>FIS Self-Report</i>	69
Anexo VI - coeficiente de correlação intraclasse (CCI), para um acordo absoluto entre 3 avaliadores (k =3)	70
Anexo VIII - Teste <i>T-Student</i> para amostras emparelhadas para comparar, dimensão a dimensão, o FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em PD	75
Anexo IX - Teste <i>T-Student</i> para amostras emparelhadas para comparar, dimensão a dimensão, o FIS (heteroavaliação) com FIS-SR (autoavaliação) após o treino em PD	76
Anexo X - Teste <i>T-Student</i> para amostras emparelhadas para comparar o FIS-SR (autoavaliação), dimensão a dimensão, antes e depois do treino em PD	77

Abreviaturas

CCI = Coeficiente de Correlação Intraclasse

FIS = Facilitative Interpersonal Skills

PD = Prática Deliberada

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes (N = 23)

Tabela 2. Teste *T-Student* para amostras emparelhadas para comparar o FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD

Tabela 3. Teste T-Student para amostras emparelhadas para comparar o FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em PD

Tabela 4. Teste T-Student para amostras emparelhadas para comparar o FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) depois do treino em PD

Tabela 5. Teste *T-Student* para amostras emparelhadas para comparar o FIS-SR (autoavaliação) entre o antes e o pós treino de PD

Lista de Figuras

Figura 1. Comparação do FIS entre o antes e o pós treino em PD

Figura 2. Comparação das dimensões FIS entre o antes e o pós treino em PD

Figura 3. Comparação do FIS com o FIS-SR antes do treino em PD

Figura 4. Comparação do FIS com o FIS-SR depois do treino em PD

Figura 5. Comparação do FIS-SR antes e depois do treino em PD

Introdução

Apesar dos vários desafios contemporâneos inerentes à psicoterapia, esta última é eficaz (Abu Sabra et al., 2023; Barkham & Lambert, 2021; Barkowski et al., 2020; Cuijpers, 2017; Eielsen et al., 2022; Hilbert et al., 2019; Lambert, 2013; Munder et al., 2019; Rahmani et al., 2020; Sousa, 2017). Diferentes psicoterapias não diferem significativamente em termos de eficácia, pois são os fatores comuns, em comparação com as técnicas específicas, que predizem grande parte dos resultados terapêuticos (Poster, 2019). Concretamente, os efeitos do terapeuta, isto é, a variância dos resultados terapêuticos derivados exclusivamente pelo terapeuta em si é de cerca de 5% a 8% (Barkham et al., 2017; Chow et al., 2015; Johns et al., 2019). Esta variância, juntamente com o estudo da *expertise*, demonstra-nos que existem terapeutas que obtêm, consistentemente, melhores resultados quando comparados com os seus pares, assim como o seu contrário (Barkham et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Johns et al., 2019; Pereira et al., 2023; Vaz et al., 2023; Wampold, 2015).

As características dos terapeutas que enfatizam estas diferenças têm aumentado o interesse na investigação da *expertise* clínica, isto é, terapeutas com elevado nível de proficiência (Barkham et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). De forma geral, os terapeutas mais eficazes são aqueles que tiram proveito, profissionalmente, das suas capacidades interpessoais, apresentando uma responsividade que torna os resultados terapêuticos independentes das características do paciente, como o tipo de perturbação ou personalidade (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Já as características dos terapeutas que não predizem a eficácia da psicoterapia dizem respeito à idade e sexo do terapeuta, ao modelo teórico e, inclusive, à sua experiência (Goldberg et al., 2016b; Pereira et al., 2023; Wampold, 2015).

O construto de “competências interpessoais facilitadoras” ou “*facilitative interpersonal skills*” (FIS), no contexto da psicoterapia, relaciona-se com padrões de comportamento interpessoal e emocional usados pelo terapeuta, baseados na teoria dos fatores comuns, que auxiliam no alívio de sofrimento vivido pelo paciente (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013; Anderson & Perlman, 2022). O uso das FIS está demonstrado na investigação como sendo um preditor, significativo, dos resultados psicoterapêuticos (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009, 2016). Por outras palavras, os pacientes cujos terapeutas apresentam níveis de FIS mais elevados, obtêm maiores taxas de melhoria, quando comparados com pacientes cujos terapeutas têm níveis de FIS mais reduzidos (Anderson et al., 2009, 2016).

Os resultados destes estudos são medidos através do FIS *Performance Task* (Anderson & Patterson, 2013). O objetivo deste instrumento é medir a eficácia de um psicoterapeuta, em situações interpessoais terapêuticas, particularmente desafiantes e difíceis (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013). Este instrumento avalia as seguintes competências: (1) Fluência Verbal; (2) Esperança e Expetativas Positivas; (3) Persuasão; (4) Expressão Emocional; (5) Afeto, Aceitação e Compreensão; (6) Empatia; (7) Capacidade de Criar Aliança; (8) Rutura e Reparo da Aliança (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Relativamente à autoavaliação das FIS, existe uma tendência destas competências serem sobrestimadas (Longley et al., 2023). Num estudo de Longley e colaboradores (2023), os participantes apresentaram resultados de autoavaliação das FIS significativamente superiores quando comparados com a cotação FIS feita por avaliadores (Longley et al., 2023). No entanto, parece existir uma congruência entre autoavaliação e avaliação, no sentido que, quanto maior a autoavaliação, maior a avaliação (Longley et al., 2023).

O estudo da *expertise*, com o aumento do interesse na investigação, tem mostrado grandes impactos na forma como se entende e treina os profissionais, não só da psicologia, mas da comunidade em geral (Vaz et al., 2023). Os *experts*, por norma, dominam uma área específica, onde processam mais rápido a informação, assim como executam as suas funções com margens de erro inferiores às dos seus pares, tendo competências de automonitorização superiores (Ericsson & Pool, 2016; Vaz et al., 2023). A prática deliberada (PD) revela-se como uma componente fundamental para adquirir estes padrões elevados de competência (Vaz et al., 2023).

A renovação dos métodos de treino em psicoterapia, que transportam os formandos para um método mais experiencial e sistemático, parece ser a via mais adequada para melhorar os resultados clínicos e, conseqüentemente, atingir a *expertise* esperada (Vaz et al., 2023). Um dos principais fatores que diferencia a PD de outros métodos é o foco na aprendizagem procedimental, em oposição à conceptual (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022; Vaz et al., 2023). A abordagem mais tradicional, focada num trabalho conceptual e intelectual continuam a ser elementos importantes na PD, no entanto tiram melhor proveito se forem praticadas em conjunto com métodos de aprendizagem procedimental que envolva o ensaio repetido de habilidades específicas, com o respetivo *feedback* imediato (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022; Vaz et al., 2023).

Na área da psicoterapia, começam-se a dar os primeiros passos para demonstrar que a PD se tem mostrado como um método de treino eficaz. Para que se possa nomear um treino

como PD, existem certas características que precisam de estar presentes, sendo elas: (1) uma tarefa cujo objetivo é individualizado, claro e específico, de forma a que o participante consiga realizar a tarefa sozinho, mas de forma desafiante; (2) a presença de *feedback* imediato; (3) a repetição da mesma tarefa (ou tarefas semelhantes), maioritariamente sozinho (4) a presença de um “*expert coach*” (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson et al., 1993; Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016; Miller et al., 2020). Por outras palavras, a *expertise* é adquirida através de ciclos repetitivos de atividades de desenvolvimento de competências, selecionadas com base no nível de *performance* do sujeito, com o respetivo *feedback* e a busca de novos objetivos consoante a evolução do aluno (Ericsson, 2006; Ericsson & Harwell, 2019).

Mahon (2022) apresenta uma revisão de literatura de 14 artigos relacionados com a aquisição de competências terapêuticas através da PD, demonstrando que este tipo de treino, não só aumenta a eficácia psicoterapêutica, como é mais favorável na aquisição de técnicas terapêuticas, competências de comunicação e fatores relacionais e interpessoais baseados na evidência, quando comparados com *workshops* didáticos.

Chow e colaboradores (2015) foram os primeiros a estudar o efeito da PD na psicoterapia. Para isso, compararam os resultados clínicos dos psicoterapeutas com o tempo total despendido em atividades de treino e supervisão (Chow et al., 2015). Os resultados demonstraram que quanto mais tempo os participantes investiram em melhorar as competências propostas, fora do tempo da sessão, melhores os resultados clínicos (Chow et al., 2015). Estes terapeutas mais eficazes investiram 2,8 vezes mais nas atividades relacionadas com a PD (Chow et al., 2015). Três estudos semelhantes (Di Bartolomeo et al., 2020; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021) procuraram, através de *workshops*, estudar a diferença entre o treino através de prática deliberada vs. o treino através de métodos mais tradicionais, isto é, mais didáticos. Nos três estudos o treino em PD mostrou-se como mais eficaz, quando comparado com o treino mais tradicional (Di Bartolomeo et al., 2020; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021).

Num estudo empírico, Anderson e colegas (2019), chegaram a resultados que demonstram a eficácia do treino na aquisição de FIS. Concretamente, o treino consistia na observação de respostas modelo aos vídeos, assim como uma prática repetida de diferentes respostas (Anderson et al., 2019). Também está demonstrado que este treino auxilia o terapeuta a focar-se no processo experiencial e emoções dos seus pacientes (Anderson et al., 2022). De forma semelhante, Perlman e colegas (2020, 2023) correlacionaram positivamente o treino focado na aliança terapêutica e nas FIS, com uma aquisição mais eficaz de competências, quando comparado com métodos de ensino mais didáticos.

Apesar da PD em psicoterapia, nomeadamente na formação de psicoterapeutas, ter vindo a mostrar os seus benefícios, é necessária alguma cautela nas suas generalizações. Sendo que a investigação nesta área está nos seus preliminares, existem, ainda, diferentes critérios utilizados para definir o treino de prática deliberada (Chow et al., 2015; Ericsson & Harwell, 2019; Mahon, 2022). De qualquer forma, a identificação das 8 competências interpessoais facilitadoras, consideradas no FIS *Performance Task*, como preditores de resultados, mostra a relevância de as usar no treino de terapeutas (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013; Anderson et al., 2009). Se a investigação permite identificar as competências dos *master therapist*, assim como mostra a sua eficácia na formação e avaliação de terapeutas, assume-se que este treino promoverá uma tendência geral para a média dos resultados terapêuticos aumentarem (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009). A presente investigação conta com dois objetivos, estando o primeiro centrado em estudar a influência da prática deliberada na melhoria das competências interpessoais facilitadoras e o segundo em comparar a heteroavaliação das FIS com a respetiva autoavaliação. Neste sentido, colocam-se duas hipóteses: (H1) a prática deliberada contribuirá para uma melhoria estatisticamente significativa das competências interpessoais facilitadoras dos formandos; (H2) A autoavaliação das competências interpessoais facilitadoras será superior à heteroavaliação dessas mesmas competências.

Método

Visão geral

O presente estudo conta com uma metodologia de investigação quantitativa, de forma a ir ao encontro das hipóteses mencionadas anteriormente. Este tipo de metodologia utiliza a estatística, como método de análise de dados quantitativos, baseando-se em números e indicadores que permitem, entre outros, a visualização e análise de gráficos (Paranhos et al., 2016). Estamos perante um estudo pré-experimental, visto que, de forma a observar a evolução dos participantes, se recolheu dados em dois momentos distintos no tempo – antes e depois do treino em PD. Esta recolha de dados teve lugar na plataforma *Skillsetter* entre o mês de fevereiro e o mês de maio, à medida que os formando iam fornecendo as suas respostas. Paralelamente, iam enviando por *e-mail* a autoavaliação. Três avaliadores cotaram as respetivas respostas e, posteriormente, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação intraclassa (CCI), de forma a testar a confiabilidade, concordância e correlação entre os mesmos.

Participantes

A amostra do estudo é de conveniência, contabilizando um total de 23 psicólogos inseridos no primeiro ano de uma formação de especialização avançada em psicoterapia. Concretamente, os dados foram recolhidos no âmbito da unidade curricular de “prática deliberada em psicoterapia I”. Do primeiro para o segundo momento existiu 1 *dropout*, pelo que as análises que contemplam o pós treino de PD são constituídas apenas por 22 participantes.

A recolha dos dados sociodemográficos foi efetuada, *online* e anonimamente, através da plataforma *Google Forms*. A idade dos participantes situa-se entre os 25 e os 60 anos ($M = 38,09$; $DP = 9,93$), sendo que 18 são do sexo feminino (78,26%) e 5 do sexo masculino (21,74%) (Tabela 1). O número de anos de prática clínica varia entre 1 ano e 29 anos ($M = 5,85$; $DP = 7,29$) e o número de horas semanais dessa mesma prática varia entre 1 hora e 38 horas ($M = 18,5$; $DP = 10,79$) (Tabela 1). Quanto ao modelo teórico dos participantes, 19 utilizam o modelo integrativo (82,61%), 2 o humanista-existencial (8,7%), 1 o psicodinâmico (4,35%) e 1 o cognitivo-comportamental (4,35%) (Tabela 1).

Tabela 1.

Dados sociodemográficos dos participantes (N = 23)

Características	Mínimo-Máximo	Média
Idade	25-60	38,09
Anos de Prática Clínica	1-29	7,29
Horas Semanais de Prática Clínica	1-38	10,79

	Frequências (n)	Percentagens (%)
Género		
Masculino	5	21,74
Feminino	18	78,26
Modelo Teórico		
Humanista-Existencial	2	8,70
Integrativo	19	82,61
Psicodinâmico	1	4,35
Cognitivo-Comportamental	1	4,35

Materiais

Questionário sociodemográfico e consentimento informado

Como referido, o questionário sociodemográfico foi preenchido através do *Google Forms* (Anexo II). O consentimento informado (Anexo III) foi enviado, devidamente preenchido e devolvido por *e-mail*.

“Vídeos-estímulo”

Os participantes tinham acesso aos “vídeos-estímulo” na plataforma *online Skillsetter*. Esta plataforma destina-se a ser utilizada para cursos de psicoterapia baseados na prática deliberada. Totalizando um conjunto de 9 vídeos (antes e depois do treino em PD), onde cada um representa uma parte de uma sessão real de psicoterapia (encenada por atores), particularmente desafiante (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Em momentos críticos, o vídeo-estímulo é interrompido e é pedido ao participante que responda ao paciente, como se ele fosse o terapeuta (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013).

O vídeo 1 (48 segundos) retrata uma paciente que quer traçar um plano e definir objetivos para ver mudanças rápidas. O vídeo 2 (70 segundos) representa um paciente confuso com o processo terapêutico, exigindo ao terapeuta um maior profissionalismo e resultados mais rápidos. O vídeo 3 (49 segundos) mostra uma paciente desmotivada e frustrada com o processo terapêutico por sentir que continua tudo na mesma. O vídeo 4 (58 segundos) demonstra uma paciente que diz estar frustrada por sentir que o terapeuta não a consegue ajudar. O vídeo 5 (57 segundos) retrata um paciente que após ter seguido um conselho do seu terapeuta, alega que não deu bom resultado, exigindo uma explicação para tal. O vídeo 6 (53 segundos) representa uma paciente que se sente avaliada pelo terapeuta. O vídeo 7 (32 segundos) mostra um paciente que questiona o terapeuta sobre o que este último pensa sobre ele. O vídeo 8 (115 segundos) demonstra uma paciente que está com dúvidas sobre se o terapeuta a vai conseguir apoiar e compreender. O vídeo 9 (144 segundos) retrata um paciente que sente não estar a progredir tanto quanto gostaria.

Facilitative Interpersonal Skills Performance Task

De forma a medir a evolução dos formandos ao longo do curso foi usado o *Facilitative Interpersonal Skills Performance Task* (Anderson & Patterson, 2013). O *FIS performance task* é um instrumento que tem como objetivo medir a eficácia de um psicoterapeuta em situações

interpessoais terapêuticas particularmente desafiantes (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013). O “método FIS” é constituído por duas partes, a *performance-based task* e a cotação das respetivas respostas (Anderson et al., 2019). A primeira parte corresponde à visualização e gravação das respostas aos vídeos mencionados, e a segunda à respetiva cotação dos avaliadores dessas respostas, com auxílio de um manual (Anexo IV) (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013).

Em parte, o FIS *Performance Task*, é composto por um conjunto de competências reconhecidas, já em 1957, por Carl Rogers, como sendo condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica (Rogers, 1957). Os 8 itens que estão inseridos nesta medida de avaliação são (1) Fluência Verbal; (2) Esperança e Expetativas Positivas; (3) Persuasão; (4) Expressão Emocional; (5) Afeto, Aceitação e Compreensão; (6) Empatia; (7) Capacidade de Criar Aliança; (8) Rutura e Reparo da Aliança (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Os avaliadores, cotam cada resposta seguindo uma escala tipo *likert* de 5 pontos para os 8 itens, que vai de (1) “Não Característico” a (5) “Extremamente Característico”, com o auxílio de uma descrição mais elaborada de cada um dos 5 pontos (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Cotações de “1” e “2” representam déficits nessa competência, “3” é o nível neutro e “4” e “5” indicam mestria (Anderson et al., 2009, 2020; Anderson & Patterson, 2013).

Psicometricamente, o FIS *Performance Task* apresenta uma forte validade e fiabilidade (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013). A forma como os vídeos foram criados faz com que o FIS tenha, inerentemente, validades ecológica e facial bastante altas (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013). Os 8 itens mostram-se como representando um único construto, internamente consistentes (Anderson & Patterson, 2013). A consistência interna entre os itens é moderada a alta, com valores que variam entre $\alpha = 0.43$ e $\alpha = 0.89$ (Anderson & Patterson, 2013).

FIS Self-Report

Para analisar a autoavaliação dos participantes relativamente às suas FIS utilizou-se o *FIS Self-Report* (Anexo V), um questionário com 8 perguntas representativas das 8 dimensões do FIS, de forma a facilitar a comparação entre a auto e heteroavaliação (Anderson et al., 2019). Para isso, os participantes responderam ao questionário para cada um dos 9 vídeos, antes e depois do treino em PD. Neste caso, a ordem dos itens difere da ordem anteriormente apresentada para a FIS, ficando: (1) Empatia; (2) Afeto, Aceitação e Compreensão; (3) Persuasão; (4) Capacidade de Criar Aliança; (5) Esperança e Expetativas Positivas; (6) Rutura

e Reparo da Aliança; (7) Fluência Verbal; (8) Expressão Emocional. A cotação encontra-se invertida em relação à cotação do FIS, isto é, (1) “Concordo Muito” a (5) “Discordo Muito”. Este instrumento apresenta uma consistência interna alta com $\alpha = 0.91$ (Anderson et al., 2019). O questionário foi enviado, devidamente preenchido e devolvido *por e-mail*.

Procedimentos

A recolha de dados para o presente estudo foi efetuada a um grupo de 23 psicólogos que frequentavam o primeiro ano de uma formação de especialização avançada em psicoterapia. Este curso, reconhecido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses no processo de candidatura à Especialidade Avançada em Psicoterapia, tem como principal objetivo formar psicólogos com elevada *expertise* na área da intervenção psicológica. Para isso, tem por base uma lógica contextual e transteórica que, por outras palavras, implica uma formação assente nos fatores comuns a diferentes modelos teóricos. Esta formação conta com um total de 3 anos letivos e com um plano de estudos que divide a sua carga horária entre aulas teóricas/metodológicas, supervisão clínica e prática clínica. Na presente investigação, os dados foram recolhidos no âmbito do módulo “prática deliberada em psicoterapia I”, um módulo do primeiro ano que contou com uma carga horária de 22 horas.

Previamente à data de início do módulo foi enviado aos participantes, via *e-mail*, o acesso à plataforma *Skillsetter* e o FIS-SR, para que os mesmos pudessem responder aos vídeos-estímulo antes de iniciarem a sua formação, assim como fazerem a respetiva autoavaliação da sua *performance* para cada um dos 9 vídeos. Estas respostas consistiam em responder aos “pacientes”, como se eles fossem os seus terapeutas, tendo, para isso, apenas uma possibilidade de resposta, de forma a se assemelhar o mais possível a um contexto real. As respostas eram gravadas, via *webcam*, e ficavam acessíveis na plataforma. Junto a isto, foi também enviado o consentimento informado e o questionário sociodemográfico, os quais foram devidamente preenchidos. O módulo decorreu entre os dias 19 de fevereiro de 2024 e 06 de maio de 2024, sendo que, logo após o seu término, os participantes repetiram este procedimento, isto é, voltaram a responder aos mesmos vídeos-estímulo na plataforma *Skillsetter*, assim como procederam ao preenchimento do FIS-SR.

Análise de dados

Foram designados três avaliadores para a cotação das respostas, dois estudantes do segundo ano do mestrado em Psicologia Clínica e uma estudante do primeiro ano do mestrado em Psicologia Clínica. Previamente à cotação, os três avaliadores estudaram de forma extensiva o manual FIS. As respostas foram cotadas individualmente, de forma a eliminar possíveis enviesamentos. Inicialmente, de forma a alinhar os avaliadores entre si, cotou-se, de forma individual, as respostas correspondentes ao primeiro vídeo e houve uma reunião para a discussão dessas mesmas respostas. Após a confirmação de que todos os avaliadores se guiavam pelos mesmos critérios, procedeu-se à cotação dos três vídeos seguintes (vídeo 2, 3 e 4), de forma individual. Com quatro vídeos cotados procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), uma medida que visa testar a confiabilidade, concordância e correlação inter-avaliadores que cotaram o mesmo grupo de sujeitos (Koo & Li, 2016). O CCI foi calculado com o auxílio do *IBM SPSS Statistics 29.0* através do modelo *two-way mixed-effects*, um modelo bidirecional de efeitos mistos, para um acordo absoluto entre 3 avaliadores ($k=3$).

No vídeo 1 o valor da correlação intraclasse do CCI teve uma média de 0,945 com IC 95% [.906, .973] ($F(22, 506) = 22,42, p<.001$); no vídeo 2 verificou-se uma média de 0,957 com IC 95% [.926, .979] ($F(22, 506) = 31,74, p<.001$); no vídeo 3 observou-se uma média de 0,931 com IC 95% [.883, .966] ($F(22, 506) = 17,31, p<.001$); para terminar, no vídeo 4 o CCI foi de 0,953 com IC 95% [.920, .977] ($F(22, 506) = 24,37, p<.001$) (Anexo VI), demonstrando, assim, uma confiabilidade excelente entre os 3 avaliadores (Koo & Li, 2016).

Após a confiabilidade inter-avaliadores estar confirmada, procedeu-se à cotação, de forma individual, dos restantes vídeos. Os dados referentes ao FIS e ao FIS-SR foram introduzidos no *IBM SPSS Statistics 29.0*, utilizando-se, no caso do FIS, a média dos 3 avaliadores de cada dimensão de cada vídeo-estímulo para efeitos de análise estatística. Nesta análise utilizou-se testes *t-student* para amostras emparelhadas de forma a fazer comparações entre as diversas variáveis.

Quando comparado com o FIS *Performance Task*, as cotações do FIS-SR estão invertidas, assim como os seus itens estão dispostos numa ordem diferente. Para efeitos de análise de dados, voltou-se a inverter a cotação do FIS-SR ao introduzir no *IBM SPSS Statistics 29.0* para se assemelhar à cotação do FIS *Performance Task*, assim como se reorganizou os itens de forma a coincidirem com os itens do FIS *Performance Task*.

Resultados

Comparação do FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD

Figura 1.

Comparação do FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD

Comparação do FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD

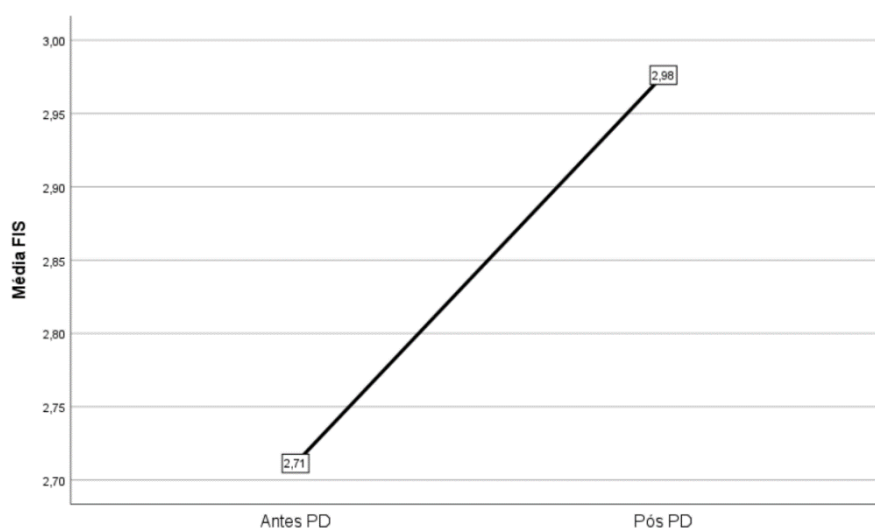


Tabela 2.

Teste T-Student para amostras emparelhadas para comparar o FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD

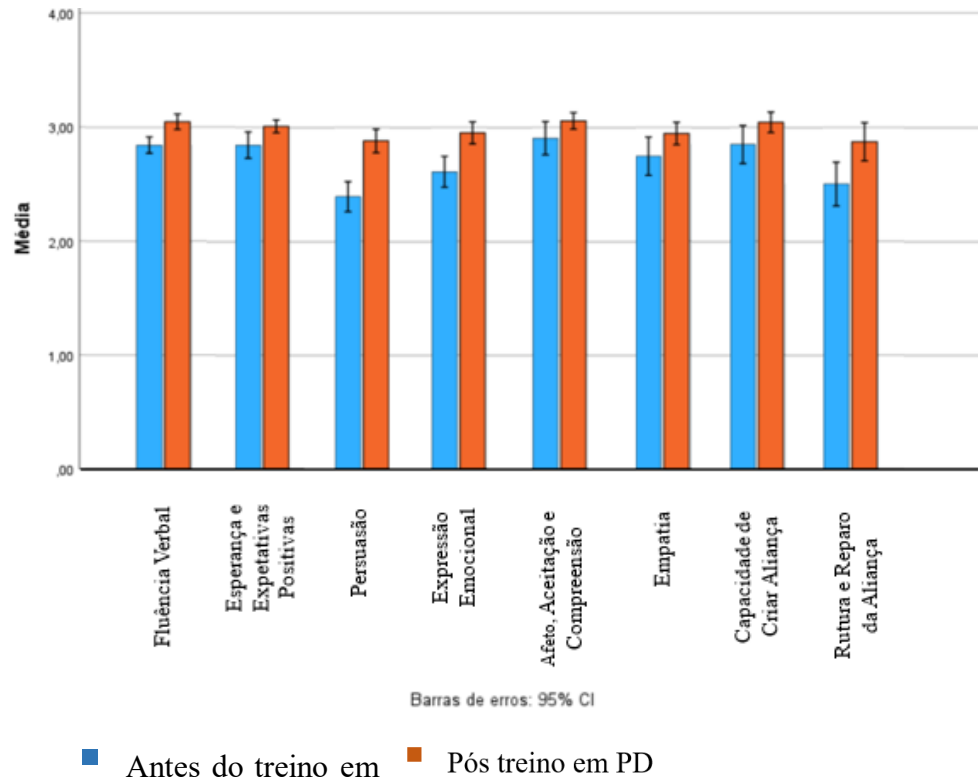
Antes PD		Depois PD		t (21)	p	d de Cohen
M	SD	M	SD			
2,711	.287	2,976	.187	-8,006	<.001	-1,707

Ao fazer a média das dimensões da FIS e aplicar um *t-student* para amostras emparelhadas, verificamos, na tabela 2, que a diferença entre as FIS antes do treino em PD (M = 2,71, SD = 0,29) e as FIS depois do treino em PD (M = 2,98, SD = 0,19) é estatisticamente significativa ($t(21) = 8, p < .001$). Podemos visualizar estes resultados na figura 1.

Figura 2.

Comparação das dimensões FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD

Comparação das Dimensões FIS (heteroavaliação) entre o antes e o pós treino em PD



Cada barra da figura 2 representa a média da cotação dos três avaliadores, no respectivo momento, para cada dimensão da FIS, com a respetiva barra de erro com um intervalo de confiança de 95%. Podemos observar que, após o treino em PD, em média, todos os participantes melhoraram cada uma das competências FIS.

Após a aplicação de um teste *t-student* para amostras emparelhadas (anexo VII), verificou-se que a diferença entre o antes e o pós treino foi estatisticamente significativa em todas as dimensões. Item 1 – Fluência Verbal ($t(21) = 8,249, p < .001$), item 2 – Esperança e Expetativas Positivas ($t(21) = 4,473, p < .001$), item 3 – Persuasão ($t(21) = 11,063, p < .001$), item 4 – Expressão Emocional ($t(21) = 7,763, p < .001$), item 5 – Afeto, Aceitação e Compreensão ($t(21) = 2,9, p = .009$), item 6 – Empatia ($t(21) = 3,969, p < .001$), item 7 – Capacidade de Criar Aliança ($t(21) = 3,304, p = .003$), item 8 – Rutura e Reparo da Aliança ($t(21) = 5,835, p < .001$) (Anexo VII).

Comparação do FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação)

Figura 3.

Comparação do FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em PD

Comparação do FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em PD

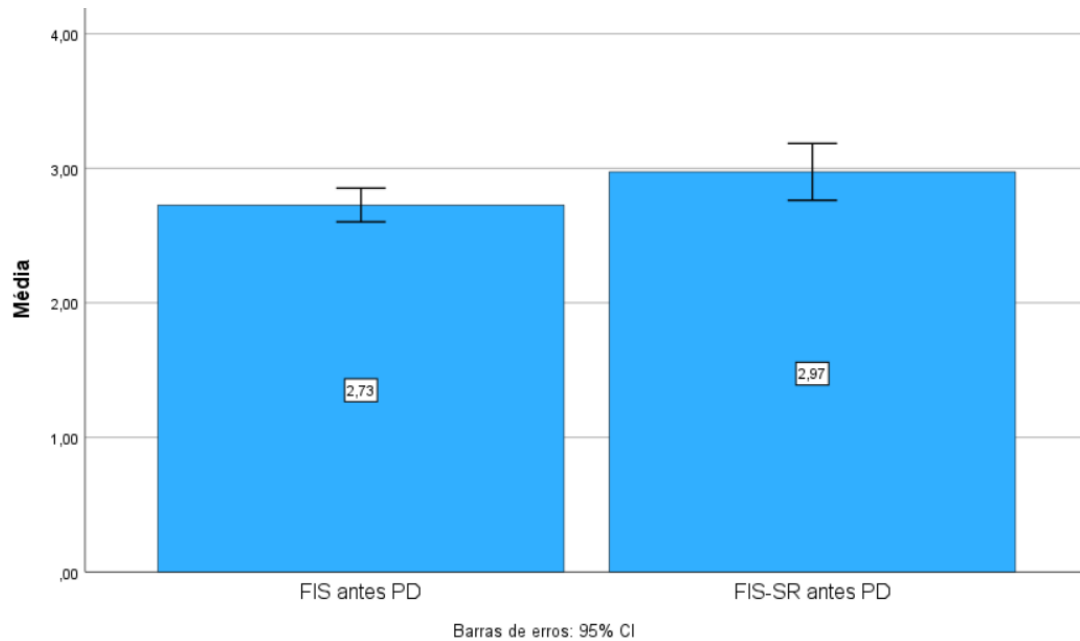


Tabela 3.

Teste T-Student para amostras emparelhadas para comparar o FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em PD

FIS Antes PD		FIS-SR Antes PD		t (22)	p	d de Cohen
M	SD	M	SD			
2.727	.290	2.973	.488	-2.588	.017	-.540

Figura 4.

Comparação do FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) depois do treino em PD

Comparação do FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) depois do treino em PD

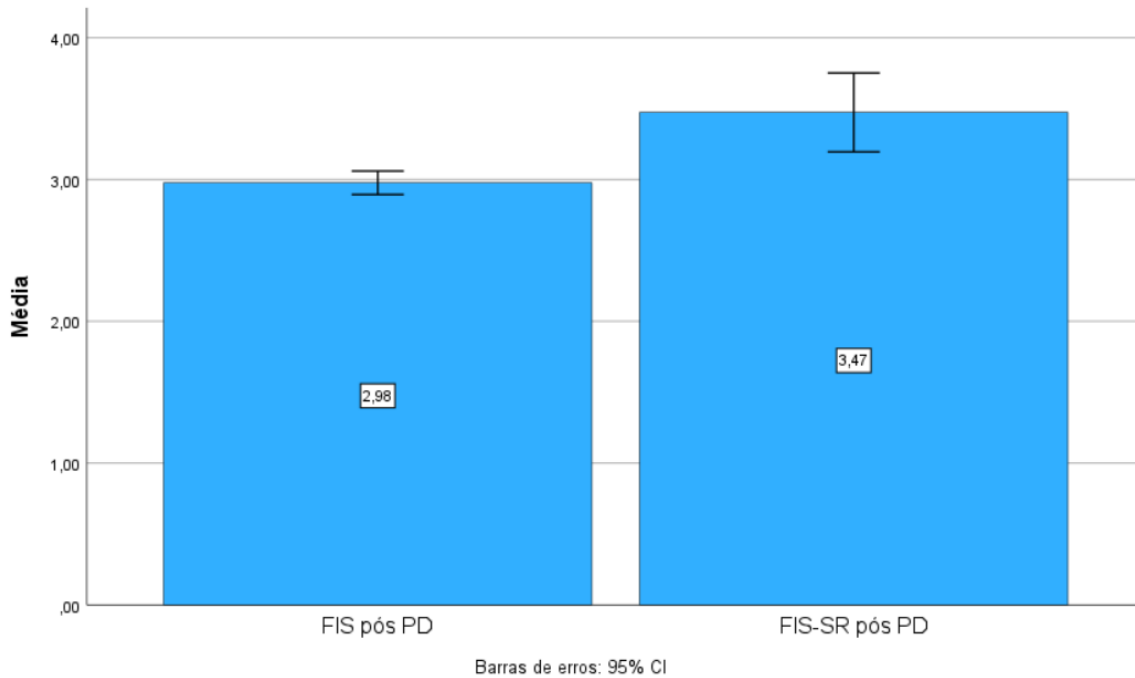


Tabela 4.

Teste T-Student para amostras emparelhadas para comparar o FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) depois do treino em PD

FIS Pós PD		FIS-SR Pós PD		t (21)	p	d de Cohen
M	SD	M	SD			
2,976	.187	3.473	.626	-3.625	.002	-.773

A Tabela 3 e a Tabela 4 indicam que a diferença entre as FIS e o FIS-SR é estatisticamente significativa, tanto antes do treino em PD ($t(22) = 2,588, p = .017$) (Tabela 3) como após o treino em PD ($t(21) = 3,625, p = .002$) (Tabela 4). Por outras palavras, os participantes sobreavaliaram as suas competências FIS. A figura 3 e 4 ilustram estas diferenças, antes e depois do treino em PD, respetivamente.

No anexo VIII e no anexo IX, respetivamente, podemos encontrar os emparelhamentos dimensão a dimensão da comparação entre o FIS e o FIS-SR antes do treino em PD e a

comparação do FIS com o FIS-SR depois do treino em PD. Todas as dimensões do FIS-SR obtiveram cotações superiores ao FIS, em ambos os momentos. As dimensões que apresentaram uma diferença estatisticamente significativa entre o FIS e o FIS-SR antes do treino em PD, foram o item 4 – Expressão Emocional ($t(22) = 3,163, p = .005$), o item 6 – Empatia ($t(22) = 2,293, p = .032$), o item 7 – Capacidade de Criar Aliança ($t(22) = 2,172, p = .041$) e o item 8 – Ruptura e Reparo da Aliança ($t(22) = 5,055, p < .001$). Os itens cuja diferença não foi estatisticamente significativa foram o item 1 – Fluência Verbal ($t(22) = 0,464, p = .647$), item 2 – Esperança e Expectativas Positivas ($t(22) = 0,034, p = .973$), o item 3 – Persuasão ($t(22) = 0,535, p = .598$) e o item 5 – Afeto, Aceitação e Compreensão ($t(22) = 1,857, p = .077$) (Anexo VIII).

Relativamente às diferenças entre o FIS e o FIS-SR após o treino em PD, foram significativas as dimensões correspondentes aos item 4 – Expressão Emocional ($t(21) = 4,237, p < .001$), item 5 – Afeto, Aceitação e Compreensão ($t(21) = 3,424, p < .001$), item 6 – Empatia ($t(21) = 4,923, p < .001$), item 7 – Capacidade de Criar Aliança ($t(21) = 4,146, p < .001$), item 8 – Ruptura e Reparo da Aliança ($t(21) = 3,178, p = .005$). As dimensão cujas diferenças não foram estatisticamente significativas dizem respeito aos item 1 – Fluência Verbal ($t(21) = 1,548, p = .137$), item 2 – Esperança e Expectativas Positivas ($t(21) = 1,713, p = .101$), item 3 – Persuasão ($t(21) = 0,57, p = .575$) (Anexo IX).

Comparação do FIS-SR (autoavaliação) entre o antes e o pós treino em PD

Figura 5.

Comparação do FIS-SR (autoavaliação) antes e depois do treino em PD

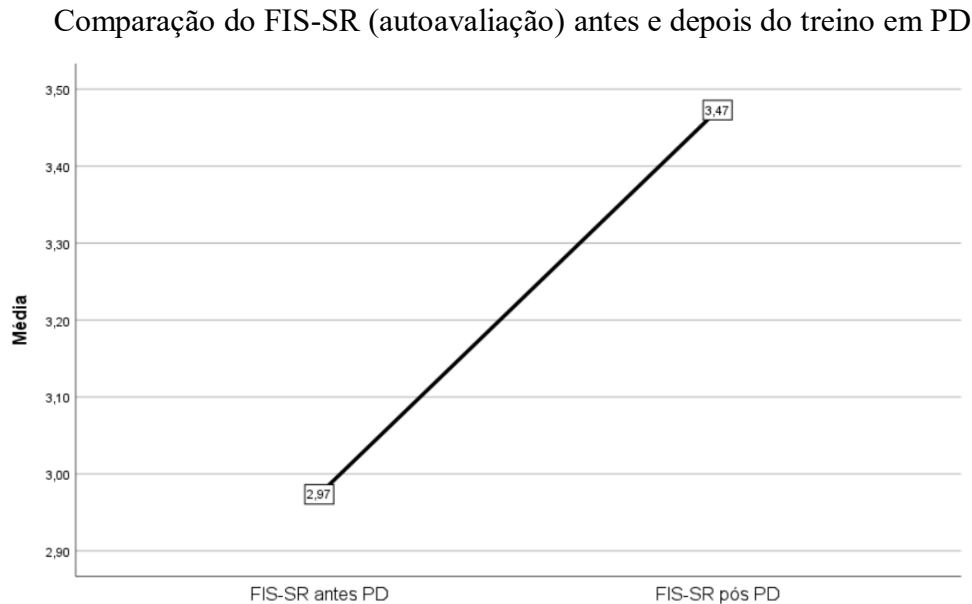


Tabela 5.

Teste T-Student para amostras emparelhadas para comparar o FIS-SR (autoavaliação) entre o antes e pós o treino em PD

FIS-SR Antes PD		FIS-SR Pós PD		t (21)	p	d de Cohen
M	SD	M	SD			
2.973	.500	3.473	.626	-3.448	.002	-.735

A tabela 5 (ilustrada na figura 5) indica que os participantes avaliaram as suas próprias competências FIS como sendo significativamente melhores após o treino em PD ($t(21) = 3,448$, $p = .002$).

No anexo X encontramos os emparelhamentos dimensão a dimensão, com a finalidade de comparar o FIS-SR entre o antes e pós treino em PD. Em todas as dimensões, a cotação no pós treino em PD foi superior à cotação antes do treino em PD. Excetuando o item 8 – Rutura e Reparo da Aliança ($t(21) = 1,81$, $p = .085$), as restantes dimensões apresentaram uma diferença estatisticamente significativa: item 1 – Fluência Verbal ($t(21) = 2,144$, $p = .044$), item 2 – Esperança e Expetativas Positivas ($t(21) = 2,681$, $p = .014$), item 3 – Persuasão ($t(21)$

= 2,381, $p = .027$), item 4 – Expressão Emocional ($t(21) = 3,194$, $p = .004$), item 5 – Afeto, Aceitação e Compreensão ($t(21) = 3,567$, $p = .002$), item 6 – Empatia ($t(21) = 3,916$, $p < .001$), item 7 – Capacidade de Criar Aliança ($t(21) = 3,523$, $p = .002$) (Anexo X).

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a eficácia da PD no treino das FIS, assim como avaliar a percepção dos participantes em relação a essas mesmas competências. Para isso, utilizou-se uma amostra de conveniência de 23 psicólogos formandos da especialização avançada em psicoterapia. Os participantes, durante um módulo de 22 horas de “prática deliberada em psicoterapia I” tiveram a oportunidade de treinar as FIS seguindo o modelo de treino da PD. Existiu, assim, a oportunidade de medir, quantitativamente, as respostas aos vídeos-estímulos antes e depois da existência desse treino.

Os resultados obtidos foram ao encontro tanto da H1 como da H2. Relativamente à H1, as respostas dos participantes após o treino em PD foram significativamente melhores, em média, quando comparadas com as respostas antes desse mesmo treino (Tabela 2). Mais concretamente, existiu uma melhoria significativa em todas as 8 competências (Anexo VII). Estes resultados demonstram a eficácia da PD na melhoria das FIS. No geral, o conhecimento das competências preditoras de resultados, para além de expandir a noção de como a terapia funciona, tem as suas implicações práticas, nomeadamente, no treino de terapeutas (Barkham et al., 2017; Caçador et al., 2023; Edmondstone et al., 2023; Johns et al., 2019; Nissien-Lie et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). No geral, o treino de terapeutas deverá reduzir a magnitude da discrepância entre ambos os extremos de um *continuum* de eficácia inter-terapeutas (Edmondstone et al., 2023). Como demonstrado em outros estudos, mesmo apesar de ser um movimento que está nos seus primórdios e de os princípios da PD poderem, por vezes, não se espelhar perfeitamente no treino de psicoterapeutas, os resultados sugerem que a PD é um método eficaz para o aperfeiçoamento das habilidades terapêuticas (Axelsson et al., 2023; Barrett-Naylor et al., 2020; Chow et al., 2015; Clements-Hickman & Reese, 2020; Di Bartolomeo et al., 2020; Goldberg et al., 2016a; Hill et al., 2020; Larsson et al., 2023; Mahon, 2022; McLeod, 2021; Miller et al., 2020; Newman et al., 2022; Ogles et al., 2023; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021; Yamin et al., 2023; Young & Maack, 2021; Young et al. 2023).

Apesar da análise de dados ter demonstrado que, não só houve um aumento estatisticamente significativo geral das competências FIS (tabela 2), como de cada competência

individualmente (Anexo VII) é de salientar que esse aumento foi de uma média do FIS de 2,711 para 2,976 (tabela 2). O que se pretende salientar com este apontamento é que de facto a PD foi eficiente em melhorar as competências FIS dos terapeutas, no entanto estes não atingiram valores que representam um nível de proficiência superior. Relembrando, cotações de “1” e “2” representam déficits na competência em questão, “3” é o nível neutro e “4” e “5” indicam mestria (Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013). A literatura refere que, apesar de não existir um “número mágico” de horas, quanto mais tempo for investido na PD, maior a possibilidade de melhorar a *performance* num determinado domínio (Ericsson, 2021; Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson et al., 1993; Miller et al., 2020). Desta forma, tendo em conta que o processo de desenvolvimento de competências é, num certo sentido, interminável, estes resultados seriam expectáveis, já que se tratam de terapeutas em formação, cujo treino foi distribuído por 2 horas semanais, durante um total de 22 horas. Coloca-se assim a hipótese de que seria necessário mais tempo para atingir níveis de proficiência superiores, já que o processo de melhoria tem tendência a prolongar-se mais no tempo. Não obstante, realço que o treino em PD foi, de facto, eficaz.

No geral, a PD, focada na aprendizagem individualizada, numa zona desafiadora de habilidade, com *feedback* imediato e sucessivos aperfeiçoamentos e avaliações, foi identificada como um método que transporta as pessoas a níveis de *expertise* e *outcomes* superiores (Mahon, 2022). De forma geral, assim que os critérios da PD estiverem cumpridos, esta poderá ser utilizada para o aperfeiçoamento de qualquer prática terapêutica (Mahon, 2022). Podemos presumir que as FIS dos terapeutas deste estudo, mostraram um aperfeiçoamento significativo devido à execução do método de treino em PD, nomeadamente através da consistência do treino e supervisão que contou com *feedback* individualizado. A supervisão feita por um especialista é um fator imprescindível no decorrer da PD (Mahon, 2022; Young & Maack, 2021). Este auxilia na transmissão de *feedback* e exercícios adequados, na identificação de casos onde não esteja a haver progressão, a direcionar a atenção dos alunos para áreas mais específicas e a adequar e identificar os limites de cada um (Mahon, 2022; Young & Maack, 2021). A PD exige um alto nível de concentração, um foco pleno na tarefa, assim como um esforço pessoal maior que o habitual, pelo que, quem a pratica, para além de a assumir como sendo um treino essencial, também vê a PD como uma atividade que não é inerentemente agradável, nem com uma recompensa imediata associada (Ericsson & Pool, 2016; Hill et al., 2020; McLeod, 2021). Assim, o mérito dos resultados pode e deve ser também atribuído aos participantes do estudo.

No que diz respeito à H2, observou-se que a percepção dos participantes relativamente à sua *performance* nos vídeos-estímulo foi, em média, significativamente, sobrestimada, tanto antes, como depois do treino em PD (tabela 3 e tabela 4). No entanto, ao observarmos dimensão a dimensão, com auxílio do anexo VIII e do anexo IX, apesar de a autoavaliação ter sido sempre superior à heteroavaliação, notamos que essa diferença apenas foi significativa nas dimensões “*Emotional Expression*”, “*Empathy*”, “*Alliance Bond Capacity*” e “*Alliance Rupture-Repair Responsiveness*”, acrescentando a dimensão “*Warmth, Acceptance, & Understanding*” pós o treino em PD.

É curioso notar que, apesar da incongruência com a heteroavaliação das FIS, existiu uma congruência no seu sentido evolutivo. Por outras palavras, os participantes tiveram percepção da sua evolução, visto que o FIS-SR pós treino em PD teve resultados significativamente superiores comparado ao FIS-SR antes do treino em PD (tabela 5), assim como aconteceu com o FIS (tabela 2). Resultados similares são encontrados num estudo de Longley e colaboradores (2023), onde existiu esta mesma sobreavaliação das próprias FIS, verificando-se também que, quanto maior foi a heteroavaliação, maior foi a autoavaliação. Segundo estes mesmos autores, a consciencialização de que esta sobrestimação é um fenómeno comum poderá ajudar a melhorar a aceitação de *feedback* e a se auto questionarem das suas próprias competências (Longley et al., 2023). Esta tendência pode ser explicada através de um enviesamento cognitivo denominado de “efeito de Dunning-Kruger”, um enviesamento onde pessoas com *performances* mais pobres não têm consciência do nível da sua *expertise*, sobrevalorizando as suas competências (Dunning, 2011). Apesar deste fenómeno poder estar associado a uma maior produção de erros, assim como a sua falta de autoconsciência, Dunning (2006) defende que esta sobreavaliação poderá estar correlacionada com níveis de otimismo que poderão ser benéficos para lidar com situações desafiadoras.

Apesar de o treino de psicoterapeutas através do uso da PD estar a dar os primeiros passos, tem-se mostrado como um tópico emergente na literatura, nomeadamente com vista à eficácia de melhorar a *expertise* e os *outcomes* clínicos (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022). Para que o campo da psicoterapia possa progredir, é necessário ir além dos métodos de ensino tradicionais, e começar a ter um olhar mais atento para as práticas de treino mais experienciais como a PD (Mahon, 2022). O treino sistemático de psicoterapeutas tem-se mostrado como um método promissor no desenvolvimento de uma *expertise* profissional, especialmente através da aquisição de competências psicoterapêuticas baseadas na evidência (Anderson et al., 2019; Mahon, 2022; McLeod, 2021; Perlman et al., 2020; Vaz et al., 2023;

Young et al., 2023). Um terapeuta que procure melhorar os seus resultados clínicos através da PD, o que faz sentido treinar, de forma geral, são as variáveis relacionais baseadas na evidência, a não ser que se identifique algum défice crítico noutra modalidade (Mahon, 2022).

Limitações e estudos futuros

O presente estudo contempla algumas limitações a ter em conta que, conseqüentemente, contribuem para estudos futuros. A primeira, e talvez a principal, diz respeito à amostra. Apesar do estudo beneficiar do facto da amostra ser representada apenas por terapeutas, a sua dimensão representa uma limitação - 23 terapeutas antes do treino em PD e 22 depois do treino em PD. A sua dimensão reduzida diminui a confiança com que se pode generalizar estes resultados. Por comparação, um estudo semelhante de Anderson e colegas (2019) contabilizou uma amostra de 101 participantes, no entanto estes últimos não eram terapeutas, mas sim alunos de psicologia.

Como segunda limitação, podemos colocar como hipótese que o facto dos terapeutas, ao responderem após o treino de PD, não terem o “fator surpresa” da situação terapêutica em questão, pode ter influenciado as suas respostas no sentido positivo, dificultando o isolamento da variável “PD”. Para combater este viés, uma possível solução para um estudo futuro seria, num segundo momento, os participantes serem apresentados com 9 vídeos diferentes, mas igualmente representativos dos anteriores. Uma alternativa a esta última solução seria, com uma dimensão maior da amostra, separá-la em dois grupos onde num primeiro momento o “grupo A” respondia ao primeiro conjunto de 9 vídeos e o “grupo B” ao segundo conjunto de 9 vídeos, e no segundo momento, após o treino em PD alternava o conjunto de vídeos a responder. Desta forma, seria possível identificar se houve um acréscimo na *performance* relativamente às dimensões da FIS, aproximando-se o mais possível de um contexto real.

Num estudo futuro poderia ainda ser interessante voltar a acompanhar estes mesmos participantes, para se observar se, com o decorrer do curso e conseqüentemente com o decorrer da prática, a sua *performance* estaria mais próxima da *expertise*.

Conclusão

A investigação relacionada com o treino em PD na psicoterapia está nos seus primórdios, pelo que este estudo vem complementar esta área de pesquisa. O objetivo deste estudo centrou-se em estudar a eficácia da PD nas FIS, assim como a autoperceção dos

participantes perante a sua *performance*. Conclui-se, apesar das limitações apresentadas, que a PD se mostrou como um método de treino fundamental na formação destes terapeutas, visto que beneficiaram significativamente com este treino, melhorando as suas competências interpessoais facilitadoras.

Junta-se à importância da PD na formação de terapeutas, a importância de considerar o treino das competências FIS, sabendo que são competências terapêuticas baseadas na evidência. Juntando estas duas variáveis supomos, por consequência, que os resultados terapêuticos tenderão a aumentar no seu sentido positivo. No que diz respeito à sobrestimação das competências efetuada pelos próprios terapeutas, salienta-se a importância de adequar as expectativas em relação às próprias capacidades.

Apesar de se esperar que este estudo possa vir a contribuir para um avanço na prática deliberada, nomeadamente no ramo da psicoterapia, serão necessários mais estudos para dar continuidade a este tema em crescimento.

Referências

- Abu Sabra, M. A., Al Kalaldehy, 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., & 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., Schwartze, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Dunning, D. (2006). Strangers to ourselves. *The Psychologist*, 19(10), 600-603.
- Dunning, D. (2011). The Dunning–Kruger effect: On being ignorant of one's own ignorance. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 44, pp. 247-296). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-385522-0.00005-6>
- 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>
- 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.

- 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>
- 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 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>
- 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>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine, 15*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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 re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268-274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- 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>
- Ogles, B. M., Hansen, K. L., & Erekson, 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. D., Silva Júnior, J. A. D., & 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., & Froxán-Parga, 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](https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001097)
- 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>
- 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>
- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos*. Fim de Século.
- 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.
- 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>

- 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. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 1-16*. <https://doi.org/10.1080/23794925.2023.2272949>

Anexos

Anexo I – Revisão de Literatura

Eficácia da Psicoterapia

“There thus appears to be an inverse correlation between recovery and psychotherapy; the more psychotherapy, the smaller the recovery rate.” (Eysenck, 1952) (p. 322). Esta foi uma das conclusões levantadas na primeira revisão de literatura sobre a eficácia da psicoterapia, no caso em relação a perturbações neuróticas, salientando que a psicoterapia não facilitou a recuperação desta população e inclusive tinha potenciais danosos (Eysenck, 1952). Era este o pressuposto que dominava na época e passou a ser interiorizado pela maioria da comunidade leiga e profissional (Smith & Glass, 1977).

Posteriormente, Saul Rosenzweig, Allen Bergin, e Hans Strupp, em resposta à referida publicação, vêm opor-se aos argumentos de Eysenck, afirmando que a psicoterapia é sim eficaz (Bergin, 1963; Rosenzweig, 1954; Strupp, 1963). A confirmação desta hipótese surge da primeira meta-análise sobre o tema (Smith & Glass, 1977), cujos resultados mostraram que, no geral, os indivíduos que realizaram psicoterapia estavam 75% melhores quando comparados com um grupo de controlo que não obteve tratamento. Estes valores sobem para os 83% quanto ao alívio do medo e ansiedade, e um valor igualmente alto para melhorias da autoestima (Smith & Glass, 1977).

Desde então que, com o crescimento exponencial da literatura, existe consenso sobre a presença de eficácia na psicoterapia (Abu Sabra et al., 2023; Barkham & Lambert, 2021; Barkowski et al., 2020; Cuijpers, 2017; Eijsen et al., 2022; Hilbert et al., 2019; Lambert, 2013; Munder et al., 2019; Rahmani et al., 2020; Sousa, 2017). Sendo também reconhecido que a psicoterapia, quando comparada com intervenções farmacológicas, apresenta igual eficácia na maioria dos casos (Cuijpers et al., 2020; Høstmælingen et al., 2021; Kappelmann et al., 2020), com a vantagem de possíveis efeitos mais duradouros (Cuijpers et al., 2013; Imel et al., 2008; Wampold, 2007). Por vezes, a combinação de ambas produz uma maior eficácia (Cuijpers et al., 2020; Høstmælingen et al., 2021).

Estando comprovada a eficácia absoluta da psicoterapia, o campo de investigação quis compreender a sua eficácia relativa, concluindo que a eficácia da psicoterapia é independente do tipo de perturbação e do modelo teórico utilizado (Sousa, 2017). Em relação a este último, já desde 1977 (Smith & Glass), está demonstrado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre diferentes racionais teóricos, mantendo-se este pressuposto até aos dias de hoje (Abu Sabra et al., 2023; Cuijpers, 2017; Cuijpers et al., 2021; Eijsen et al., 2022). No

geral, para diversas perturbações, a psicoterapia apresenta melhores resultados quando comparada com a sua ausência (67% vs. 33%) (Lambert, 2013), podendo-se verificar concretamente, por exemplo, no caso da depressão (Cuijpers, 2017; Cuijpers et al., 2021; Eielsen et al., 2022; Munder et al., 2019), perturbações da ansiedade (Barkowski et al., 2020; Rahmani et al., 2020), perturbação obsessivo-compulsiva (Abu Sabra et al., 2023), perturbações alimentares (Hilbert et al., 2019).

Desafios da psicoterapia

Não obstante a eficácia observada, é preciso ter em conta um conjunto de desafios contemporâneos com os quais a prática psicoterapêutica se depara (Sousa, 2017), tais como as elevadas taxas de *dropout* documentadas em algumas meta-análises, variando entre valores de cerca de 20% (Linardon et al., 2019) e cerca de 28% (Dixon & Linardon, 2020; Iliakis et al., 2021). A qualidade da aliança terapêutica parece ser dos fatores com maior influência neste abandono prematuro da psicoterapia (Ferreira et al., 2023; Linardon et al., 2019).

A investigação mostra que cerca de 30% dos pacientes não melhora com a psicoterapia, e 10% chegam a deteriorar (Barkham & Lambert, 2021). Um desafio adicional são os efeitos negativos provenientes da psicoterapia (Klatte et al., 2023), um construto que diz respeito aos vários efeitos adversos que provocam deterioração no estado atual dos pacientes, podendo estes efeitos estar ou não associados ao tratamento (Moritz et al., 2019). As percentagens de pacientes que afirmam terem experienciado pelo menos um efeito negativo devido à terapia variam de acordo com os estudos, como por exemplo 52,6% (Moritz et al., 2019), 56,6% (Strauss et al., 2021), 70,5% (Abeling et al., 2018). A maioria dos efeitos negativos, relativos ao tratamento, surgem da relação terapêutica (Safran et al., 2005). A consciencialização, por parte do terapeuta, desta possibilidade de deterioração do paciente, é por si só um pré-requisito para prevenir ou diminuir estes danos (Klatte et al., 2023).

Outro obstáculo diz respeito à dificuldade, por parte dos terapeutas, em reconhecer esta deterioração nos seus pacientes (Hatfield et al., 2010; Lambert, 2013). Mais concretamente, num estudo de Hannan e colaboradores (2005), foi pedido aos terapeutas que identificassem os pacientes em deterioração. Os participantes nomearam apenas 3 dos 550 pacientes (0,01%), sendo que desses apenas um estava de facto a piorar, existindo, na realidade, um total de 40 pacientes (7.3%) que estavam a deteriorar no decorrer do processo terapêutico. Não só há a dificuldade em reconhecer esta deterioração, como a própria qualidade da relação terapêutica não está em consonância com a visão do paciente (Hartmann et al., 2014), havendo apenas uma correlação moderada (.36) (Tryon et al., 2007).

Por fim, existe uma tendência para os terapeutas sobrestimarem a sua eficácia terapêutica (Lambert, 2013). Os terapeutas tendem a sobrevalorizar o progresso dos seus pacientes, estimando taxas de melhoramento superiores às dos seus pares, sendo que 25% dos terapeutas acreditam estar no percentil 90 quando comparados a outros profissionais, e nenhum acredita estar abaixo da média (Walfish et al., 2012).

O uso da monitorização de resultados, especialmente o uso de *feedback*, tem mostrado resultados benéficos para lidar com estes desafios (Barkham et al., 2023a; Barkham et al., 2023b; de Jong et al., 2021; Lambert et al., 2018), melhorando os resultados terapêuticos, de forma geral, em 8% (Barkham et al., 2023a). Ao adotar os sistemas de *feedback*, a investigação mostra uma redução na taxa de deterioração (Lambert et al., 2018), assim como possíveis reduções na sintomatologia e nas taxas de *dropout* (de Jong et al., 2021). Esta monitorização cria mais oportunidades para melhorar a relação terapeuta- paciente, restabelecer a colaboração e adaptar estratégias (Norcross & Lambert, 2018)

Fatores Comuns/Não-específicos/Universais

Norcross e Lambert (2019) sugerem quatro fatores base que influenciam a eficácia psicoterapêutica. 40% dessa eficácia é atribuída a fatores extra terapêuticos, 30% dizem respeito aos fatores comuns, 15% em relação às técnicas terapêuticas específicas e os restantes 15% relacionados com as expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico. Assim, o paciente, por si só, é quem mais conta para os seus próprios resultados terapêuticos, seguido dos fatores comuns que contam mais que as técnicas específicas e que as expectativas ou efeito placebo (Norcross & Lambert, 2019). Estes fatores devem ser tidos em conta como interdependentes entre si e não mutuamente exclusivos (Lambert & Barley, 2001). Contudo, é preciso uma leitura cautelosa na precisão destes valores, visto que não têm suporte empírico, são antes estimativas aproximadas de correlações baseadas na literatura (Cuijpers et al., 2019).

Entende-se assim a valorização dos fatores comuns, um construto que já marca presença na investigação desde 1936, num artigo publicado por Saul Rosenzweig (Rosenzweig, 1936). Estes fatores, para além de serem elementos compartilhados pela maioria das psicoterapias existentes (de Felice et al., 2019), formam, em conjunto, um modelo teórico relacionado com os mecanismos de mudança em psicoterapia (Wampold, 2015). Com a desconstrução desta ideia surge o veredicto do pássaro Dodô, que se traduz no pressuposto de que diferentes psicoterapias não diferem significativamente em termos de eficácia, pois são os fatores comuns, em comparação com as técnicas específicas, que predizem grande parte dos resultados terapêuticos (Poster, 2019). Com isto em mente, vários foram os modelos

construídos que se baseiam nos fatores comuns (Cuijpers et al., 2019), sendo o modelo contextual o que proporciona uma melhor leitura nos dias de hoje (Wampold & Imel 2015).

Modelo Contextual

Bruce Wampold, baseando-se na evidência dos fatores comuns, sugere um meta-modelo denominado de modelo contextual (Wampold & Imel, 2015). Um modelo que, em parte, se opõe ao modelo médico cujo principal argumento é de que diferentes terapias têm diferentes eficácias, atribuindo mais valor aos tratamentos empiricamente suportados, que pressupõem a manualização da psicoterapia (Cuijpers et al., 2019). Já o modelo contextual, diz que os fatores comuns, comparativamente a técnicas específicas, são mais importantes para obter bons resultados terapêuticos, dando especial valor à relação terapêutica (Cuijpers et al., 2019). Na sua essência, este modelo menciona que os resultados psicoterapêuticos beneficiam de três vias, nomeadamente (1) uma relação real; (2) criação de expectativas; (3) ingredientes específicos (Finsrud et al., 2022).

No entanto, é preciso ter em conta que, previamente à ativação destas vias, tem que estar estabelecida uma relação terapêutica, visto que o paciente precisa de confiar no terapeuta, confiar que esse desconhecido tem as competências necessárias para o ajudar (Wampold, 2015). Esta primeira interação mostra-se de grande relevância tendo em conta que a maioria dos *dropouts* ocorrem após este momento (Fernandez et al., 2021; van Dijk et al., 2023). Depois deste vínculo estar estabelecido, a relação real entre o paciente e o terapeuta é aprofundada (Cuijpers et al., 2019).

O construto de relação (1ª via) real diz respeito a uma relação pessoal, entre o paciente e o terapeuta, marcada pela genuinidade e pela intenção de beneficiar o outro (Gelso, 2014). Esta relação difere de uma relação social comum na medida em que o material partilhado é confidencial (dentro dos seus limites) e a partilha de assuntos emocionalmente mais difíceis, por parte do paciente, não perturba o vínculo social estabelecido (Wampold, 2015). Estamos perante uma relação que, por si só, tende a melhorar o bem-estar do sujeito (Cuijpers et al., 2019).

Por norma, os pacientes aparecem na psicoterapia desmoralizados pelas várias tentativas fracassadas de ultrapassar os seus problemas (Wampold, 2015). As crenças que suportam a explicação para o seu mal-estar tendem a não ser adaptativas, no entanto, a psicoterapia promove um racional adaptativo para os seus problemas (2ª via), de forma ao paciente conseguir lidar com os mesmo (Wampold, 2015). Este racional ao ser aceite, em conjunto com tarefas que sejam congruentes com o mesmo, reforça no paciente um sentido de

esperança, autonomia e envolvimento na terapia (Cuijpers et al., 2019). Os ingredientes específicos (3ª via), dizem respeito a fatores que ajudam não só na criação das expectativas já mencionadas, mas também na promoção de ações que melhoram o bem-estar dos pacientes (Cuijpers et al., 2019).

No geral, e indo ao encontro do modelo contextual, as variáveis comuns às variadas terapias *bona fide* que estão demonstradas como melhores preditores de bons resultados terapêuticos são, essencialmente: aliança terapêutica; colaboração e consenso nos objetivos; empatia; recolha e devolução de *feedback*; olhar positivo e afirmação; expectativas; efeitos do terapeuta; congruência e genuinidade (Norcross & Lambert, 2018; Wampold, 2015). Juntamente com métodos de adaptação às características dos pacientes, tais como fatores de adaptação à cultura, à religião e às preferências do paciente (Norcross & Lambert, 2018; Wampold, 2015). Verifica-se, ainda, que a maioria dos fatores comuns que mais contribuem para os resultados terapêuticos, são elementos constituintes de uma parte mais relacional da psicoterapia (Norcross & Lambert, 2018; Wampold, 2015).

Apesar da separação de cada fator comum para efeitos de enumeração, em contexto real eles trabalham em conjunto, pois são interdependentes (Norcross & Lambert, 2018). Por exemplo, a aliança terapêutica não funciona isoladamente sem ter em conta fatores como a empatia, assim como também não parece ser possível estarmos perante uma relação terapêutica de qualidade sem o *feedback* do paciente em relação ao processo que está a ser realizado (Norcross & Lambert, 2018).

Efeitos do terapeuta

Ao longo do tempo, a investigação no âmbito da psicoterapia, foi-se expandido, maioritariamente, no sentido dos modelos de intervenção, efeitos específicos e fatores do paciente, ignorando os fatores comuns, incluindo os contributos do terapeuta (Barkham et al., 2017; Norcross & Lambert, 2018). Este movimento tem o risco associado de sobrestimar a eficácia de certos componentes (Barkham et al., 2017), visto que a investigação mostra que os efeitos do terapeuta se relacionam, significativamente, com os resultados da psicoterapia (Delgadillo et al., 2022; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Johns et al., 2019; Norcross & Lambert, 2018; Pereira et al., 2023; Wampold, 2015).

O construto de “efeitos do terapeuta” diz respeito à parte da variância dos resultados terapêuticos, que é explicada, exclusivamente, pelo terapeuta em si (Barkham et al., 2017; Johns et al., 2019; Vaz et al., 2023). Esses efeitos contribuem em cerca de 5% a 8% para a variância total dos resultados (Barkham et al., 2017; Chow et al., 2015; Johns et al., 2019). No entanto, é

necessária alguma precaução na leitura destes valores devido à sua alta heterogeneidade (0,2% - 29%), que pode ser explicada pelos delineamentos e contextos dos estudos, incluindo os métodos analíticos ou mesmo o tamanho da amostra (Barkham et al., 2017; Johns et al., 2019). As várias percentagens dos efeitos do terapeuta, apresentada ao longo dos estudos, não são indicativas da qualidade absoluta dos resultados terapêuticos, mas sim o quanto os terapeutas diferem entre si (Johns et al., 2019). Por outras palavras, se estes efeitos fossem nulos, um paciente teria efeitos semelhantes independentemente do terapeuta (Barkham et al., 2017; Johns et al., 2019).

Expertise em psicoterapia

Se esta variância for medida através dos *outcomes* dos pacientes, é inerente a existência de diferentes eficácias entre os terapeutas (Barkham et al., 2017). No entanto, a robustez deste fenómeno demonstra que existem terapeutas que obtêm, consistentemente, melhores resultados quando comparados com os seus pares (Barkham et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Johns et al., 2019; Pereira et al., 2023; Vaz et al., 2023; Wampold, 2015). Por outras palavras, os terapeutas altamente eficazes, são aqueles que consistentemente alcançam bons resultados terapêuticos (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Pereira et al., 2023). A observação de terapeutas excepcionalmente eficazes foi primeiramente documentada em 1974, por David Frank Ricks (Ricks 1974). Este reconhecimento surgiu da comparação entre dois terapeutas, cuja eficácia dos *outcomes* foi de 15% vs. 73% (Ricks, 1974).

A investigação refere que os efeitos dos terapeutas são mais visíveis quanto maior a severidade do paciente (Barkham et al., 2017; Johns et al., 2019). Entende-se que, se este nível de severidade for baixo, é “apenas” requerido um nível mais genérico de capacidades clínicas (presentes na maioria dos terapeutas), para ajudar o paciente (Barkham et al., 2017). Por oposição, quanto mais severos e complexos os casos se tornam, mais se evidenciam as diferenças, pois é necessário dominar um conjunto de competências não-específicas (Barkham et al., 2017). Verifica-se então, que os efeitos do terapeuta, pronunciam-se, essencialmente, nos extremos de um *continuum* de eficácia, nomeadamente por cerca de 15% a 20% de terapeutas com resultados pouco satisfatórios e cerca de 15% a 20% por terapeutas cujos resultados são altamente eficazes (Barkham et al., 2017; Edmondstone et al., 2023). No caso dos terapeutas no pólo mais baixo, observam-se mais pacientes que terminam a terapia piores do que quando começaram ou que não apresentam mudanças significativas (Edmondstone et al., 2023).

As características dos terapeutas que enfatizam estas diferenças têm aumentado o interesse na investigação (Barkham et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Dependendo

do estudo, encontra-se variáveis como: capacidade de formar e reparar alianças terapêuticas; comunicação verbal e não-verbal; competências interpessoais facilitadoras; prática de variadas competências terapêuticas; autódvida/autocrítica profissional; investimento de mais tempo fora da terapia em si; expressão emocional; persuasão; mentalização; compromisso de trabalho; capacidade empática; resiliência; afirmação positiva e calorosa, e capacidade para lidar com críticas (Del Re et al., 2021; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Norcross & Lambert, 2018; Pereira et al., 2023; Wampold & Imel 2015).

Já as características dos terapeutas que não predizem a eficácia da psicoterapia dizem respeito à idade e sexo do terapeuta, ao modelo teórico e, inclusive, à sua experiência (Pereira et al., 2023; Wampold, 2015). De forma geral, os terapeutas não melhoram com a experiência, seja esta medida em termos de tempo ou número de casos clínicos (Goldberg et al., 2016b). Inclusive, alguns terapeutas diminuem a eficácia com o decorrer da experiência, sendo que esta deterioração não depende da severidade dos pacientes, duração do tratamento ou idade do terapeuta (Goldberg et al., 2016b).

Podemos situar os resultados, provenientes dos efeitos do terapeuta, numa relação entre as suas características profissionais e pessoais (Nissien-Lie et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). As profissionais dizem respeito a questões associadas a objetivos terapêuticos, relação terapêutica, estratégias de *coping* e *professional self-doubt*, por sua vez as pessoais caracterizam-se por aspetos inter e intrapessoais do terapeuta (Nissien-Lie et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). São as características profissionais que têm uma relação mais direta com os resultados terapêuticos (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Já as características pessoais, têm uma relação mais indireta, visto interagirem com moderadores relacionados com características profissionais e com a relação terapêutica (Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

A combinação entre uma auto-dúvida profissional e altos níveis de auto-afiliação mostrou-se como sendo, particularmente, eficaz na produção de bons resultados clínicos (Nissien-Lie et al., 2017). Assim como a forma de os terapeutas lidarem com as dificuldades que surgem nas sessões, nomeadamente através estratégias de *coping* construtivas, que envolvem o paciente na solução dos problemas, em oposição a estratégias de *coping* que envolvem evitar e fugir dos problemas (Nissien-Lie et al., 2017). Níveis de auto-afiliação elevados, que não sejam acompanhados por uma auto-dúvida profissional, podem implicar uma autoconfiança exagerada, não promovendo uma atitude terapêutica saudável, e por sua vez levar a uma baixa eficácia clínica (Nissien-Lie et al., 2017). Este exagero na autoconfiança pode ser

visto, de forma defensiva, como um impedimento de confrontação com sentimentos de incompetência ou pouca mestria clínica (Nissien-Lie et al., 2017).

Caçador e colaboradores (2023) após analisarem, qualitativamente, quais os aspetos mais salientes que estavam presentes durante as sessões de uma terapeuta altamente eficaz, chegaram a um total de 12 categorias que se agrupam em 3 principais domínios. Esses domínios são: (1) “*Promoting clients' sense of agency and the collaborative nature of the therapeutic process*” (p.4); (2) “*Supporting clients' exploration of meaningful contents, balancing responsively between following clients and introducing new dimensions*” (p.5); (3) “*Creating a climate of emotional security based on empathic presence, authenticity and positive regard*” (p.6). No geral, os resultados indicam que a relação terapêutica é um fator fundamental no processo de cura, assim como considerar o paciente como um agente ativo na terapia e aprofundar o seu processamento emocional (Caçador et al., 2023). O estudo evidencia também a importância das primeiras sessões para alcançar bons resultados terapêuticos, mesmo antes de uma relação terapêutica sólida ser estabelecida (Caçador et al., 2023).

Competências interpessoais facilitadoras (FIS)

De forma geral, os terapeutas mais eficazes são aqueles que tiram proveito, profissionalmente, das suas capacidades interpessoais, apresentando uma responsividade de forma a que os resultados sejam independentes das características do paciente, como o tipo de perturbação ou personalidade (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). O construto de “competências interpessoais facilitadoras” ou “FIS”, no contexto da psicoterapia, relaciona-se com padrões de comportamento interpessoal e emocional usados pelo terapeuta, baseados na teoria dos fatores comuns, que auxiliam no alívio de sofrimento vivido pelo paciente (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013; Anderson & Perlman, 2022). O uso das FIS está demonstrado na investigação como sendo um preditor, significativo, dos resultados psicoterapêuticos (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009, 2016). Por outras palavras, os pacientes cujos terapeutas apresentam níveis de FIS mais elevados, obtêm maiores taxas de melhoria, quando comparados com pacientes cujos terapeutas têm níveis de FIS mais reduzidos (Anderson et al., 2009, 2016).

FIS Performance Task

Os resultados destes estudos são medidos através do *FIS Performance Task* (Anderson & Patterson, 2013). O objetivo deste instrumento é medir a eficácia de um psicoterapeuta, em situações interpessoais terapêuticas, particularmente desafiantes e difíceis (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013). O “método FIS” é constituído por duas

partes, a *performance-based task* e a cotação das respectivas respostas (Anderson et al., 2019). Na primeira parte, os participantes visualizam um total de 7 vídeos (1-2 minutos cada), onde cada um representa uma parte de uma sessão real de psicoterapia (encenada por atores), particularmente desafiante (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Em momentos críticos, a gravação para e é pedido ao participante que responda ao paciente, como se ele fosse o terapeuta (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). As suas respostas são gravadas e posteriormente cotadas pelos avaliadores através de um manual, correspondendo esta à segunda parte do “método FIS” (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013).

Em parte, o FIS *Performance Task*, é composto por um conjunto de competências reconhecidas, já em 1957, por Carl Rogers, como sendo condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica (Rogers, 1957). Os 8 itens que estão inseridos nesta medida de avaliação são (1) Fluência Verbal; (2) Esperança e Expetativas Positivas; (3) Persuasão; (4) Expressão Emocional; (5) Afeto, Aceitação e Compreensão; (6) Empatia; (7) Capacidade de Criar Aliança; (8) Rutura e Reparo da Aliança (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Os avaliadores, cotam cada resposta seguindo uma escala tipo *likert* de 5 pontos para os 8 itens, que vai de (1) “Não Característico” a (5) “Extremamente Característico”, com o auxílio de uma descrição mais elaborada de cada um dos 5 pontos (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Cotações de “1” e “2” representam déficits nessa competência, “3” é o nível neutro e “4” e “5” indicam mestria (Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013)

Psicometricamente, o FIS *Performance Task* apresenta uma forte validade e fiabilidade (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013). A forma como os vídeos foram criados, faz com que o FIS tenha, inerentemente, validades ecológica e facial bastante altas (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013). Os estudos já mencionados demonstram a sua capacidade de predição de resultados (Anderson et al., 2009, 2016). Os 8 itens mostram-se como representando um único construto, internamente consistentes. (Anderson & Patterson, 2013)

Existe uma tendência para a auto-avaliação das FIS estar sobrestimada (Longley et al., 2023). Num estudo de Longley e colaboradores (2023), os participantes apresentaram resultados de auto-avaliação das FIS significativamente superiores quando comparados com a cotação FIS feita por avaliadores (Longley et al., 2023). No entanto, parece existir uma congruência entre auto-avaliação e avaliação, no sentido que quanto maior a auto-avaliação maior a avaliação (Longley et al., 2023). A idade, sexo e experiência não se correlacionaram,

significativamente, com os resultados da auto-avaliação (Longley et al., 2023). Porém, características como uma forte autoconfiança e auto-atração, mostraram correlações com auto-avaliações mais altas do que a média das cotações feitas pelos observadores (Longley et al., 2023). A consciencialização de que esta sobrestimação é um fenômeno comum, poderá ajudar, especialmente, estagiários, a aceitarem melhor *feedback* e a se auto questionarem das suas próprias competências (Longley et al., 2023).

A identificação das 8 competências interpessoais facilitadoras, consideradas no FIS *Performance Task*, como preditores de resultados, mostra a relevância de as usar no treino de terapeutas (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013; Anderson et al., 2009). Se a investigação permite identificar as competências dos *master therapist*, assim como mostra a sua eficácia na formação e avaliação de terapeutas, assume-se que este treino promoverá uma tendência geral para a média dos resultados terapêuticos aumentarem (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009). O FIS *Performance Task* pode ser usado, não só para treinar terapeutas, como também para avaliar a eficácia do treino dos mesmos (Allen et al., 2023), assim como para transmitir *feedback* individual aos formandos (Longley et al., 2023). Outra forma de aumentar a eficácia geral, reduzindo a variabilidade dos efeitos do terapeuta é introduzir o *feedback* nesta equação (Delgado et al., 2022).

Num estudo empírico, Anderson e colegas (2019), chegaram a resultados que demonstram a eficácia do treino na aquisição de FIS. Concretamente, o treino consistia na observação de respostas modelo aos vídeos, assim como uma prática repetida de diferentes respostas (Anderson et al., 2019). Este treino também está demonstrado que auxilia o terapeuta a focar-se no processo experiencial e emoções dos seus pacientes (Anderson et al., 2022). De forma semelhante, Perlman e colegas (2020, 2023) correlacionaram positivamente o treino focado na aliança terapêutica e nas FIS, com uma aquisição mais eficaz de competências, quando comparado com métodos de ensino mais didáticos.

No geral, o conhecimento dos efeitos do terapeuta preditores de resultados, para além de expandir a noção de como a terapia funciona, tem as suas implicações práticas, nomeadamente, como mencionado, no treino de terapeutas (Barkham et al., 2017; Caçador et al., 2023; Edmondstone et al., 2023; Johns et al., 2019; Nissien-Lie et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Primeiramente, na formação de terapeutas, professores e supervisores devem criar uma atmosfera de tolerância ao erro, onde o não saber é natural, um clima onde se possa aceitar as próprias falhas e limitações, sem medo de perderem a própria integridade (Nissien-Lie et al., 2017). No geral, o treino de terapeutas deverá reduzir a magnitude da

discrepância entre ambos os extremos no *continuum* de eficácia mencionado (Edmondstone et al., 2023).

Prática Deliberada

O estudo da *expertise*, com o aumento do interesse na investigação, tem mostrado grandes impactos na forma como se entende e treina os profissionais, não só da psicologia, mas da comunidade em geral (Vaz et al., 2023). Os *experts*, por norma, dominam uma área específica, onde processam mais rápido a informação, assim como executam as suas funções com margens de erro inferiores às dos seus pares, tendo competências de auto-monitorização superiores (Ericsson & Pool, 2016; Vaz et al., 2023). A prática deliberada revela-se como uma componente fundamental para adquirir estes padrões elevados de competência (Vaz et al., 2023).

Ao longo das últimas décadas, várias são as investigações relacionadas com as características dos profissionais de alto desempenho, nas mais diversas áreas, sendo Ericsson e colaboradores dos pioneiros, com um estudo sobre o treino de *experts* em música (Ericsson et al., 1993). Estes autores realizaram um estudo com o intuito de investigar quais as condições ótimas para aprender e melhorar o desempenho profissional (Ericsson et al., 1993). Para isso, acompanharam as atividades diárias dos alunos de uma academia de música de excelência (Ericsson et al., 1993). Este movimento promoveu uma atenção detalhada a certos padrões de treino que estavam em funcionamento, chegando assim ao construto de prática deliberada (PD):

Deliberate practice is a highly structured activity, the explicit goal of which is to improve performance. Specific tasks are invented to overcome weaknesses, and performance is carefully monitored to provide cues for ways to improve it further. We claim that deliberate practice requires effort and is not inherently enjoyable. (Ericsson et al., 1993, p.368)

Para que se possa nomear um treino como PD, existem certas características que precisam de estar presentes, sendo elas: (1) uma tarefa cujo objetivo é individualizado, claro e específico, de forma a que o participante conseguir realizar a tarefa sozinho, mas de forma desafiante; (2) a presença de *feedback* imediato; (3) a repetição da mesma tarefa (ou tarefas semelhantes), maioritariamente sozinho (4) a presença de um “*expert coach*” (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson et al., 1993; Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016; Miller et al., 2020). Por outras palavras, a *expertise* é adquirida através de ciclos repetitivos de atividades de desenvolvimento de competências, seleccionadas com base no nível de *performance* do sujeito, com o respetivo *feedback* e a busca de novos objetivos consoante a

evolução do aluno (Ericsson, 2006; Ericsson & Harwell, 2019). A PD exige um alto nível de concentração, um foco pleno na tarefa, assim como um esforço pessoal maior que o habitual, pelo que quem a pratica, para além de assumir como sendo um treino essencial, também vê a PD como uma atividade que não é inerentemente agradável, nem com uma recompensa imediata associada (Ericsson & Pool, 2016; Hill et al., 2020; McLeod, 2021).

O mecanismo interno, que faz com que a PD esteja associada a um aperfeiçoamento eficaz de competências, denomina-se de representações ou mapas mentais (Ericsson, 2021; Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016; Ericsson et al., 1993). Uma representação mental corresponde a uma estrutura mental, concreta ou abstrata, de um objeto, ideia, ou qualquer outra coisa, em que se esteja a pensar (Ericsson & Pool, 2016). De forma prática, ao mencionar a *Mona Lisa*, a maior parte das pessoas irá visualizar uma imagem do quadro na sua cabeça, umas mais detalhadas e outras menos, sendo essa a sua representação mental (Ericsson & Pool, 2016). O aperfeiçoamento destas representações mentais, através da PD, permite ao sujeito um engajamento em mais e mais complexas combinações de ideias e métodos de treinos, assim como a promoção de um maior automatismo e controlo numa determinada tarefa (Ericsson, 2021; Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016; Ericsson et al., 1993). Por sua vez, com melhores representações mentais, o sujeito torna-se mais autónomo na prática das habilidades pretendidas, assim como melhora a auto-monitorização e correção de si próprio (Ericsson, 2006, 2021).

Quando o *coach* comunica os objetivos ao aluno, este último representa internamente esse objetivo durante a prática em si (Ericsson & Harwell, 2019). Por exemplo, no caso da música, o aluno tem de conseguir representar mentalmente o som desejado, de forma a conseguir gerá-lo com o instrumento em tentativas controladas, para que, gradualmente, se aproxime do objetivo (Ericsson & Harwell, 2019). Ericsson (2020) ressalta que o ato de praticar música sozinho, por si só, não leva necessariamente a uma melhor *performance*. Para que seja eficaz, o aluno precisa de adquirir uma representação mental que o auxilie na imaginação interna dos sons pretendidos para que os consiga transformar em notas musicais consoante o objetivo que o *coach* propôs, sendo capaz de comparar o som que produziu, com o pretendido, e repetindo até alcançar a *performance* desejada (Ericsson, 2020).

A literatura refere que, apesar de não existir um “número mágico” de horas, quanto mais tempo for investido na PD, maior a possibilidade de melhorar a *performance* num determinado domínio (Ericsson, 2021; Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson et al., 1993; Miller et al., 2020). No entanto, é necessária alguma cautela na análise destes resultados, pois é

necessário que o treino mencionado seja de facto prática deliberada, isto é, que cumpra os critérios já mencionados, como mais aceites pela investigação (Ericsson & Harwell, 2019; Miller et al., 2020). Macnamara e colaboradores (2014), realizaram uma meta-análise cujos resultados indicaram que “deliberate practice explained 26% of the variance in performance for games, 21% for music, 18% for sports, 4% for education, and less than 1% for professions. We conclude that deliberate practice is important, but not as important as has been argued” (p. 1608). No entanto, Ericsson e Harwell (2019), apontam que dos 88 estudos incluídos na meta-análise referida, apenas 12 cumpriram os critérios de inclusão para se poder nomear o treino de prática deliberada.

Nomear atividades como PD, sem que o sejam, gera algumas confusões na investigação, nomeadamente na área do desporto onde os investigadores notaram que dificilmente existiam atividades que cumprissem todos os critérios para PD (Ericsson, 2020). Nesse sentido, é importante distinguir a PD de outros métodos de treino, já que diferem, qualitativamente, entre si (Ericsson & Harwell, 2019). Conseguimos nomear, para além da PD, 3 outros tipos de práticas que estão mais presentes na literatura e que, por vezes, são confundidas: (1) *purposeful practice*; (2) *naïve practice*; (3) *structured practice* (Ericsson, 2020; Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016). A *purposeful practice* consiste numa prática orientada para um objetivo específico, com um compromisso em melhorar a *performance*, como na PD, mas sem a componente de um *expert coach*, que introduza métodos eficazes, transmita *feedback* mais individualizado ou selecione os objetivos (Ericsson & Pool, 2016). É, particularmente, comum em desportos onde os sujeitos praticam bastante, mas isolados, como o caso do xadrez ou dos dardos. Dificilmente, uma prática desta exigência, próxima à da PD, é completamente independente de um professor, no entanto estes encontros tendem a ser mais ocasionais e em equipa (Ericsson & Harwell, 2019). Apesar de ser uma prática solitária, não está ausente de *feedback* imediato (Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016). Por exemplo, em treinos que consistem no levantamento de uma certa carga de pesos, os indivíduos conseguem perceber se o objetivo está ou não a ser cumprido, concretizando atividades, razoavelmente eficazes, mesmo sem um *coach* para os guiar nos detalhes (Ericsson & Harwell, 2019).

A “*naïve practice*”, é outro tipo de prática que não cumpre todos os critérios da PD (Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016). Na sua essência, é uma prática que envolve, primariamente, o engajamento na atividade, como jogar mais partidas de futebol de forma a melhorar, ou correr durante mais tempo de forma a melhorar a *performance* de corrida,

ou num contexto profissional em que se executa apenas uma função em resposta a fatores externos (Ericsson & Harwell, 2019; Ericsson & Pool, 2016). Existe ainda a “*structured practice*”, que corresponde às práticas estruturadas de um *coach* para um grupo, sem que se tenha em conta o nível de competência atual de cada um, e sem oportunidades para melhorar componentes específicas da *performance* individual, habitualmente associado aos treinos dos desportos em equipa (Ericsson & Harwell, 2019).

Um dos principais fatores que diferencia a PD de outros métodos, é o foco na aprendizagem procedimental, em oposição à conceptual (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022; Vaz et al., 2023). A abordagem mais tradicional, focada num trabalho conceptual, implica estar presentes nas aulas, ler os materiais solicitados, tirar notas, ver vídeos simulados de sessões de psicoterapia, etc. (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022; Vaz et al., 2023). Estas atividades intelectuais continuam a ser elementos importantes na PD, no entanto tiram melhor proveito se forem praticadas em conjunto com métodos de aprendizagem procedimental que envolva o ensaio repetido de habilidades específicas, com o respetivo *feedback* imediato (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022; Vaz et al., 2023). Este treino, deverá acontecer fora do trabalho em si, assim como músicos e desportistas praticam antes de um concerto ou de um jogo (Mahon, 2022). Ressaltando que, para colocar em prática a aquisição de competências (aprendizagem procedimental), deverá haver algum conhecimento intelectual sobre a matéria em si (aprendizagem conceptual) (Mahon, 2022).

Prática Deliberada em Psicoterapia

A renovação dos métodos de treino em psicoterapia, que transportam os formandos para um método mais experiencial e sistemático, parece ser a via mais adequada para melhorar os resultados clínicos e, conseqüentemente, atingir a *expertise* esperada (Vaz et al., 2023). O construto de prática deliberada foi gerado a partir de domínios com diretrizes claras para medir e melhorar o desempenho, pelo que surgiram vários desafios em expandir a sua definição para algumas áreas, nomeadamente da psicoterapia (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson & Harwell, 2019). No entanto, a investigação relacionada com a PD fora do ramo da psicoterapia, tem implicações significativas para esta última, ajudando a melhorar o treino de psicoterapeutas (Clements-Hickman & Reese, 2020). Apesar de ser um movimento que está nos seus primórdios e de estes princípios poderem, por vezes, não se espelhar perfeitamente no treino de psicoterapeutas, a evidência mostra que a PD é um método eficaz para o aperfeiçoamento das habilidades terapêuticas (Axelsson et al., 2023; Barrett-Naylor et al., 2020; Chow et al., 2015; Clements-Hickman & Reese, 2020; Di Bartolomeo et al., 2020; Goldberg et al., 2016a; Hill et

al., 2020; Larsson et al., 2023; Mahon, 2022; McLeod, 2021; Miller et al., 2020; Newman et al., 2022; Ogles et al., 2023; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021; Yamin et al., 2023; Young & Maack, 2021; Young et al. 2023).

O nível de engajamento na PD, contrariamente ao nível do profissional (novato vs. *expert*), é uma variável que permite discriminar os indivíduos com melhores *performances* dos outros (Clements-Hickman & Reese, 2020; Young & Maack, 2021). Também a clareza da definição de objetivos correlaciona-se com o nível de *performance* desempenhado, sendo que para tirar o melhor partido de uma tarefa específica é necessário respeitar o tempo necessário de cada indivíduo para alcançar a sua máxima eficácia, e só depois selecionar novos objetivos (Clements-Hickman & Reese, 2020).

A supervisão feita por um especialista é um fator imprescindível no decorrer da PD (Mahon, 2022; Young & Maack, 2021). Este auxilia na transmissão de *feedback* e exercícios adequados, na identificação de casos onde não esteja a haver progressão, a direcionar a atenção dos alunos para áreas mais específicas e a adequar e identificar os limites de cada um (Mahon, 2022; Young & Maack, 2021). O uso da tecnologia mostra-se como um aspeto facilitador neste processo dado que, para além da sua fácil implementação, os participantes tendem a aceitá-la e vê-la como útil (Mahon, 2022; Murphy et al., 2019). Nomeadamente, na gravação das próprias sessões para o uso posterior de revisão, reflexão e para receber *feedback* dos seus supervisores (Caçador et al., 2023; Mahon, 2022). O uso de vídeos simulados, cria a possibilidade de os participantes aliviarem alguma ansiedade de *performance*, pois podem treinar sozinhos antes de o fazerem em frente à turma (Mahon, 2022).

A própria supervisão pode ser baseada em PD, diferindo da supervisão tradicional em termos de foco, estrutura e a ênfase colocada no desenvolvimento de competências (Axelsson et al., 2023). Este tipo de supervisão exige objetivos mais específicos assim como uma atenção plena focada nestes últimos, acompanhada com o respetivo *feedback* e a repetição de tarefas que estejam alocadas num nível suficientemente desafiador para o supervisando, requerendo assim momentos de reflexão e um grande investimento de tempo e esforço (Axelsson et al., 2023). Este tipo de supervisão promove um bom ambiente de aprendizagem e desenvolvimento (pessoal e profissional), assim como uma boa aliança com os supervisores e uma forte dinâmica grupal (Axelsson et al., 2023; Rosén, 2019). A supervisão baseada na PD também é eficaz no desenvolvimento da autocompaixão (Rosén, 2019).

O treino em psicoterapia, de forma geral, serve para preparar os terapeutas para uma melhor prática profissional (Mahon, 2022). Apesar de a forma estandardizada de o conseguir

ainda ser mista ao longo dos diferentes estudos, sabe-se que, de forma geral, o uso de *role-plays*, como técnica experiencial, permite o aperfeiçoamento de competências específicas de forma eficaz (Mahon, 2022; Rønning & Bjørkly, 2019; Vaz et al., 2023). No entanto, estes *role-plays* distinguem-se dos *role-plays* clínicos mais tradicionais, na medida em que os primeiros acrescentam uma componente de repetição e sucessivo refinamento (Vaz & Rousmaniere, 2022).

Mahon (2022) apresenta uma revisão de literatura de 14 artigos relacionados com a aquisição de competências terapêuticas através da PD, demonstrando que este tipo de treino, não só aumenta a eficácia psicoterapêutica, como é mais favorável na aquisição de técnicas terapêuticas, competências de comunicação e fatores relacionais e interpessoais baseados na evidência, quando comparados com *workshops* didáticos. No geral, a PD, focada na aprendizagem individualizada, numa zona desafiadora de habilidade, com *feedback* imediato e sucessivos aperfeiçoamentos e avaliações, foi identificada como um método que transporta as pessoas a níveis de *expertise* e *outcomes* superiores (Mahon, 2022). De forma geral, assim que os critérios da PD estiverem cumpridos, esta poderá ser utilizada para o aperfeiçoamento de qualquer prática terapêutica (Mahon, 2022).

Chow e colaboradores (2015) foram os primeiros a estudar o efeito da PD na psicoterapia. Para isso, compararam os resultados clínicos dos psicoterapeutas com o tempo total despendido em atividades de treino e supervisão (Chow et al., 2015). Os resultados demonstraram que quanto mais tempo os participantes investiram em melhorar as competências propostas, fora do tempo da sessão, melhores os resultados clínicos (Chow et al., 2015). Estes terapeutas mais eficazes investiram 2,8 vezes mais nas atividades relacionadas com a PD (Chow et al., 2015). As características do terapeuta como a idade, o sexo e os anos de experiência não tiveram impacto nesta predição (Chow et al., 2015). Janse e colaboradores (2022) ao tentarem replicar estes resultados, identificaram que a auto-avaliação do tempo despendido em atividades de aprendizagem não se correlacionou com os *outcomes* dos respetivos pacientes. Estes resultados podem-se dever ao facto de a auto-avaliação não ser uma medida precisa (Janse et al., 2022).

Num estudo longitudinal de 7 anos, 153 psicoterapeutas acompanharam um total de 5128 pacientes em psicoterapia individual durante, em média, 6,53 sessões (Goldberg et al., 2016a). Durante esse tempo, existiu uma rotina de monitorização de resultados, incluindo a recolha de *feedback* através do *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45) e de sessões mensais de supervisão com PD incluída, especialmente de casos identificados cuja progressão não era a

esperada (Goldberg et al., 2016a). Os resultados indicam, de forma geral, que a cada ano que passava os resultados clínicos foram melhorando, identificando um aumento, estatisticamente significativo, da eficácia profissional (Goldberg et al., 2016a). Desta forma, os resultados vão no sentido oposto ao estudo longitudinal de Goldberg e colegas (2016b) já mencionado, onde os profissionais não melhoraram com o tempo.

Três estudos semelhantes (Di Bartolomeo et al., 2020; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021) procuraram, através de *workshops*, estudar a diferença entre o treino através de prática deliberada vs. o treino através de métodos mais tradicionais, isto é, mais didáticos. Sendo o que diferenciou ambos os *workshops*/treinos é que na PD existiu mais *feedback* e mais prática (Di Bartolomeo et al., 2020; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021). O treino tinha em vista os participantes conseguirem, 4 meses após o *workshop*, gerirem, em entrevistas, contextos de ambivalência e resistência para com a mudança, por parte dos entrevistados (Di Bartolomeo et al., 2020; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021). Neste âmbito, a ambivalência é representada por conflitos em relação à mudança e a resistência assume-se como declarações contra a mudança proposta pelo terapeuta, de forma a opor-se a este último ou à terapia (Di Bartolomeo et al., 2020). Enquanto a ambivalência é vista como normal e inofensiva e tende a surgir num processo colaborativo de exploração de sentimentos em relação à mudança, a resistência é interpretada como problemática e não-produtiva, pois representa uma não-colaboração e disrupção na relação e no processo terapêutico (Di Bartolomeo et al., 2020). Os entrevistados correspondiam a “voluntários ambivalentes/resistentes” e a “atores ambivalentes/resistentes”, sem que os participantes do estudo soubessem desta diferença (Di Bartolomeo et al., 2020; Shukla et al., 2021; Westra et al., 2021).

No estudo de Shukla e colaboradores (2021) o objetivo foi treinar competências de suporte, em oposição a competências de exigência. Comportamentos de exigência relacionam-se com movimentos, por parte do terapeuta, que levam, explícita ou implicitamente, o paciente em direção à mudança, por exemplo através de conselhos (Shukla et al., 2021). Em oposição, comportamentos de suporte dizem respeito a posições terapêuticas empáticas, de compreensão do mundo do paciente, suportando-o com validações, reflexões, etc. (Shukla et al., 2021). No geral, o treino em PD mostrou-se como mais eficaz, quando comparado com um treino tradicional, na gestão da resistência dos entrevistados (Shukla et al., 2021).

Como esperado, o grupo da PD exibiu, significativamente, menos comportamentos de exigência, assim como levou mais tempo até usá-los (Shukla et al., 2021). Os atores mostraram-se como mais resistentes à mudança, já que nestas entrevistas foram usados mais

comportamentos de exigência em ambos os grupos (Shukla et al., 2021). Nestas últimas entrevistas (maior resistência), quando comparadas com as dos voluntários (menor resistência), o grupo do treino tradicional diminuiu o uso de competências de suporte e o da PD aumentou o uso destas competências (Shukla et al., 2021). Sugerindo que a PD auxilia na formação de responsividade à resistência, no sentido em que, em situações mais desafiadoras, os terapeutas conseguem não só evitar fazer mais exigências, como ainda aumentar o auxílio de suporte (Shukla et al., 2021). Possivelmente, o treino através da PD fez com que os participantes, através dos múltiplos exemplos de resistência que praticaram, notassem, em contexto “real”, que era contraproducente usar comportamentos de exigência nessas situações, visto que o uso de exigências tende a aumentar ainda mais a resistência, e ajustassem o seu comportamento aumentando as competências de suporte (Shukla et al., 2021).

Neste contexto de *workshops* baseados na aquisição de competências, em crítica a *workshops* puramente intelectuais, focados em métodos de ensino didáticos, Di Bartolomeo e colegas (2020), realizaram um estudo semelhante ao anterior, no entanto, o objetivo foi avaliar a eficácia da PD na linguagem motivacional apresentada pelos pacientes, avaliada através da quantidade de resistência e ambivalência apresentada pelos mesmos (Di Bartolomeo et al., 2020). Os resultados demonstraram que os pacientes, cujos terapeutas pertenciam ao grupo da PD, demonstraram menos declarações resistentes (Di Bartolomeo et al., 2020). Demonstra-se, assim, a eficácia da PD na minimização da resistência por parte dos pacientes, um fator que, quando existente, está associado negativamente com os resultados terapêuticos (Di Bartolomeo et al., 2020).

Na mesma linha, Westra e colaboradores (2021) concluíram que a PD é eficaz na aquisição de competências relacionadas com a “entrevista motivacional”, incluindo a capacidade de lidar com a ambivalência e resistência dos pacientes. Num *follow-up* quatro meses após o estudo, ambos os grupos diminuíram a qualidade destas competências, no entanto o grupo da PD continuou em vantagem, assim como foram nomeados como mais empáticos (Westra et al., 2021).

Já Larsson e colaboradores (2023) investigaram se a PD representa um método eficaz no aumento da capacidade empática. Para isso, comparou-se eficácia da PD (n = 21) com métodos de aprendizagem didáticos (n = 15), numa amostra de 36 estudantes, em parte, leigos no tema (Larsson et al., 2023). Os resultados indicaram que os participantes do grupo da PD melhoram a sua expressão empática, enquanto o grupo que recebeu treino através de métodos

de aprendizagem didáticos não. Por outras palavras, a PD é um método de treino eficaz no desenvolvimento de competências terapêuticas, como o caso da empatia (Larsson et al., 2023).

Várias são as competências que podem ser treinadas, aperfeiçoadas e adquiridas com o auxílio da prática deliberada, porém, por norma, este treino é focado numa competência específica, pelo que Hill e colaboradores (2020) averiguaram a eficácia de um *workshop* de PD na aquisição da competência “imediatismo”. O imediatismo, no contexto terapêutico, diz respeito à capacidade do terapeuta se focar na relação terapêutica, através da comunicação de sentimentos imediatos que estejam presentes nesse momento, no fundo a existência de uma comunicação aberta e direta entre o terapeuta e o paciente (Hill et al., 2020). Os resultados demonstraram que, no geral, o treino do “imediatismo” através da PD aumentou a eficácia das intervenções dos participantes (Hill et al., 2020). Ajudou também na atenção e gestão das próprias emoções e processos contratransferenciais, algo que pode ser visto como um pré-requisito para uma boa aplicação do imediatismo (Hill et al., 2020).

Os profissionais dos cuidados oncológicos, lidam diariamente com questões associadas a ansiedade e depressão dos seus utentes (Barrett-Naylor et al., 2020). Com isto em mente, Barret-Naylor e colaboradores (2020) montaram um estudo, com um total de 263 participantes que receberam 17 “*one-day trainings*” baseados em PD, com vista a melhorarem a sua confiança na gestão da ansiedade e depressão dos utentes (Barrett-Naylor et al., 2020). Os resultados indicam que apenas com um “*one-day training*” esta confiança aumentou, no entanto é necessário um acumular de mais treinos para solidificar a aquisição de competências (Barrett-Naylor et al., 2020). Outras competências que estão demonstradas como eficazmente adquiridas através da PD são por exemplo a forma de lidar com situações eticamente desafiantes (Ogles et al., 2023), competências de comunicação (Newman et al., 2022), competências de processamento emocional (Yamin et al., 2023). A PD é eficaz no desenvolvimento de competências relacionais baseadas na evidência, como por exemplo a empatia, a capacidade de formar uma aliança terapêutica e a respetiva qualidade de reparação de uma rutura (Mahon, 2022).

Conclusão

Apesar de o treino de psicoterapeutas através do uso da PD estar a dar os primeiros passos, tem-se mostrado como um tópico emergente na literatura, nomeadamente com vista à eficácia de melhorar a *expertise* e os *outcomes* clínicos (Mahon, 2022; Vaz & Rousmaniere, 2022). Para que o campo da psicoterapia possa progredir, é necessário ir além dos métodos de ensino tradicionais, e começar a ter um olhar mais atento para as práticas de treino mais

experienciais como a PD (Mahon, 2022). O treino sistemático de psicoterapeutas tem-se mostrado como um método promissor no desenvolvimento de uma *expertise* profissional, especialmente através da aquisição de competências psicoterapêuticas baseadas na evidência (Anderson et al., 2019; Mahon, 2022; McLeod, 2021; Perlman et al., 2020; Vaz et al., 2023; Young et al., 2023). Um terapeuta que procure melhorar os seus resultados clínicos através da PD, o que faz sentido treinar, de forma geral, são as variáveis relacionais baseadas na evidência, a não ser que se identifique algum déficit crítico noutra modalidade (Mahon, 2022).

Podemos enquadrar dois tipos de prática deliberada neste contexto psicoterapêutico, a PD genérica e a PD individualizada (Vaz et al., 2023). A primeira tende a ser aplicada em grupo, partindo do pressuposto que qualquer formando irá retirar benefícios do treino da competência específica em questão (Vaz, et al, 2023), como no caso das FIS que estão demonstradas como competências essenciais de um psicoterapeuta (Anderson et al., 2019; Perlman et al., 2020, 2023). Já a PD individualizada, é mais adequada para supervisões individuais, visto que exige uma avaliação personalizada das necessidades concretas de cada pessoa, de forma a adaptar o treino às competências identificadas (Vaz et al., 2023). O objetivo do trabalho centra-se em estudar a eficiência da prática deliberada genérica na melhoria das competências interpessoais facilitadoras. Neste sentido, colocam-se duas hipóteses: (1) a prática deliberada contribuirá para uma melhoria das competências interpessoais facilitadoras dos formandos; (2) A auto-avaliação das competências interpessoais facilitadoras será superior à heteroavaliação dessas mesmas competências.

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 Kalaldehy, 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>
- 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>

- 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>
- 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>

- 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

- 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>
- Kappelmann, 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>
- 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/s00406-018-0931-1>
- 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 re-analysis 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* (3rd ed., Vol 1). Oxford University Press.
- Ogles, B. M., Hansen, K. L., & Erekson, 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>

- Pereira, G. L., Trujillo-Sánchez, C., Alonso-Vega, J., Echevarría-Escalante, D., & Froxán-Parga, 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](https://doi.org/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.x>
- 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>
- 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.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological reports, 110*(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-6>
- 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. (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. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 1*-16. <https://doi.org/10.1080/23794925.2023.2272949>

Anexo II – Questionário sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

B *I* U ↻ ✕

Especialização Avançada em Psicoterapia

1. Qual é a sua idade? *

Texto de resposta curta

2. Com que género se identifica? *

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer
- Outra opção...

3. Nº de anos de prática clínica: *

Texto de resposta curta

4. N° de horas semanais de prática clínica: *

Texto de resposta curta

5. Qual o modelo teórico que mais utiliza? *

- Psicodinâmico
- Humanista-Existencial
- Sistêmico-Familiar
- Cognitivo-Comportamental
- Integrativo
- Outra opção...

Obrigado

Descrição (opcional)

Título da imagem



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 *Skillsetter*; 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), Anderson & Patterson,
2013**

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 – 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 intraclasse (CCI), para um acordo absoluto entre 3 avaliadores (k =3)

Escala: Vídeo 1

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	23	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	23	100,0

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

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,955	24

Coeficiente de correlação intraclasse

	Correlação intraclasse ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			Sig
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	
Medidas únicas	,418 ^a	,287	,599	22,423	22	506	<,001
Medidas médias	,945 ^c	,906	,973	22,423	22	506	<,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.

Escala: Vídeo 2

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	23	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	23	100,0

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

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,968	24

Coefficiente de correlação intraclassa

	Correlação intraclassa ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			Sig
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	
Medidas únicas	,483 ^a	,344	,660	31,740	22	506	<,001
Medidas médias	,957 ^c	,926	,979	31,740	22	506	<,001

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

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

Escala: Vídeo 3

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	23	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	23	100,0

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

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,942	24

Coefficiente de correlação intraclassa

	Correlação intraclassa ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,360 ^a	,239	,541	17,310	22	506	<,001
Medidas médias	,931 ^c	,883	,966	17,310	22	506	<,001

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

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

Escala: Vídeo 4

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	23	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	23	100,0

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

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,959	24

Coefficiente de correlação intraclassa

	Correlação intraclassa ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			Sig
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	
Medidas únicas	,459 ^a	,325	,637	24,367	22	506	<,001
Medidas médias	,953 ^c	,920	,977	24,367	22	506	<,001

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

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

Anexo VII – Teste *T-Student* para amostras emparelhadas para comparar o FIS (heteroavaliação), dimensão a dimensão, entre o antes e o pós treino em PD

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Item 1	FIS antes PD	2,8437	22	,16145	,03442
	FIS pós PD	3,0489	22	,15218	,03245
Item 2	FIS antes PD	2,8444	22	,25993	,05542
	FIS pós PD	3,0085	22	,12613	,02689
Item 3	FIS antes PD	2,3911	22	,29689	,06330
	FIS pós PD	2,8806	22	,23299	,04967
Item 4	FIS antes PD	2,6096	22	,30508	,06504
	FIS pós PD	2,9512	22	,21612	,04608
Item 5	FIS antes PD	2,9045	22	,32750	,06982
	FIS pós PD	3,0569	22	,16350	,03486
Item 6	FIS antes PD	2,7463	22	,37842	,08068
	FIS pós PD	2,9462	22	,22137	,04720
Item 7	FIS antes PD	2,8488	22	,37559	,08008
	FIS pós PD	3,0438	22	,20233	,04314
Item 8	FIS antes PD	2,5022	22	,43161	,09202
	FIS pós PD	2,8737	22	,37778	,08054

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas					t	df	Significância	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença				Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Item 1	FIS antes PD - FIS pós PD	-,20522	,11668	,02488	-,25695	-,15348	-8,249	21	<,001	<,001
Item 2	FIS antes PD - FIS pós PD	-,16414	,17211	,03669	-,24045	-,08783	-4,473	21	<,001	<,001
Item 3	FIS antes PD - FIS pós PD	-,48949	,20753	,04425	-,58151	-,39748	-11,063	21	<,001	<,001
Item 4	FIS antes PD - FIS pós PD	-,34157	,20638	,04400	-,43307	-,25006	-7,763	21	<,001	<,001
Item 5	FIS antes PD - FIS pós PD	-,15232	,24638	,05253	-,26156	-,04309	-2,900	21	,004	,009
Item 6	FIS antes PD - FIS pós PD	-,19995	,23629	,05038	-,30471	-,09519	-3,969	21	<,001	<,001
Item 7	FIS antes PD - FIS pós PD	-,19505	,27687	,05903	-,31781	-,07229	-3,304	21	,002	,003
Item 8	FIS antes PD - FIS pós PD	-,37146	,29858	,06366	-,50385	-,23908	-5,835	21	<,001	<,001

Anexo VIII - Teste *T-Student* para amostras emparelhadas para comparar, dimensão a dimensão, o FIS (heteroavaliação) com o FIS-SR (autoavaliação) antes do treino em PD

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Item 1	FIS antes PD	2,8553	23	,16730	,03489
	FIS-SR antes PD	2,9420	23	,95515	,19916
Item 2	FIS antes PD	2,8512	23	,25601	,05338
	FIS-SR antes PD	2,8551	23	,57777	,12047
Item 3	FIS antes PD	2,4095	23	,30320	,06322
	FIS-SR antes PD	2,4928	23	,69617	,14516
Item 4	FIS antes PD	2,6250	23	,30700	,06401
	FIS-SR antes PD	2,9903	23	,58786	,12258
Item 5	FIS antes PD	2,9184	23	,32676	,06813
	FIS-SR antes PD	3,1304	23	,51754	,10791
Item 6	FIS antes PD	2,7670	23	,38280	,07982
	FIS-SR antes PD	3,0338	23	,58645	,12228
Item 7	FIS antes PD	2,8618	23	,37221	,07761
	FIS-SR antes PD	3,1304	23	,59331	,12371
Item 8	FIS antes PD	2,5271	23	,43818	,09137
	FIS-SR antes PD	3,2126	23	,67496	,14074

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				
Item 1	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,08668	,89645	,18692	-,47433	,30097	-,464	22	,324	,647
Item 2	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,00391	,55642	,11602	-,24453	,23670	-,034	22	,487	,973
Item 3	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,08324	,74650	,15566	-,40605	,23957	-,535	22	,299	,598
Item 4	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,36536	,55392	,11550	-,60490	-,12583	-3,163	22	,002	,005
Item 5	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,21208	,54775	,11421	-,44894	,02479	-1,857	22	,038	,077
Item 6	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,26686	,55817	,11639	-,50823	-,02549	-2,293	22	,016	,032
Item 7	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,26865	,59305	,12366	-,52510	-,01220	-2,172	22	,020	,041
Item 8	FIS antes PD - FIS-SR antes PD	-,68551	,65036	,13561	-,96674	-,40427	-5,055	22	<,001	<,001

Anexo IX - Teste *T-Student* para amostras emparelhadas para comparar, dimensão a dimensão, o FIS (heteroavaliação) com FIS-SR (autoavaliação) após o treino em PD

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Item 1	FIS pós PD	3,0489	22	,15218	,03245
	FIS-SR pós PD	3,3737	22	,97442	,20775
Item 2	FIS pós PD	3,0085	22	,12613	,02689
	FIS-SR pós PD	3,2525	22	,66418	,14160
Item 3	FIS pós PD	2,8806	22	,23299	,04967
	FIS-SR pós PD	2,9596	22	,64017	,13648
Item 4	FIS pós PD	2,9512	22	,21612	,04608
	FIS-SR pós PD	3,5859	22	,67297	,14348
Item 5	FIS pós PD	3,0569	22	,16350	,03486
	FIS-SR pós PD	3,7222	22	,67868	,14470
Item 6	FIS pós PD	2,9462	22	,22137	,04720
	FIS-SR pós PD	3,7020	22	,72932	,15549
Item 7	FIS pós PD	3,0438	22	,20233	,04314
	FIS-SR pós PD	3,7222	22	,77797	,16586
Item 8	FIS pós PD	2,8737	22	,37778	,08054
	FIS-SR pós PD	3,4646	22	,76723	,16357

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas					t	df	Significância	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença				Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Item 1	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,32480	,98413	,20982	-,76114	,11154	-1,548	21	,068	,137
Item 2	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,24399	,66813	,14245	-,54022	,05224	-1,713	21	,051	,101
Item 3	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,07899	,65018	,13862	-,36726	,20928	-,570	21	,287	,575
Item 4	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,63465	,70251	,14978	-,94612	-,32317	-4,237	21	<,001	<,001
Item 5	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,66535	,70539	,15039	-,97810	-,35260	-4,424	21	<,001	<,001
Item 6	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,75581	,72013	,15353	-1,07510	-,43652	-4,923	21	<,001	<,001
Item 7	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,67838	,76746	,16362	-1,01866	-,33811	-4,146	21	<,001	<,001
Item 8	FIS pós PD - FIS-SR pós PD	-,59096	,87216	,18595	-,97766	-,20426	-3,178	21	,002	,005

Anexo X - Teste *T-Student* para amostras emparelhadas para comparar o FIS-SR (autoavaliação), dimensão a dimensão, antes e depois do treino em PD

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Item 1	FIS-SR antes PD	2,9091	22	,96416	,20556
	FIS-SR pós PD	3,3737	22	,97442	,20775
Item 2	FIS-SR antes PD	2,8889	22	,56759	,12101
	FIS-SR pós PD	3,2525	22	,66418	,14160
Item 3	FIS-SR antes PD	2,5404	22	,67307	,14350
	FIS-SR pós PD	2,9596	22	,64017	,13648
Item 4	FIS-SR antes PD	2,9798	22	,59947	,12781
	FIS-SR pós PD	3,5859	22	,67297	,14348
Item 5	FIS-SR antes PD	3,1313	22	,52970	,11293
	FIS-SR pós PD	3,7222	22	,67868	,14470
Item 6	FIS-SR antes PD	3,0303	22	,60000	,12792
	FIS-SR pós PD	3,7020	22	,72932	,15549
Item 7	FIS-SR antes PD	3,1263	22	,60693	,12940
	FIS-SR pós PD	3,7222	22	,77797	,16586
Item 8	FIS-SR antes PD	3,1818	22	,67416	,14373
	FIS-SR pós PD	3,4646	22	,76723	,16357

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas					t	df	Significância	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença				Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Item 1	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,46465	1,01641	,21670	-,91530	-,01400	-2,144	21	,022	,044
Item 2	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,36364	,63615	,13563	-,64569	-,08159	-2,681	21	,007	,014
Item 3	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,41919	,82576	,17605	-,78531	-,05307	-2,381	21	,013	,027
Item 4	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,60606	,89003	,18976	-1,00068	-,21144	-3,194	21	,002	,004
Item 5	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,59091	,77694	,16564	-,93538	-,24644	-3,567	21	<,001	,002
Item 6	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,67172	,80451	,17152	-1,02842	-,31502	-3,916	21	<,001	<,001
Item 7	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,59596	,79353	,16918	-,94779	-,24413	-3,523	21	,001	,002
Item 8	FIS-SR antes PD - FIS-SR pós PD	-,28283	,73281	,15624	-,60774	,04208	-1,810	21	,042	,085