



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O ruído existente no silêncio: Estudo de Validação da Versão Portuguesa da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS)

Ana Carolina Freitas Pascoal (e-mail:
anacarolinapascoal@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e na Saúde sob a orientação de Professora Doutora Paula Castilho

**O ruído existente no silêncio: Estudo de Validação
da Versão Portuguesa da Escala de Aceitação e Ação
para as Vozes (VAAS)**

Ana Carolina Pascoal

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de
especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em
Perturbações Psicológicas e da Saúde sob a orientação da Professora
Doutora Paula Castilho

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra
Setembro 2015

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Castilho, por toda a paciência, sabedoria e coração enorme. Sem ela, nada disto teria sido possível.

Aos restantes professores da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra que me acompanharam ao longo de toda a licenciatura, e que com os seus conhecimentos e experiência me proporcionaram aprendizagens essenciais para a minha formação.

À Dra. Maria João Martins por todo o acompanhamento e paciência ao longo de todo este processo.

À Adriana, que entrou este ano na Faculdade Clássica de Direito de Lisboa. Tão pequenina mas tão grande. Minha doce irmã e mais sincera razão de viver até ao fim dos meus dias.

Ao meu avô, pelo exemplo de sabedoria e paciência, pelas inúmeras boleias até Coimbra e pelo calor do seu abraço em dias importantes como os do Cortejo da Queima das Fitas, que me incentivaram a continuar o bom trabalho.

À minha avó pelas refeições ao Domingo. Os quilos a mais a ela os devo, mas também a força e energia para continuar a travar as minhas batalhas pessoais e profissionais.

Aos meus pais, pelo suporte emocional que me deram. E porque me auxiliaram economicamente a tirar este curso, lutando contra toda e qualquer adversidade para que aqui pudesse chegar.

Às Instituições que se disponibilizaram em ajudar-me na recolha de amostra e se interessaram pelo meu trabalho, assim como aos participantes deste estudo.

À Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

A Coimbra.

Pára-me de repente o pensamento
Como que de repente refreado
Na doida correria em que levado
Ia na busca da paz e do esquecimento...

Pára surpreso, escrutador, atento,
Como pára um cavalo alucinado
Ante um abismo súbito rasgado...

Pára e fica na doida correria...
Pára à beira do abismo e se demora
E mergulha na noite escura e fria
Um olhar de aço que essa noite explora...

Mas a espora da dor do seu flanco estria
E ele galga e prossegue sob a espora.

Ângelo de Lima, in 'Antologia Poética'

Nota Introdutória

O ruído existente no silêncio - Estudo de Validação da Versão Portuguesa da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS)

As alucinações auditivas, também conhecidas por vozes, são a forma mais conhecida de alucinações e têm uma prevalência de 70% em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos (Landmark, Merskey, Cernovsky, & Helmes, 1990). As vozes são definidas como uma percepção sensorial à qual é atribuído um sentido de realidade, mas que ocorre sem que se verifique estimulação externa dos órgãos sensoriais (American Psychiatric Association, 1994). As vozes têm propriedades de discurso, são comumente personificadas e detêm um significado específico para o indivíduo que as experiencia (Favid, 2004). Estão associadas a níveis elevados de ansiedade (i.e Birchwood & Chadwick, 1997; vand der Gaag, Hageman, & Birchwood, 2003), embora também haja dados que sugerem a ocorrência de experiências positivas na presença das mesmas, tais como sentimento de apoio e redução do isolamento social (Honig et al., 1998; Miller, O'Connor & DiPasquale, 1993).

As terapias da Terceira Geração, tais como a Terapia de Aceitação e Compromisso e o Mindfulness têm vindo a ganhar terreno no tratamento de inúmeros distúrbios (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). Recentemente, têm vindo a ser desenvolvidos esforços para aplicar estes métodos aos sintomas psicóticos (Bach & Hayes, 2002; Chadwick, Newman Taylor, & Anna, 2005; Gaudiano & Hebert, 2006). Em vez de mudar efetivamente os conteúdos das crenças, como é postulado pela Terapia Cognitivo-Comportamental, estas estratégias terapêuticas pretendem modificar a relação dos doentes com essas mesmas crenças e com os seus sintomas. A mais desenvolvida destas novas abordagens é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Tal como o nome sugere, a ACT compreende dois componentes principais. O primeiro, a Aceitação, diz respeito a estratégias de desfusão cognitiva que pretendem que o paciente reconheça e observe os sintomas como meros eventos mentais, em vez de julgar a sua veracidade incontestável e reagir-lhes. Por

outro lado, a componente do compromisso diz respeito aos comportamentos que, de alguma forma, se articulam com valores pessoais e objetivos, em vez de focar-se simplesmente nos sintomas. O objetivo é, como tal, ajudar o doente a envolver-se em atividades prazerosas e que o ajudem a direcionar-se ao encontro desses mesmos valores e objetivos. Bach e Hayes (2002) testaram o impacto de uma breve versão da ACT num grupo de 80 doentes em regime de internamento que experienciavam sintomas psicóticos positivos, a saber, atividade alucinatória. Os autores verificaram que, por comparação com um grupo de controlo que recebeu o “tratamento usual”, os participantes que receberam a Terapia de Aceitação e Compromisso apresentaram metade da taxa de re-hospitalização após um período de Follow Up de 4 meses. Estes mesmos pacientes reportaram mais sintomas mas referiram-se aos mesmos como menos creíveis. O estudo foi replicado num novo estudo mais pequeno e melhor controlado (Gaudio & Herbert, 2006), no quais os resultados se mostraram semelhantes. Estes dados e outros (Chadwick et al., 2005) mostram-nos que a Aceitação se apresenta como uma abordagem terapêutica promissora junto destas populações clínicas.

Este conceito de aceitação e o seu potencial valor no tratamento das alucinações auditivas não são uma novidade na clínica (e.g., Falloon & Talbot, 1981; Kingdon & Turkington, 1991; Romme & Escher, 1989). No entanto, os mecanismos de terapia e o papel da Aceitação na mesma não são ainda completamente claros uma vez que existem poucas medidas disponíveis para medi-la no que diz respeito à psicose. Uma dessas medidas é a Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS), cuja aferição para a população portuguesa e estudo das qualidades psicométricas se constituem como primordiais objetivos do presente estudo. As nossas análises mostram que a VAAS é composta por dois fatores: Aceitação e Ação. A primeira diz respeito a uma abertura por parte do doente psicótico para estar com as vozes tal como elas são sem recorrer a qualquer estratégia de evitamento, supressão ou luta contra elas. Por sua vez, a Ação diz respeito ao comportamento que é auto-dirigido, ou seja, profundamente ligado aos objetivos e valores do doente psicótico. Tanto a escala total como os dois fatores apresentaram boa consistência interna ($\alpha = .79$ para a escala total; $\alpha = .71$ para a Aceitação e $\alpha = .81$ para a Ação). O fator Ação mostrou-se

significativamente correlacionado com todos os fatores da BAVQ, saber, *Resistência, Maldade, Envolvimento, Omnipotência e Benevolência* e o fator Aceitação mostrou-se significativamente correlacionado com os fatores *Resistência, Maldade e Omnipotência*. Nenhuma das subescalas da VAAS-12 se mostrou significativamente correlacionada com as Escalas dos Medos da Compaixão, a Escala de Satisfação com a Vida ou com nenhum dos fatores do Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness. As análises de regressão sugeriram que a *Omnipotência* funciona como único preditor da Aceitação e que a *Resistência*, funciona como único preditor da Ação.

Estes dados comportam importantes implicações clínicas e fornecem orientações pertinentes para investigação futura.

Importa referir que, apesar da escala ter sido passada na totalidade à amostra clínica, dado que 51.1% ($N= 24$) doentes avaliados não experienciavam vozes de comando, foi unicamente analisada a primeira secção da escala (secção A), composta por 12 itens referentes a alucinações globais, e não unicamente comandos

Artigo

Pascoal, A.C. & Castilho, P. (2015). *Estudo de Validação da Versão Portuguesa da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS)*

Manuscrito em Preparação

**O ruído existente no silêncio: Estudo de
Validação da Versão Portuguesa da Escala de
Aceitação e Ação para as vozes (VAAS)**

Autores

Ana Carolina Pascoal¹

Paula Castilho^{1,2}

Filiação

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

² Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-comportamental (CINEICC)

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Ana Carolina Freitas Pascoal

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

O ruído existente no silêncio: Estudo de Validação da Versão Portuguesa da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS)

Abstract

Auditory hallucinations, also known as voices, are the most known form of hallucinations and have a prevalence of 70% in individuals diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders (Landmark, Merskey, Cernovsky, & Helmes, 1990). The voices have speech properties, are commonly personified and hold a specific meaning for the individual who experience them (David, 2004). They are associated with high levels of anxiety (ie Birchwood & Chadwick, 1997; van der Gaag, Hageman, & Birchwood, 2003), although there are also data suggesting the occurrence of positive experiences in their presence, such as feelings of support and reduce of social isolation (Honig et al, 1998;. Miller & DiPasquale O'Connor, 1993).

The third generation therapies such as Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness have been gaining importance in the treatment of numerous disorders (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). Recently there have been efforts to apply these methods to psychotic symptoms (Bach & Hayes, 2002; Chadwick, Newman Taylor, & Anna, 2005; Gaudiano & Hebert, 2006). Instead of effectively change the contents of the beliefs, as postulated by cognitive-behavioral therapy, these therapeutic strategies aim to modify the relationship of patients with these beliefs and their symptoms. The most developed of these new approaches is Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). As the name suggests, ACT comprises two main components. The first, Acceptance, concerns to cognitive defusion strategies that claim that the patient recognizes and observes the symptoms as mere mental events, rather than judge their undeniable truth and they don't react to them. On the other hand, the commitment component concerns to the behaviors that are articulated with personal goals and values, rather than just focus on the symptoms. The goal is, as such, help the patient to engage in pleasurable activities and to help them to meet these values and goals. Bach and Hayes (2002) tested the

impact of a brief version of ACT in a group of 80 patients that experienced positive psychotic symptoms, namely hallucinatory activity. The authors found that, compared to a control group who received "usual care", participants who received the Acceptance and Commitment Therapy presented half the rate of re-hospitalization after a Follow Up period of four months. These same patients reported more symptoms but have referred to them as less credible. The study was replicated in a new smaller and better controlled study (Gaudio & Herbert, 2006), in which the results were similar. These and other studies (Chadwick et al., 2005) show us that Acceptance and Commitment Therapy appears as a promising therapeutic approach among these clinical populations. The concept of acceptance and its potential value in the treatment of auditory hallucinations are not new in the clinic (ie Falloon & Talbot, 1981; Kingdon & Turkington, 1991; Romme & Escher, 1989). However, the mechanisms of therapy and the role of the acceptance are not completely clear since there are few measures available to measure it in psychosis. One example is the Voices Acceptance and Action Scale (VAAS), whose study of the psychometric qualities is constituted as primary objective of this study. Our analyzes show that VAAS is composed of two factors: Acceptance and Action. The first concerns to an openness by the psychotic patient to be with the voices as they are without using any avoidance strategy, suppression or fight against them. On the other hand, the Action concerns to behaviors that are self-driven, eg, deeply connected to the purposes and values of the psychotic patient. Both scale factors presented good internal consistency ($\alpha = .79$ for the total scale; $\alpha = .71$ to Acceptance and $\alpha = .81$ for Action). The Action factor was significantly correlated with all factors of BAVQ-R, the Beliefs about Voices Questionnaire, namely, Resistance, Malevolence, Involvement, Omnipotence and Benevolence and the Acceptance factor was significantly correlated with the BAVQ-R factors of Resistance, Malevolence and Omnipotence. None of the subscales of VAAS-12 was significantly correlated with the Fears of Compassion Scales, the Satisfaction with Life Scale or any of the Five Facets Mindfulness Questionnaire. Regression analysis suggested that Omnipotence (BAVQ-R) functions as single predictor of Acceptance and Resistance (BAVQ-R)

functions as single predictor of Action. These data have important clinical implications and provide relevant guidance for future research. It should be noted that, although the scale has been passed in its entirety to the clinical sample, given that 51.1% (n = 24) patients evaluated not experienced command hallucinations, it was only considered the first section of the scale (section A), consisting of 12 items pertaining to global hallucinations, and not only commands.

Keywords: VAAS; Voices Acceptance and Action Scale; Validation; Psychometric properties; Hallucinatory experiences; Voices

O ruído existente no silêncio: Estudo de Validação da Versão Portuguesa da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS)

Resumo

As alucinações auditivas, também conhecidas por vozes, são a forma mais conhecida de alucinações e têm uma prevalência de 70% em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos (Landmark, Merskey, Cernovsky, & Helmes, 1990). As vozes têm propriedades de discurso, são comumente personificadas e detêm um significado específico para o indivíduo que as experiencia (Favid, 2004). Estão associadas a níveis elevados de ansiedade (i.e Birchwood & Chadwick, 1997; van der Gaag, Hageman, & Birchwood, 2003), embora também haja dados que sugerem a ocorrência de experiências positivas na presença das mesmas, tais como sentimento de apoio e redução do isolamento social (Honig et al., 1998; Miller, O'Connor & DiPasquale, 1993).

As terapias da Terceira Geração, tais como a Terapia de Aceitação e Compromisso e o Mindfulness têm vindo a ganhar terreno no tratamento de inúmeros distúrbios (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). Recentemente, têm vindo a ser desenvolvidos esforços para aplicar estes métodos aos sintomas psicóticos (Bach & Hayes, 2002; Chadwick, Newman Taylor, & Anna, 2005; Gaudiano & Hebert, 2006). Em vez de mudar efetivamente os conteúdos das crenças, como é postulado pela Terapia Cognitivo-Comportamental, estas estratégias terapêuticas pretendem modificar a relação dos doentes com essas mesmas crenças e com os seus sintomas. A mais desenvolvida destas novas abordagens é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Tal como o nome sugere, a ACT compreende dois componentes principais. O primeiro, a Aceitação, diz respeito a estratégias de desfusão cognitiva que pretendem que o paciente reconheça e observe os sintomas como meros eventos mentais, em vez de julgar a sua veracidade incontestável e reagir-lhes. Por outro lado, a componente do compromisso diz respeito aos comportamentos que, de alguma forma, se articulam com valores pessoais e objetivos, em vez de focar-se simplesmente nos sintomas. O objetivo é, como tal, ajudar o doente a envolver-se em atividades prazerosas e que o ajudem a direcionar-

se ao encontro desses mesmos valores e objetivos. Bach e Hayes (2002) testaram o impacto de uma breve versão da ACT num grupo de 80 doentes em regime de internamento que experienciavam sintomas psicóticos positivos, a saber, atividade alucinatória. Os autores verificaram que, por comparação com um grupo de controlo que recebeu o “tratamento usual”, os participantes que receberam a Terapia de Aceitação e Compromisso apresentaram metade da taxa de re-hospitalização após um período de Follow Up de 4 meses. Estes mesmos pacientes reportaram mais sintomas mas referiram-se aos mesmos como menos creíveis. O estudo foi replicado num novo estudo mais pequeno e melhor controlado (Gaudiano & Herbert, 2006), no quais os resultados se mostraram semelhantes. Estes dados e outros (Chadwick et al., 2005) mostram-nos que a Aceitação se apresenta como uma abordagem terapêutica promissora junto destas populações clínicas.

Este conceito de aceitação e o seu potencial valor no tratamento das alucinações auditivas não são uma novidade na clínica (i.e Falloon & Talbot, 1981; Kingdon & Turkington, 1991; Romme & Escher, 1989). No entanto, os mecanismos de terapia e o papel da Aceitação na mesma não são ainda completamente claros uma vez que existem poucas medidas disponíveis para medi-la no que diz respeito à psicose. Uma dessas medidas é a Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS), cuja aferição para a população portuguesa e estudo das qualidades psicométricas se constituem como primordiais objetivos do presente estudo. As nossas análises mostram que a VAAS é composta por dois fatores: Aceitação e Ação. A primeira diz respeito a uma abertura por parte do doente psicótico para estar com as vozes tal como elas são sem recorrer a qualquer estratégia de evitamento, supressão ou luta conta elas. Por sua vez, a Ação diz respeito ao comportamento que é auto-dirigido, ou seja, profundamente ligado aos objetivos e valores do doente psicótico. Tanto a escala total como os dois fatores apresentaram boa consistência interna ($\alpha = .79$ para a escala total; $\alpha = .71$ para a Aceitação e $\alpha = .81$ para a Ação). O fator Ação mostrou-se significativamente correlacionado com todos os fatores da BAVQ-R, o Questionário de Crenças sobre as Vozes, a saber, *Resistência*, *Maldade*, *Envolvimento*, *Omnipotência* e *Benevolência* e o fator Aceitação mostrou-se

significativamente correlacionado com os fatores *Resistência*, *Maldade* e *Omnipotência*. Nenhuma das subescalas da VAAS-12 se mostrou significativamente correlacionada com as Escalas dos Medos da Compaixão, a Escala de Satisfação com a Vida ou com nenhum dos fatores do Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness. As análises de regressão sugeriram que a *Omnipotência* funciona como único preditor da Aceitação e que a *Resistência*, funciona como único preditor da Ação.

Estes dados comportam importantes implicações clínicas e fornecem orientações pertinentes para investigação futura.

Importa referir que, apesar da escala ter sido passada na totalidade à amostra clínica, dado que 51.1% (n= 24) doentes avaliados não experienciavam vozes de comando, foi unicamente analisada a primeira secção da escala (secção A), composta por 12 itens referentes a alucinações globais, e não unicamente comandos.

Palavras-Chave: VAAS; Escala de Aceitação e Ação para as Vozes; Propriedades Psicométricas; Experiência Alucinatória; Vozes

Índice

1 .Introdução	8
2. Método	13
2.1. Amostra	13
2.2. Instrumentos de medida	15
Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS).....	15
Quest. de Crenças sobre as Vozes (BAVQ-R)	16
Escala dos Medos da Compaixão (FSC).....	17
Quest. das Cinco Facetas do Mindfulness (FFMQ_15).....	18
Escala de Satisfação Global com a Vida (SWLS).....	19
2.3. Procedimento metodológico	20
2.4. Estratégia Analítica	21
3. Resultados.....	23
3.1. Análise Preliminar dos Dados	23
3.2. Estudo da Dimensionalidade da Medida.....	24
3.3. Estudo da propriedade dos itens e consistência interna.....	27
3.4. Validade Convergente e Divergente	29
3.5. Estudo da Sensibilidade da Medida	32
3.5.1. Contribuição relativa das reações cognitivas e emocionais às vozes para a predição da aceitação e ação dirigida.....	32
3.5.2. Contribuição relativa das reações cognitivas e emocionais às vozes para a predição da aceitação.....	32
3.5.3. Contribuição das reações cognitivas e emocionais às vozes para a predição da Ação autodirigida.....	33
4. Discussão.....	34
5. Limitações e Investigações futuras.....	43
6. Implicações clínicas.....	44
7. Referências Bibliográficas.....	46

1. Introdução

A psicose é um termo clínico associado a um vasto leque de sintomas, incluindo distúrbios aos níveis perceptual, cognitivo, emocional e comportamental. Refere-se a sintomas positivos que dizem respeito a crenças não usuais (delírios), experiências perceptuais anómalas (alucinações) e a distúrbios de pensamento e linguagem (Peters et al., 2007). Todos estes sintomas estão indubitavelmente associados a dificuldades emocionais, traduzindo-se em quadros de ansiedade e depressão (Birchwood, 2003; Freeman & Gaterly, 2003; Johnstone et al., 1991). De facto, uma proporção significativa das pessoas diagnosticadas com um distúrbio psicótico, como é o caso da esquizofrenia, experienciam usualmente sintomas negativos, tais como anedonia e depressão (Kuipers et al., 2006). Uma das grandes particularidades destes distúrbios é que dois pacientes com o mesmo diagnóstico podem apresentar sintomatologia completamente diferente, o que só demonstra a enorme complexidade destes quadros, cuja etiologia parece ser múltipla: genética, biológica, psicológica ou social (Oliver & Fearon, 2008).

O tratamento de primeira linha para este tipo de pacientes é o medicamentoso, nomeadamente anti psicóticos. No entanto este tratamento apresenta limitações, uma vez que é difícil para os doentes conseguir comprometer-se a tomar os medicamentos de forma regular, dada a fraca resposta aos mesmos e os inúmeros efeitos secundários (Curson et al., 1988; Kane, 1996; Lieberman et al., 2005). Daí a importância de conjugar a terapia medicamentosa com outro tipo de terapias, tais como Terapia Familiar, Terapia Cognitivo-Comportamental, Reabilitação Social e Cognitiva. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido bastante utilizada nos tratamentos de doentes com psicose e comprova-se a sua eficácia ao nível de uma melhor compreensão do distúrbio e sintomas associados, redução da ansiedade derivada dos mesmos sintomas, promoção de estratégias de *coping* e autorregulação, redução da desesperança e avaliações negativas (Johns et al., 2007). Resultados retirados de estudos feitos com uma amostra randomizada demonstraram que a Terapia Cognitivo-Comportamental é bastante eficaz junto de indivíduos com psicose, nomeadamente ao nível da persistência de sintomatologia positiva (Smith et al., 2010; Wykes et al.,

2008; Zimmerman et al., 2005). Um estudo recente identificou a Terapia Cognitivo-Comportamental como sendo a mais eficaz, isto quando todos os procedimentos terapêuticos são implementados, incluindo técnicas cognitivo-comportamentais específicas a estas perturbações (Dunn et al., 2011).

No entanto, meta-análises e estudos recentes têm demonstrado que o efeito da Terapia Cognitivo-Comportamental especificada à psicose é modesto em magnitude (Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008), o que levou a que, por comparação a outro tipo de tratamentos psicossociais menos sofisticados, não fosse encontrada uma superioridade em termos de eficácia da primeira em relação aos segundos para doentes esquizofrênicos (Jones, Hacker, Meaden, Cormac, & Irving, 2011). Neste contexto, as abordagens das Terapias da Terceira Geração, tais como o Mindfulness e a Terapia de Aceitação e Compromisso, têm ganho visibilidade enquanto formas de tratamento eficazes para vários distúrbios clínicos (Ruiz, 2010), incluindo as psicoses. (Bach, Hayes, & Gallop, 2012). Em vez de alcançar mudança através da modificação do conteúdo das crenças mal adaptativas, pressuposto das técnicas cognitivo-comportamentais, estes novos métodos pretendem alcançar a mudança através de uma alteração do tipo de relação que os pacientes estabelecem com as suas crenças e experiências. (Shawyer et al., 2007). O objetivo é aumentar a flexibilidade psicológica e a “habilidade para contactar com o momento presente mais intensamente enquanto ser humano, mudando ou persistindo determinados comportamentos conforme os mesmos sirvam ou não os objetivos e pretendidos e o quadro de valores pessoal” (Hayes et al., 2006, p. 7).

A terapia de Aceitação e Compromisso está no topo destas novas abordagens terapêuticas, e apesar de dispor de poucos dados que comprovem a sua eficácia nas populações de doentes psicóticos, há cada vez mais investigação a ser conduzida nesse sentido (Bach & Hayes, 2002; Bach et al., 2012). Tem havido entre os autores algum debate relativamente à eventual superioridade das Terapias de Terceira Geração comparativamente à Terapia Cognitivo-Comportamental junto deste tipo de populações clínicas. Alguns autores argumentam que os métodos da Terceira Geração representam uma “reformulação” dos elementos da Terapia Cognitivo-

Comportamental tradicional (e.g., Hofmann & Asmundson, 2008), enquanto outros consideram que as abordagens de Terceira Geração operam segundo mecanismos diferentes de mudança (e.g., Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). No entanto, há consenso no que diz respeito ao reconhecimento da necessidade de mais investigação relativamente aos mecanismos de mudança subjacentes às duas abordagens mencionadas. No entanto, esta pesquisa tem sido dificultada dada a falta de instrumentos cujos pressupostos teóricos assentem nas terapias de Terceira Geração, específicos para os distúrbios psicóticos. (Ratcliff, Farhall & Shawyer, 2011). Frederick e Killeen (1998) constataam que “o desenvolvimento de novos instrumentos para avaliar as alucinações auditivas é necessário para suportar e refinar os avanços na psicoterapia destinada a pacientes que sofrem de alucinações auditivas, uma vez que progressos nestas áreas levam a tratamentos mais eficazes” (p. 263)

Uma exceção relativamente recente é a Voices Acceptance and Action Scale (VAAS; Shawyer et al., 2007). A VAAS é um instrumento de autorresposta composto por 31 itens concebido para medir os seguintes constructos: (1) o grau de aceitação da experiência alucinatoria e (2) a ação, ou seja, a capacidade para agir de modo autónomo na presença dessas mesmas vozes (Shawyer et al., 2007). A VAAS com 31 itens foi inicialmente concebida apenas para pacientes que experienciavam vozes de comando; no entanto, uma versão mais curta da escala, composta por 12 itens (VAAS-12) foi igualmente desenvolvida enquanto medida mais breve da aceitação das alucinações auditivas no geral, independentemente de os doentes experienciarem, ou não, vozes de comando. (Shawyer et al., 2007). Na descrição do seu estudo original para a VAAS, Shawyer et al. (2007) apontaram uma boa consistência interna para ambas as versões referidas (VAAS-31: .90; VAAS-12: .76) e uma boa estabilidade temporal tendo em conta uma distância temporal de 4 meses para todas as escalas (0.72-0.82). Shawyer et al. (2007) apresentam resultados que comprovam a validade convergente das escalas da VAAS, indicando correlações significativas entre todas as escalas da VAAS e o coping subjetivo ($r = 0.35 - 0.40$), depressão ($r = -0.40$ a -0.57) e qualidade de vida subjetiva ($r = 0.34 - 0.61$). Resultados posteriores da validade de constructo da VAAS indicaram que as escalas da

VAAS se encontravam pobremente relacionadas com constructos relacionados com modelos cognitivo-comportamentais explicativos da psicose como os que são medidos pela Beliefs about Voices Questionnaire, versão revista (BAVQ-R; Chadwick, Lees & Birchwood, 2000). Shawyer et al. (2007) indicaram que a única relação significativa encontrada entre a VAAS-31 e a BAVQ-R foi com o domínio da Omnipotência ($r = -.041$). A validade preditiva da VAAS foi posteriormente explorada através de métodos estatísticos de regressão hierárquica, resultados esses que indicaram que a VAAS-31 prediz uma variância adicional de 38% na depressão, 23% de variância na confiança do coping e 38-46% nos instrumentos que pretendem medir a qualidade de vida, depois de controlar a variância atribuída aos domínios da BAVQ-R. Estes resultados indicam que a VAAS mede os constructos de “aceitação da experiência alucinatória”, que parece relevante para prever o bem-estar e que parecem ser distintos das medidas geralmente utilizadas dentro de uma abordagem cognitivo-comportamental.

No entanto, há que fazer referência ao facto que a VAAS-31 foi inicialmente desenvolvida para ser usada em doentes que experienciassem alucinações de comando, o que poderia limitar a sua utilidade em populações mais gerais de doentes com alucinações auditivas que não fossem de comando. Estudos indicaram que a percentagem de doentes que experienciam esse tipo de alucinações varia entre 18 e 89%, como uma média de 53% (Shawyer, Mackinnon, Farhall, Trauer & Copolov, 2003). Além disso, a VAAS-31 pode considerar-se longa e confusa, particularmente no que diz respeito a uma escala primeiramente concebida para uma população que sofre recorrentemente sintomatologia negativa. Shawyer et al. (2007) desenvolveram assim a VAAS-12, que consiste numa escala onde constam os 12 primeiros itens da VAAS-31. Esta versão destina-se a doentes que experienciam vozes de qualquer tipo, sejam de comandos ou não. Tal como a VAAS-31, a VAAS-12 apresentou boas qualidades psicométricas e validade de constructo. No entanto, não há provas que comprovem o valor adicional desta versão reduzida da VAAS na predição do bem-estar para além de medidas relacionadas com os modelos cognitivo-comportamentais. Como tal, tal como a VAAS-31, também a VAAS-12 necessita de mais investigação que comprove a sua validade de constructo em relação à sua

associação com medidas de ansiedade ou depressão.

Surgia então a necessidade de uma versão mais curta da VAAS, que foi recentemente cumprida tendo sido objetivo de uma tese de doutoramento ainda não publicada e cujo objetivo passou pela avaliação das propriedades psicométricas da VAAS-12. Nesse estudo foram removidos os itens A1, A11 e A12, tendo os autores chegado a uma VAAS-9 (Ratcliff, 2010, citado por Farhall, Shawyer, Thomas & Morris, 2013). No entanto, como vimos, não há ainda dados publicados relativamente às propriedades psicométricas desta escala, e neste sentido Brockman, Kiernan e Murrell(2014) levaram a cabo um estudo cujo principal objetivo era o de examinar a contribuição da aceitação das vozes na predição de medidas de bem-estar emocional para além dos construtos que já tinham sido tidos em conta nos modelos de tratamento cognitivo-comportamentais das alucinações auditivas. Para tal, os autores propuseram-se a analisar as propriedades psicométricas da VASS-12 e da VASS-9 numa amostra de 40 doentes psicóticos que apresentavam atividade alucinatória auditiva e que seria mais representativa desta população clínica que procura tratamento, na medida em que apresentavam sintomas menos severos do que aqueles reportados no estudo original da escala.

Os autores concluíram que, quer a VAAS-12, quer a VAAS-9 apresentavam uma estrutura de um fator, o fator Aceitação, e que ambas apresentavam uma boa consistência interna ($\alpha = .81$ para a VAAS-12 e $\alpha = .80$ para a VAAS-9) e que os itens apresentavam uma correlação item-total que variava entre .18 e .70) com exceção do item A1, “*Aceito o facto de que ouço vozes*” ($r = .18$).

O presente estudo comporta três objetivos. O primeiro envolve a tradução e adaptação para a língua portuguesa da VAAS-12. O segundo objetivo prende-se com o estudo da estrutura factorial da versão portuguesa da VAAS numa amostra composta por 47 doentes psicóticos, em regime de internamento e ambulatório, no que diz respeito à avaliação que os doentes fazem das suas alucinações auditivas, o que traduz o grau de aceitação e consequente relacionamento que estabelecem com as mesmas. Por último, este estudo pretende verificar as propriedades psicométricas da estrutura factorial obtida, especificamente a análise dos itens e consistência interna e

explorar a validade convergente e divergente deste instrumento usando medidas de Satisfação Geral com a Vida, Medo da Compaixão e Mindfulness.

Importa referir que, apesar da escala ter sido passada na totalidade à amostra clínica, dado que 51.1% ($N= 24$) doentes avaliados não experienciavam vozes de comando, foi unicamente analisada a primeira secção da escala (secção A), composta por 12 itens referentes a alucinações globais, e não unicamente comandos.

2. Método

2.1. Amostra

Para a realização deste estudo foi utilizada uma amostra clínica composta por 47 doentes com um diagnóstico de perturbação psicótica/do espectro da esquizofrenia (segundo DSM-5) recolhida entre o mês de Outubro de 2014 e o mês de Julho de 2015.

Dos 47 participantes, 46 (87.2%) são do sexo masculino e apenas 1 (2.8%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 70 anos. A média de idades dos participants é de 36.98 (DP= 10.9) e dos anos de escolaridade de 9.43 (DP= 3.33). No que diz respeito ao agregado familiar, cerca de metade dos participantes vive com os pais ($n= 24$; 51%). No que diz respeito ao estado civil 87.2 % ($n= 41$) dos participantes são solteiros e quanto à situação laboral 48.9% ($n= 23$) encontram-se desempregados. Em relação ao consumo passado de substâncias psicoativas 68.1%, dos participantes ($n= 32$) refere ter consumido, sendo que 15 (31.9%) referiam o consumo de canabinóides e 17 (36.2) referiam policonsumo.

No que concerne ao diagnóstico 76.6% ($n= 36$) apresentavam diagnóstico de Esquizofrenia, 8.5 % ($n= 4$) apresentava diagnóstico de Psicose sem Outra Especificação; 8.5% ($n= 4$) 4.3% ($n= 2$) apresentada diagnóstico de primeiro episódio psicótico e 2.1% ($n= 1$) apresentavam diagnóstico de Psicose Induzida por Substâncias.

Dos 47 participantes que preencheram a bateria de escalas do presente estudo, 51.1% ($n= 24$) referiram ouvir vozes de comando, ao passo que 48.9% ($n= 23$) referiram não experienciar atividade alucinatória de

comando.

Consideraram-se como critérios de exclusão dos participantes: (1) idade inferior a 18 anos e superior a 66; (2) preenchimento incompleto dos questionários de resposta; (3) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto das escalas; (4) escolaridade inferior ao 4º ano de escolaridade; (5) presença de doença bipolar; (6) défice cognitivo marcado pela doença psicótica ou deficiência mental; (7) sintomas positivos marcados e refractários ao tratamento.

Na tabela 1 é possível consultar com maior detalhe os resultados referentes às variáveis sociodemográficas da amostra utilizada.

Tabela 1. *Características demográficas da amostra (N = 47).*

	Amostra Clínica (N = 47)	
	<i>N</i>	<i>%</i>
Estado Civil		
Solteiro	41	87.2
Divorciado	4	8.5
União de Facto	1	2.1
Viúvo	1	2.1
Profissão		
Desempregado	23	48.9
Reformado	12	25.5
Empregado	10	21.3
Estudante	2	4.3
Agregado Familiar		
Pais	24	51.1%
Instituição	10	21.3%
Sozinho	9	9.1%
Companheiro	3	6.4%
Outros	1	2.1%

Diagnóstico	36	76.6%
Esquizofrenia	4	8.5%
Psicose SOE	2	4.3%
1º Episódio Psicótico		
Psicose Induzida por Substância	1	2.1%
<hr/>		
Alucinações de Comando		
Sim	23	48.9
Não	24	51.1
<hr/>		
Consumo de álcool		
Ausente	29	61.7%
Com Moderação	11	23.4%
Sem Moderação	6	12.8%
<hr/>		
Consumo de Outras Substâncias		
Sim	32	68.1
Não	15	31.9
<hr/>		

2.2. Instrumentos de medida

Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS)

A Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS; Shawyer et al., 2007), surgiu inicialmente com o propósito de complementar a BAVQ-R num trabalho de investigação cujo principal objetivo era o de desenvolver um instrumento que permitisse a avaliação de atitudes baseadas na ação e de ação comprometida com os valores em relação a alucinações auditivas e de comando. Esta escala contempla duas subescalas, a Aceitação e a Ação. A primeira diz respeito a uma abertura por parte do doente psicótico para estar com as vozes tal como elas são sem qualquer estratégia de evitamento, supressão ou luta contra elas. Por sua vez, a Ação diz respeito ao comportamento que é auto-dirigido, ou seja, profundamente ligado aos objetivos e valores do doente psicótico.

A primeira versão da escala contava com 61 itens construídos a partir de temas, do estado da arte relativo à Terapia de Aceitação, à aceitação de

alucinações auditivas e á supressão de pensamentos intrusivos. Desses 61 itens, e após profissionais especializados nas Terapia de Aceitação e Compromisso e no acompanhamento de doentes psicóticos com alucinações auditivas terem sido consultados e ter sido administrada a cerca de 43 doentes em tratamento para as vozes de comando, restaram na versão final 31 itens. A VAAS-31 seguiu então a seguinte estrutura: Secção A: Alucinações auditivas (12 itens), sendo que 9 pretendem avaliar a Aceitação (exemplo: “*Luto contra as minhas vozes*”) e 3 a Ação (exemplo: “*As minhas vozes impedem-me de fazer as coisas que quero*”); Secção B: Alucinações auditivas de comando (19 itens); Secção B1: 8 itens de Ação (“*Ouvir uma ordem de uma voz leva a que lhe obedeça*”); Secção B2: 7 itens de Aceitação (“*Eu tento realmente evitar sentir-me triste*”) e 4 de Ação (“*Mantenho-me focado no que quero fazer*”). Esta versão mostrou uma boa consistência interna, com alfas de Cronbach de .76 para a Secção A, e alfa de Cronbach de .90 para a escala completa. A validade temporal revelou bons resultados, com coeficientes de correlação para o total da escala de .73, e a variar entre .72 e .82 para as subescalas, respetivamente.

No presente estudo a análise da consistência interna também apresentou bons resultados, tendo a escala completa apresentado um alfa de .79, a escala da Aceitação um alfa de .71 e a escala da Ação um alfa de .81. O estudo das propriedades psicométricas e estrutura fatorial foi o objetivo deste trabalho e como tal os resultados serão apresentados mais à frente.

Questionário das Crenças sobre as Vozes versão reduzida (BAVQ-R)

O Questionário das Crenças sobre as Vozes versão revista (BAVQ-R; Chadwick & Birchwood, 1994) propõe um modelo cognitivo de manutenção das alucinações auditivas. Os autores entendem que as reações emocionais e comportamentais às alucinações auditivas refletem, não só a forma e conteúdo das mesmas, mas também o significado que lhes é atribuído. A amostra utilizada na validação da BAVQ-R foi composta por 73 participantes que apresentavam alucinações auditivas que se mostravam resistentes à medicação. Dos 73 participantes, 41 eram do género masculino e 32 do género feminino, com uma média de idades de 40 anos. A BAVQ-R

é uma escala de autorresposta composta por 35 itens, originalmente divididos em 3 subescalas: a *maldade*, composta por 6 itens, como por exemplo: “*A minha voz está a castigar-me por alguma coisa que fiz*”, a *benevolência*, composta por 6 itens, como por exemplo: “*A minha voz quer apenas proteger-me*”, e *omnipotência*, composta por 6 itens, como por exemplo: “*A minha voz é muito poderosa*”; “*A minha voz parece saber tudo sobre mim*”. Foram posteriormente adicionadas duas outras subescalas: *resistência* (5 itens para a emoção, exemplo: “*A minha voz assusta-me*”, e 4 itens para o comportamento, exemplo: “*Quando oiço a minha voz geralmente digo-lhe para me deixar em paz*”) e *envolvimento* (4 itens para emoção, exemplo: “*A minha voz tranquiliza-me*”, e 4 itens para o comportamento, exemplo: “*Eu oiço a minha voz porque quero*”). Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 4 pontos (0= discordo ; 3= concordo fortemente).

No estudo original da BAVQ-R foram encontrados bons valores de consistência interna para todos os fatores da escala, a saber: Maldade ($\alpha=.84$), Benevolência ($\alpha=.88$), Omnipotência ($\alpha=.74$), Resistência ($\alpha=.85$) e Envolvimento ($\alpha=.87$).

No presente estudo foram igualmente encontrados bons valores de consistência interna para todos os fatores da escala, a saber: : Maldade ($\alpha=.82$), Benevolência ($\alpha=.89$), Resistência ($\alpha=.79$) e Envolvimento ($\alpha=.85$), à exceção do fator Omnipotência ($\alpha=.53$).

Escalas dos Medos da Compaixão (FCS)

As Escalas dos Medos da Compaixão (FCS; Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Ravis, A., 2010; versão portuguesa por Matos & Pinto-Gouveia, 2011) é um instrumento de auto-resposta constituído por 3 escalas. A primeira, Medo da Compaixão em relação aos Outros, é composta por 10 itens que pretendem medir o medo de desenvolver sentimentos de compaixão pelos outros (ex. “*Ser demasiado compassivo torna as pessoas vítimas do aproveitamento fácil por parte dos outros*”). A segunda, Medo de receber Compaixão dos Outros, é composta por 13 itens e tem por objetivo medir o medo receber sentimentos de compaixão por parte dos outros (ex. “*Tento*

manter a distância em relação aos outros mesmo quando sei que eles são amáveis”). A terceira escala, Medo da Autocompaixão, é composta por 15 itens e tem por objetivo medir o medo de desenvolver sentimentos de compaixão pelo Eu (ex. *“Preocupa-me que, se começar a desenvolver compaixão para comigo mesmo, me tornarei dependente disso”*). Os participantes devem indicar o grau de concordância com cada uma das afirmações/itens utilizando uma escala de resposta tipo Likert (0-4 pontos: 0= Discordo Totalmente; 4= Concordo totalmente).

No estudo original de Gilbert, as três escalas apresentaram bons índices de consistência interna com os seguintes valores de alfa de Cronbach: $\alpha = .84$ para a escala do Medo da Compaixão em relação aos Outros; $\alpha = .85$ para escala do Medo de receber Compaixão dos Outros e $\alpha = .92$ para a escala que avalia o medo da Autocompaixão, respectivamente. A versão portuguesa revelou igualmente bons resultados de consistência interna, com os valores alfa elevados para as três escalas ($\alpha = .88$, $\alpha = .91$ e $\alpha = .94$, respectivamente).

No presente estudo as 3 escalas obtiveram bons resultados de consistência interna, apresentando valores de alfa elevados ($\alpha = .78$, $\alpha = .80$ e $\alpha = .89$, respectivamente).

Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness versão reduzida (FFMQ-15)

Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness versão reduzida - FFMQ-15 (Gregório, S & Pinto-Gouveia, J., 2015) é uma medida de autorrelato, composta por 15 itens, que avaliam a tendência de cada indivíduo para estar *mindful* no dia-a-dia. Os itens estão organizados em cinco facetas distintas que refletem a qualidade disposicional do mindfulness, a saber: *Observar* (ex.: *“Quanto tomo um duche ou banho fico atento(a) às sensações de água no meu corpo”*; *“Presto atenção às sensações físicas, tais como o vento no meu cabelo ou o sol no meu rosto”*); *Descrever* (ex.: *“Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos”*; *“Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para exprimir o que sinto acerca das coisas”*); *Agir com Consciência* (ex.: *“Realizo trabalhos ou tarefas automaticamente sem estar atento ao que estou a fazer”*, *“Dou por mim a fazer coisas sem*

prestar atenção”); *Não Julgar* (ex.: “*Digo a mim próprio(a) que não devia sentir-me como me sinto*”, “*Acredito que alguns dos meus pensamentos são anormais ou maus e que não devia pensar dessa forma*”) e *Não Reagir* (ex.: “*Quando tenho pensamentos e imagens perturbadores, apenas me apercebo deles e deixo-os ir*”, “*Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadoras consigo aperceber-me deles sem reagir*”). Os valores obtidos no estudo de aferição desta escala são semelhantes para os cinco fatores aos valores encontrados pelos autores originais (Baer et al., 2006; Baer et al., 2008; Van Dam, Earlywine, & Danoff-Burg, 2009). Os resultados da consistência interna das facetas de Mindfulness mostram que os itens de cada um dos cinco fatores se encontram correlacionados entre si e que esta estrutura factorial da versão portuguesa da FFMQ apresenta uma boa consistência interna à exceção da faceta *Não Reagir* cujo resultado de consistência interna está ligeiramente abaixo do valor de referência mencionado ($\alpha = .66$). Destaca-se que no estudo original esta faceta obteve um alfa de .75.

A escala de resposta desta escala tem um formato tipo *Likert* de 5 pontos (1= nunca ou muito raramente verdadeiro; 5 = muito frequentemente ou sempre verdadeiro).

No presente estudo, as facetas deste instrumento obtiveram os seguintes valores de consistência interna: *Observar* ($\alpha = .62$); *Descrever* ($\alpha = .10$); *Agir com Consciência* ($\alpha = .70$); *Não Julgar* ($\alpha = .63$); *Não Reagir* ($\alpha = .76$). Em função dos resultados obtidos com o alfa de Cronbach optou-se por não incluir no estudo da validade convergente e divergente a faceta *Descrever*.

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener, E., Emmon, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. 1985) é um instrumento de autorresposta composto por 5 itens que pretende medir a satisfação global com a vida. Entre os vários componentes do bem-estar subjetivo, esta escala foca-se naquilo que é o bem-estar e satisfação global com a vida, não abordando construtos relacionados com a componente afetiva. No estudo da versão original a validade fatorial da medida revelou uma solução com três

dimensões ou componentes de bem-estar subjetivo: afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida (Andrews & Withey, 1976) . As duas primeiras reportam-se a uma dimensão mais afetiva e emocional, sendo que a terceira é mais cognitiva e avaliativa. De uma forma geral, os dados obtidos indicaram que a SWLS é uma escala com fortes propriedades psicométricas, apresentando um alfa de Cronbach de .87 e um coeficiente de correlação temporal de .82.

No presente estudo, esta escala apresentou um alfa de Cronbach de .78.

2.3. Procedimento metodológico

Procedeu-se à adaptação da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS) para a língua portuguesa, com tradução-retroversão, de forma a assegurar a equivalência de conteúdo das versões inglesa e portuguesa. Previamente, procedeu-se ao pedido de autorização por parte do autor original para a sua utilização e aferição. Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa por um psicólogo bilingue, conhecedor das terapias cognitivo-contextuais. De seguida, realizou-se a retroversão e a revisão da tradução por outro profissional especializado e da área. Para uma análise preliminar da medida recolheu-se uma amostra de, aproximadamente, 50 sujeitos, estudantes do ensino superior, curso de Psicologia na Universidade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, que voluntariamente preencheram a escala, com o objetivo de explorar o conteúdo semântico dos itens.

A amostra clínica foi recrutada de vários departamentos de Psiquiatria de vários Hospitais públicos, das zonas Norte e Centro do país, a saber: Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Psiquiátrico Magalhães Lemos no Porto, Serviço de Psiquiatria do Hospital de Leiria e Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Baixo Vouga.

A recolha dos doentes foi operacionalizada, após a aprovação das Comissões de Ética das unidades hospitalares participantes. Os doentes participantes foram recrutados mediante sinalização prévia efetuada pelos seus psiquiatras assistentes, atendidos em contexto clínico de ambulatório (consulta externa) e/ou internamento. Os participantes envolvidos no estudo foram previamente informados dos objetivos, tomando conhecimento dos mesmos

pela leitura de um texto de consentimento informado. A folha de consentimento foi devidamente assinada pelos 47 participantes. Os investigadores facultaram informação referente à natureza dos dados, à confidencialidade, ao anonimato e à participação de carácter voluntário.

A bateria de questionários foi administrada aos participantes, em contexto clínico, demorando uma média de 60 minutos o seu preenchimento. Pelas características e especificidades da amostra optou-se pela leitura (acompanhada muitas vezes por explicação dos construtos avaliados) da cada escala, aos participantes, como forma de garantir a compreensão e a veracidade das respostas. À bateria juntou-se uma folha de rosto com uma explicação sumária dos objetivos do estudo e com espaço para recolha de dados sociodemográficos. Recolheu-se ainda informação relativa à condição clínica, a saber: idade de início da doença, idade de início do tratamento, número de internamentos, medicação, consumo de álcool e consumo passado de drogas ilícitas (e quais).

2.4. Estratégia Analítica

A análise estatística dos dados realizou-se com recurso ao software SPSS versão 20.0 (IBM SPSS Inc, Chicago, IL). O estudo teve um design transversal. Com o intuito de analisar a estrutura dimensional subjacente aos 12 itens da Secção A da VAAS, realizou-se uma análise factorial exploratória (AFE), dado que esta técnica estatística permite descrever e agrupar variáveis que estejam amplamente intercorrelacionadas em factores latentes, procurando igualmente que os factores latentes obtidos sejam relativamente independentes entre si (Tabachnick & Fidell, 2007). Para o efeito, com o intuito de realizar uma Análise Fatorial Exploratória sobre a matriz das correlações observadas, os 12 itens que compõem a Secção A do questionário foram submetidos a uma Análise em Componentes Principais (ACP), dado ser este o método de extração de factores mais amplamente utilizado em ciências sociais (Tabachnick & Fidell, 2007). Num primeiro momento, averiguou-se a adequação dos dados a este tipo de procedimento estatístico, considerando-se o tamanho da amostra e a força da relação entre

os itens. Relativamente ao tamanho da amostra, Nunally (1978) recomenda um rácio de 10 observações por cada item da escala, sendo que a nossa amostra (n=47) não cumpre o pressuposto¹. Já a análise à matriz de correlações inter-item revelou que a maioria dos itens apresentava coeficientes de correlação adequados, ou seja, superiores a .30 (Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). Não foram detectados desvios significativos à normalidade, nem a presença de valores extremos em nenhum dos itens que compõem a escala. A adequação/ factorabilidade da matriz de correlações foi inicialmente analisada através do Teste de Esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954), e complementarmente analisou-se a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Kaiser 1970, 1974), que consiste numa medida da homogeneidade das variáveis obtida através da comparação das correlações simples com as correlações parciais entre as variáveis (Maroco, 2010). No sentido de determinar o número de componentes principais a reter analisaram-se os critérios de Kaiser e do scree plot de Cattell. A aplicação destes critérios visa obter uma indicação relativamente ao número mínimo de factores latentes a reter, que fosse capazes de, apropriadamente, resumir a informação presente nos 12 itens (o padrão de correlações obtido na matriz de correlações), e consequentemente, que conseguisse explicar uma proporção considerável da sua variância total. O critério de Kaiser determina a retenção dos componentes que explicam mais variância do que a variância estandardizada de uma variável original (ou seja superior a 1.0; Maroco, 2010). O método de rotação usado, a rotação *Quartimax*, todas as variáveis (itens) têm pesos elevados num fator geral, e cada uma tem peso elevado num único fator específico. Este tipo de análise tem como objetivo avaliar a qualidade de ajustamento de um modelo teórico de medida à estrutura correlacional entre os itens. Assegurou-se, ainda, que os factores extraídos explicassem pelo menos 5% da variância total (Maroco, 2010). Dado que quanto maior a carga factorial de uma variável, mais essa variável se constitui como uma medida pura do factor a que pertence (Tabachnick & Fidell, 2007), optou-se igualmente por suprimir a apresentação de cargas factoriais < .50. Este procedimento revela-se

¹ Tal acontece porque o estudo da VAAS é preliminar, sendo que o mesmo aconteceu na versão original.

vantajoso não só porque facilita a interpretação da matriz obtida, mas igualmente, porque deste modo apenas se consideram os itens que contribuem expressivamente para a explicação dos factores latentes. A consistência interna de cada fator foi avaliada através do alfa de Cronbach.

Foram realizadas matrizes de correlação de *Spearman* para explorar as relações entre as subescalas da VAAS e as medidas em estudo, com vista ao cálculo da validade convergente e divergente.

Realizaram-se também modelos de regressão linear simples para testar a contribuição das subescalas *Maldade*, *Resistência* e *Omnipotência* da BAVQ-R e da faceta *Descrever* do FFMQ (variáveis independentes) nas subescalas Aceitação e Ação da VAAS (variáveis dependentes).

O modelo de regressão linear univariado, que testa a relação funcional entre uma variável dependente (Y) e uma ou mais variáveis independentes, é do tipo $Y_j = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \dots + \beta_p X_{pj} + \epsilon_j$, em que os β_j são os chamados coeficientes de regressão e representam os declives parciais (i.e., variação de Y por unidade de variação de X_j). O termo de ϵ_j , erros ou resíduos do modelo, reflete os erros de medição e a variação natural de Y e β_0 representa a ordenada na origem. As hipóteses em estudo são $H_0: \beta_1 = 0$ versus $H_1: \beta_1 \neq 0 (i = 1, \dots, p)$. Quando se rejeita a H_0 ($p\text{-value} \leq \alpha$) conclui-se que a variável independente possui um efeito significativo sobre a variação da variável dependente. A qualidade de ajustamento do modelo de regressão linear aos dados é avaliada através do coeficiente de determinação (R^2), medida que mede a proporção da variabilidade total de Y que é atribuível à dependência do Y de todos os X_j (Zar, 1999; Maroco, 2010b, pp. 562-571). Valores adequados de R^2 variam entre $0 \leq R^2 \leq 1$, em que valores acima de .50 atestam que o ajustamento do modelo aos dados é aceitável (Maroco, 2010b, p. 571).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento. Os resultados mostraram que as

variáveis não têm uma distribuição normal (K-S, $p \leq .001$), e os valores de assimetria e de achatamento não apresentaram graves enviesamentos. No que concerne aos itens da medida em estudo (VAAS), os dados obtidos indicaram que a sua distribuição não se mostra marcadamente enviesada ou achatada, variando entre -.33 e -.95 para a escala da Aceitação no que diz respeito à assimetria e entre -.09 e -1.25 no que diz respeito à curtose. Para a Ação os valores de assimetria variam entre -.01 e .18 e os valores de curtose variam entre -1.49 e -1.69 (valores de assimetria < 3 e de achatamento < 10 ; Kline, 1998). Utilizaram-se testes não paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Maroco, 2010). A análise dos *outliers* foi efetuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*), tendo sido identificadas algumas observações extremas. Optou-se pela não eliminação destes valores residuais, por não comprometerem os procedimentos estatísticos realizados. As análises de regressão linear simples foram validadas tendo em conta os seguintes pressupostos: normalidade (através do teste K-S e dos valores de Skewness e de Kurtosis), homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de Durbin-Watson). As variáveis não se revelaram multicolineares ($VIF < 5$). A presença de multicolinearidade entre as variáveis foi analisada mediante o cálculo dos VIF.

3.2. Estudo da Dimensionalidade da Medida

Para estudar a estrutura fatorial dos itens VAAS, recorreu-se ao método de Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP). O valor da medida de adequabilidade amostral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (.694) obtido e o teste de esfericidade de Bartlett de 184.243 ($p < .001$), permitiram a realização da AFCP. A análise da solução permitiu extrair 3 fatores com *eigenvalues* superiores a 1 que explicavam 62% da variância total. Já o Scree Tests que consiste na visualização do gráfico Scree Plot, revelou que o ponto de inflexão da curva ocorria entre o segundo e o terceiro factor, e como tal, que cada um dos sucessivos componentes contribuía para uma cada vez menor explicação da variância total das variáveis originais. Ou

seja, a análise sugere a existência de dois fatores, pelo que se repetiu de novo a AFCP, com rotação Quartimax para explorar as relações existentes entre as diferentes variáveis, percebendo assim quais os fatores que estão subjacentes à medida, sendo que esta solução permitiu explicar 51% da variância total. Costello & Osborne (2005) afirmam que o mais importante é que todos os valores de saturação dos itens sejam superiores a .30, sem que existam saturações duplas e que todos os fatores tenham um mínimo de 3 itens. Assim, e analisando os pesos fatoriais dos itens da versão portuguesa, verificou-se que o item 3 (“*Quando discordo de uma voz, simplesmente noto que a ouvi e sigo em frente*”) apresentou o valor de saturação mais baixo (.194), revelando-se um item com uma baixa correlação com os restantes itens. Este item apresentou também um peso fatorial inferior a .50, pelo que foi removido da matriz. O procedimento estatístico foi novamente replicado.

O resultado final obtido apontou para uma solução que permitiu explicar 54.5% da variância total, distribuída por dois fatores: Fator 1 – Ação (37.13%) e Fator 2 – Aceitação (17.40%).

Analisando os valores das comunalidades podemos verificar uma boa relação dos itens com o modelo encontrado, uma vez que verificamos que todos eles revelam comunalidades moderadas a elevadas (superiores a .30) e saturações fatoriais elevadas (entre .45 e .83), à exceção do item 8 (“*Ouvir vozes tomou conta da minha vida*”) que apresentou um valor ligeiramente abaixo de .30, como podemos verificar na tabela.

A estrutura fatorial encontrada é diferente daquela que foi feita no estudo de Brockman, Kiernan e Murrell (2014), que apontava para a existência de apenas um fator.

Na Tabela 2 são apresentados os fatores com os itens que os compõem e respetivas saturações, os valores de consistência interna de cada fator, bem como as comunalidades para cada item.

Tabela 2. *Alfas de Cronbach para os fatores da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS), saturações fatoriais e comunalidades para cada item constituinte de cada fator.*

Fator 1 – Aceitação ($\alpha = .71$)	Soluções Fatoriais	Comunalidades
1. Aceito o facto que oiço vozes.		
2. Há coisas piores na vida do que ouvir vozes.	.680	.469
5. As vozes que ouço são só uma parte da minha vida.	.580	.401
9. Aprendi a viver com as vozes que ouço.	.705	.571
12. Quando as vozes falam comigo aceito o que é útil e rejeito o que não é.	.765	.690
	.579	.443
Fator 2 – Ação ($\alpha = .81$)		
4. Não vale a pena seguir com a minha voz enquanto ouvir vozes.	.862	.777
6. Não posso ter uma boa vida enquanto ouvir vozes.	.843	.738
7. As vozes que gosto impedem-me de fazer as coisas que quero fazer.	.841	.733
8. Ouvir vozes tomou conta da minha vida.	.541	.293
10. Luto contra as vozes que oiço.	.580	.339

3.3. Estudo da propriedade dos itens e consistência interna

A análise dos itens da escala foi efetuada mediante a correlação do item com o total das subescalas, exceto o próprio item. Esta análise permite conhecer a qualidade de cada item na componente. Na tabela 3 são apresentadas as propriedades dos itens, a saber a sua média e desvio-padrão, bem como a correlação corrigida entre o item e o total do fator no qual se insere. É igualmente indicado o α de Cronbach do total do fator caso o item em causa fosse retirado.

Ao analisarmos a Tabela 3 constatamos que se retirarmos o item 11 o alfa da escala sobe, ainda que ligeiramente (.793). Além disso, a correlação entre este item e o total é bastante baixa (.152), pelo que achamos adequado retirá-lo.

Na amostra clínica, e ao analisarmos a Tabela 4, já sem o item 3 e o item 11, a subescala *Aceitação* apresenta um bom alfa ($\alpha = .71$), e nenhum dos itens que a compõem incrementaria a consistência interna da escala caso fosse removido. As correlações entre os cinco itens que compõem o fator variam entre .21 e .64. Para a subescala *Ação* constituída por 5 itens, o valor de consistência interna mostrou-se bom ($\alpha = .81$), não sendo afetado pela remoção de nenhum dos itens que a integram. As correlações entre os itens variaram entre .28 e .67.

Tabela 3. Estatísticas descritivas e de fidelidade dos itens da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes ($N = 47$)

Itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Inter-Item	α se item excluído
1. Aceito o facto de que ouço vozes	3.12	1.43	.34	.78
2. Há coisas piores na vida do que ouvir vozes.	2.65	1.44	.43	.77
3. Quando discordo de uma voz simplesmente noto que a ouvi e sigo em frente.	2.98	1.41	.31	.78
4. Não vale a pena seguir com a minha vida enquanto ouvir vozes.	2.93	1.38	.67	.75
5. As vozes que ouço são só uma parte da minha vida.	2.54	1.30	.21	.79
6. Não posso ter uma boa vida enquanto ouvir vozes.	3.68	1.30	.59	.75
7. As vozes que ouço impedem-me de fazer o que quero fazer.	3.98	1.15	.65	.75
8. Ouvir vozes tomou conta da minha vida.	3.40	1.40	.35	.78
9. Aprendi a viver com as vozes que ouço.	3.62	1.30	.64	.75
10. Luto contra as vozes que ouço.	3.55	1.43	.28	.79
11. Sou mais do que as vozes que ouço.	4.25	0.95	.15	.79

12.Quando as vozes falam comigo, aceito o que é útil e rejeito o que não é.	3.43	1.30	.48	.77
--	------	------	-----	-----

Tabela 4. Estatísticas descritivas e de fidelidade para os fatores Aceitação e Ação e para a globalidade da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes ($N = 47$)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Cronbach's Alpha	Nº de Itens
Escala Global	39.8	8.82	.79	12
Aceitação	18.2	4.44	.71	5
Ação	14.2	5.42	.81	5

3.4. Validade Convergente e Divergente

A validade convergente da VAAS é calculada através das correlações com outros instrumentos de autorresposta que medem construtos teoricamente relacionados, tendo sido calculada através das suas correlações com as subescalas Maldade, Resistência, Envolvimento, Onnipotência e Benevolência da escala BAVQ-R e as facetas *Observar*, *Descrever*, *Agir com Consciência*, *Não Julgar* e *Não Reagir* do mindfulness, avaliadas pelo FFMQ.

Para determinar a validade divergente, a medida não se deve relacionar com variáveis das quais o construto medido deve diferir. Assim, e de acordo com esta assunção, calculou-se a validade divergente das subescalas da VAAS, através dos coeficientes de correlação, com as subescalas Medo da Compaixão em relação aos Outros, Medo de receber Compaixão dos Outros e Medo da Autocompaixão, medidas pela FCS e com a Escala da Satisfação Global com a Vida, SWLS. Utilizámos os critérios de Pestana e Gageiro (2005) para interpretar os coeficientes de correlação. Assim, um coeficiente de correlação inferior a .20 traduz uma associação muito baixa entre as variáveis; um valor entre .21 e .39 aponta para uma associação baixa; entre .40 e .69 uma moderada; entre .70 e .89 elevada; e superior a .90 muito elevada.

Como pode ler-se na Tabela 5, as correlações entre a subescala *Ação* da VAAS e as subescalas de *Resistência*, *Maldade*, *Envolvimento*, *Benevolência* e *Omnipotência* da BAVQ são todas significativas e no sentido esperado da associação. Especificamente, as magnitudes de correlação obtidas variaram de a altas (cf. Tabela 5). Foram encontrados coeficientes de Correlação negativa entre o fator *Ação* e os fatores *Resistência*, *Maldade*, e *Omnipotência* da BAVQ. O fator *Ação* correlacionou-se moderadamente com os fatores *Maldade* e *Envolvimento* e moderou-se fortemente com o fator *Resistência*. As correlações foram significativas mas consideradas fracas com os fatores *Omnipotência* e *Benevolência*.

O fator *Aceitação* mostrou-se significativamente correlacionado com os fatores *Resistência*, *Maldade* e *Omnipotência* da BAVQ, sendo que essas correlações foram negativas. Não se mostrou significativamente correlacionado com os fatores *Envolvimento* e *Benevolência*. Correlacionou-se moderadamente com os fatores *Resistência* e *Omnipotência*. As correlações foram consideradas fracas mas significativas com o fator *Maldade*.

Relativamente à Validade Divergente, podemos dizer que nenhum dos fatores da VAAS se correlaciona significativamente com nenhuma das escalas do Medo da Compaixão, com a SWLS, ou com a FFMQ-15, o que sugere que estas escalas medem constructos diferentes.

Tabela 5. Matrizes de correlação de Pearson entre os fatores Ação e Aceitação da VAAS, os fatores Resistência, Maldade, Envolvimento, Omnipotência e Benevolência da BAVQ e as facetas Observar, Agir com Consciência, Não Julgar e Não Reagir do FFMQ

Variáveis	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. VAAS Ação	.36*	-.72**	-.60**	.46**	-.34*	.36*	.07	.23	-.00	-.03	.03
2. VAAS Aceitação		-.48**	-.38*	.10	-.57**	.23	.27	.45**	-.04	.00	.11
3. BAVQ Resistência			.70**	-.66**	.36*	-.62**	-.06	-.03	-.07	.09	-.17
4. BAVQ Maldade				-.61**	.40*	-.60**	-.17	-.07	-.08	.03	-.14
5. BAVQ Envolvimento					.07	.83**	.11	.03	.08	-.01	-.17
6. BAVQ Omnipotência						.00	-.01	-.17	-.07	-.28	-.31
7. BAVQ Benevolência							.18	.07	-.05	-.10	.01
8. FFMQ Observar								.28	.80	-.18	-.10
9. FFMQ Agir com Consciência										.30	-.33*
10. FFMQ Não Julgar											-.04
11. FFMQ Não Reagir											

Nota. ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$. VAAS = Voices Acceptance and Action Scale; BAVQ = Beliefs about Voices Questionnaire; FFMQ = Five Facets Mindfulness Questionnaire;

3.5. Estudo da Sensibilidade da VAAS

3.5.1. Contribuição relativa das reações cognitivas e emocionais às vozes para a predição da Aceitação e Ação autogerida

De seguida, procurou-se perceber melhor a relação entre o significado atribuído às vozes (ex.:, onipotência e maldade) e a o padrão comportamental de resposta (ex.:, resistência), medidos pela BAVQ-R, com a abertura e disponibilidade para experienciar as vozes tão como elas são (e.x.: aceitação) e a ação comprometida com os valores valorizados (ex.:, ação), medidos pela VAAS.

3.5.2. Contribuição das reações cognitivas e emocionais às vozes para a predição da Aceitação

Para explorar o poder preditivo das dimensões *Maldade*, *Resistência* e *Omnipotência* da BAVQ para a *Aceitação* da VAAS, efetuaram-se análises de Regressão Linear Múltipla, com seleção das variáveis pelo método *standard*, com os fatores da BAVQ a funcionar como variáveis independentes (preditoras) e a *Aceitação* como variável dependente. Validaram-se os pressupostos de normalidade dos dados, homogeneidade e independência dos resíduos. Os resultados mostraram que as variáveis preditoras produziram um modelo significativo $F_{(3,29)} = 5.4; p \leq .001; R^2 = .30$, na predição da *Aceitação*, contribuindo para 30 % da sua variância. Numa análise mais detalhada, verificou-se que a *Omnipotência* é o único fator que contribui para a explicação da *Aceitação* ($\beta = -.42 p \leq .005$). A *Resistência* ($\beta = -.40 p \leq .005$) e a *Maldade* ($\beta = -.13 p \leq .005$) não se mostraram preditores significativos da *Aceitação*. Na tabela 6 é possível analisar com maior detalhe o modelo de regressão linear múltipla para as variáveis independentes (*Maldade*, *Resistência* e *Omnipotência*) sobre a variável dependente (*Aceitação*).

Tabela 6. Modelo de regressão linear múltipla para a Maldade, Resistência e Omnipotência (BAVQ, (variáveis independentes) sobre a Aceitação (VAAS; variável dependente) ($N = 47$).

Preditores	β	t	R	R^2	R^2 Ajustado	F	p
Modelo 1			.60	.36	.30	5.4	.005
Maldade (BAVQ)	.13	.56					.59
Resistência (BAVQ)	-.40	-1.8					.08
Omnipotência (BAVQ)	-.42	-2.5					.02

Nota. BAVQ = Beliefs about Voices Questionnaire; VAAS = Voices Acceptance and Action Scale

3.5.3. Contribuição das reações cognitivas e emocionais às vozes para a predição da Ação autodirigida

O mesmo procedimento foi conduzido para a Ação, ou seja, foi realizada uma análise de Regressão Linear Múltipla, com seleção das variáveis pelo método *standard*, com a Maldade, Resistência, Omnipotência da BAVQ a funcionarem como variáveis independentes e a Ação da VAAS a funcionar como variável dependente. O modelo de regressão obtido mostrou-se estatisticamente significativo $F_{(3,29)} = 12.5$; $p \leq .001$; $R^2 = .51$, contribuindo 51% para a variabilidade da Ação. Da análise dos coeficientes de regressão verificou-se que a subescala Resistência é o único preditor significativo ($\beta = -.647$; $p \leq .001$) da Ação. As restantes variáveis, Maldade ($\beta = -.20$; $p \leq .001$) e Omnipotência ($\beta = -.10$; $p \leq .001$) não se mostraram preditores significativos da Ação. A Tabela 7 permite analisar com maior detalhe o modelo de regressão linear múltipla para as variáveis independentes (Maldade, Resistência, Omnipotência) sobre a variável dependente (Ação).

Tabela 7. Modelo de regressão linear múltipla para a Maldade, Resistência e Omnipotência (BAVQ, (variáveis independentes) sobre a Ação (VAAS; variável dependente) ($N = 47$).

Preditores	β	t	R	R^2	R^2 Ajustado	F	p
Modelo 1			.60	.36	.30	5.4	.005
Maldade (BAVQ)	-.20	-.11					.30
Resistência (BAVQ)	-.60	-3.1					.00
Omnipotência (BAVQ)	-.10	-.50					.62

Nota. BAVQ = Beliefs about Voices Questionnaire; VAAS = Voices Acceptance and Action Scale

4. Discussão

Este estudo procurou dar um contributo importante no que diz respeito ao refinamento da avaliação de construtos relacionados com as terapias de terceira geração, nomeadamente a Terapia de Aceitação e Compromisso, em populações clínicas compostas por doentes com diagnóstico de perturbação psicótica. A avaliação do grau de Aceitação e Ação comprometida é importante para que seja possível alcançar melhores resultados ao nível da intervenção terapêutica.

Reporta-se à tradução e adaptação da Escala de Aceitação e Ação para as Vozes (VAAS; (Shawyer et al., 2007), para a população portuguesa. Para atingir este objetivo foi realizada uma análise fatorial exploratória em componentes principais para avaliar a estrutura fatorial da escala, análise de consistência interna para avaliar a fidelidade da escala, correlações de Spearman para perceber a associação com outras variáveis, ou seja, avaliar a validade convergente e divergente, a saber o Questionário de Crenças sobre as Vozes versão revista (BAVQ-R), as Escalas dos Medos da Compaixão (FCS), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a o Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness versão reduzida (FFMQ-15), e análises de regressão linear múltipla para saber a contribuição relativa dos fatores *Omnipotência*, *Maldade* e *Resistência* sobre a Aceitação e Ação.

No que diz respeito ao estudo da dimensionalidade da escala, este foi

feito através de uma Análise Fatorial Exploratória. A Análise Fatorial Exploratória (em componentes principais com rotação Quartimax) revelou que a VASS-12 possui uma estrutura fatorial composta por dois fatores, denominados de Ação e Aceitação, que explicam 51% da variância total. No entanto, analisando os valores de saturação dos 12 itens do instrumento, verificou-se que o item 3 (“*Quando discordo de uma voz, simplesmente noto que a ouvi e sigo em frente*”) apresentou o valor de saturação mais baixo de todos os itens do questionário (.194) revelando-se um item com uma baixa correlação com os restantes itens, bem como valores de loading inferiores a .50, apresentando pesos fatoriais muito baixos, pelo que foi excluído da matriz. Os resultados finais obtidos na última análise fatorial exploratória realizada apontaram uma solução final que permite explicar 54.5% da variância total, distribuída pelos dois fatores do instrumento: Fator 1 – Ação (37.13%) e Fator 2 – Aceitação (17.40%).

Brockman, Kiernan e Murrell (2014) num estudo recente das características psicometricas de duas versões breves da VAAS (12 e 9 itens) sugerem uma estrutura unifactorial para ambas as versões, sugerindo resultados diferentes dos obtidos neste estudo. No entanto, não foram realizadas análises específicas para o estudo da estrutura fatorial no estudo dos autores mencionados pelo que não é possível a comparação dos resultados encontrados.

No que diz respeito à consistência interna da escala concluímos que se retirarmos o item 11 o alfa da escala sobe, ainda que ligeiramente (.793). Além disso, a correlação entre este item e o total é bastante baixa (.152), pelo que achamos adequado retirá-lo. Foi encontrado um bom alfa de Cronbach para o total da escala, indicador de uma boa consistência interna (.79). Este resultado vai de acordo com o estudo de Brockman, Kiernan e Murrell (2014), que também encontraram bons indicadores de consistência interna para o total da escala ($\alpha = .81$ para a VAAS-12 e $\alpha = .80$ para a VAAS-9). Também as subescalas Ação e Aceitação apresentaram bons valores de consistência interna (.81 e .71, respetivamente). Importa referir que apesar da escala ter sido passada na totalidade à amostra clínica, dado que 51.1% (n= 24) doentes avaliados não experienciavam vozes de comando, foi unicamente analisada a primeira secção da escala (secção A), composta

por 12 itens referentes a alucinações globais, e não unicamente comandos. Importa igualmente referir que apesar de termos utilizado no nosso protocolo o Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness para testar as validades convergente e divergente, a faceta *Descrever* não foi incluída nas análises de correlação por ter apresentado no nosso estudo um alfa de Cronbach bastante baixo ($\alpha = .10$).

No que diz respeito à Validade Convergente, o estudo corrobora aquilo que foi hipotetizado. Foi encontrado um coeficiente de Correlação negativo elevado entre o fator *Ação* e a Faceta *Resistência* da BAVQ. A *Ação* diz respeito ao comportamento que é auto-dirigido, ou seja, profundamente ligado aos objetivos e valores do doente psicótico. A *Resistência*, que mede o grau em que o doente psicótico tenta evitar, suprimir ou lutar contra as suas alucinações, poderá ser entendido como próximo ao conceito teórico de Evitamento Experiencial proposto pela Terapia de Aceitação e Compromisso. O Evitamento Experiencial surge como um construto abrangente, integrador de um conjunto de estratégias que visam suprimir, controlar e evitar os eventos internos indesejáveis (Hayes, 1993). As suas principais formas são: a supressão, que consiste na tentativa ativa de controlar a experiência imediata de um evento privado negativo, e o evitamento situacional, que se baseia na tentativa de alterar as características antecedentes associadas a uma maior probabilidade de surgimento de experiências privadas indesejadas (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004). Esta estratégia leva a que os indivíduos não estejam disponíveis para estar com experiências internas que causam sofrimento e procuram controlar os eventos privados. No entanto, esta estratégia revela-se contraproducente, aumentando, muitas vezes, a frequência, intensidade e o impacto destes eventos na qualidade de vida, uma vez que o funcionamento interno não segue as regras do funcionamento externo (Hayes et al., 1996; Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004). Neste sentido, a inflexibilidade psicológica decorrente do evitamento experiencial é considerada o cerne da psicopatologia, na qual o comportamento humano é excessiva e inapropriadamente regulado pelos processos verbais (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). A tentativa de evitar eventos internos experienciados como indesejados, resistindo-lhes, reduzem o

contato com o momento presente e, conseqüentemente, a probabilidade de desempenhar ações em prol dos próprios valores (Bond et al., 2011), ou seja, de demonstrar Ação comprometida. Pontuações altas no fator Resistência, parecem ser um indicador do elevado grau de evitamento experiencial perante as alucinações auditivas. Neste sentido e com base na correlação negativa que se estabelece entre a Ação e a Resistência, podemos concluir a título de hipótese, que uma menor tendência para agir no sentido dos valores pessoais parece estar associada a uma maior necessidade de resistir ou evitar qualquer conteúdo das alucinações uma vez que não é reconhecido neste mesmo conteúdo a possibilidade de se mover no sentido dos seus valores e vice-versa. No entanto, esta é uma hipótese que colocamos com base em resultados obtidos, que demonstram a existência de uma relação/associação entre os dois fatores anteriormente relacionados, sendo que essa relação não é de causalidade.

O fator Ação apresentou correlações moderadas negativas com o fator *Maldade* da BAVQ. A Maldade pressupõe que o doente avalia as suas vozes como maldosas, hostis cujo intuito passa por causar algum tipo de dano, e neste sentido os resultados sugerem que uma avaliação das vozes como algo malévolos parece estar associada a uma menor predisposição para agir no sentido daquilo que para si é valorizado. Uma recente revisão da literatura sugere que determinadas avaliações das vozes estão associadas a maiores níveis de stress nos doentes, incluindo quando as vozes são avaliadas como malévolas, dominantes, ou poderosas. (Mawson, Cohen & Berry, 2010). Além disso, uma grande percentagem dos doentes com distúrbios psicóticos, de entre os quais estamos a considerar doentes que apresentam alucinações auditivas avaliadas como hostis, acreditam que devem estar em constante estado de vigilância do ambiente interno e externo para se manterem em segurança (Birchwood & Chadwick, 1997), o que poderá estar associado a um grau de insegurança e medo que os priva de se envolver em atividades prazeres e de viver uma vida por si valorizada.

O fator Ação correlacionou-se moderadamente com o fator *Envolvimento* da BAVQ. Este fator sugere que o doente se encontra comprometido com as suas vozes e aceitar o que elas dizem (Falloon & Talbot, 1981; Farhall & Gehke, 1997; Farhall & Voudouris, 1996;

Frederick & Cotanch, 1995), funcionando o envolvimento como a forma mais direta e contranstante da Resistência. Chadwick & Birchwood (2004) definem-no como “*uma escuta ativa, compromisso intencional e o fazer coisas para chamar as vozes*”. Pode também dizer respeito, a um nível mais complexo, à capacidade de discriminação: aceitar as vozes boas e rejeitar as más (*Frederick & Cotanch, 19995; Fomme & Escher, 1989*). Assim, poderia fazer sentido que, quanto maior é o grau de comportamento auto-dirigido no sentido de uma vida valorizada, menor seria o grau de envolvimento ou compromisso para com as vozes. No entanto, se pensarmos que um doente pode classificar a sua relação com as vozes como sendo uma relação de compromisso e envolvimento, é possível que este as veja como sendo bondosas, ou até mesmo uma fonte de suporte emocional e social. Ao analisarmos as correlações do fator Envolvimento com o fator Benevolência, podemos constatar que estas são bastante altas. Neste caso, caso as vozes sejam avaliadas como bondosas, podem, aos olhos do doente, servir como uma base de suporte social e emocional, que o ajuda a mover-se no sentido dos seus objetivos, ao alcance de uma vida mais valorizada

O fator Ação apresentou correlações moderadas negativas com o fator *Omnipotência* da BAVQ, que diz respeito à avaliação das vozes como sendo conhecedoras de tudo sobre a vida do doente, que controlam todos os aspetos da sua vida, levando-o a fazer coisas que não quer verdadeiramente fazer com medo das consequências dessa desobediência. Sentir-se “esmagado” pela onnipotência das vozes pode levar, neste sentido, a que o grau de comportamento auto-dirigido seja menor. Quanto maior o grau de *Omnipotência*, menor o grau de Ação comprometida. O modelo de ranking social sugere que os seres humanos dispõem de mecanismos para dominar e subordinar os outros num ambiente social, e este tipo de interações ocorre ao nível verbal. Sinais hostis podem tomar a forma de ordens, comandos, instruções ou ataques verbais (humilhação, crítica, rotulação), com o objetivo de subordinar o outro, de acordo com as necessidades e desejos pessoais (*Gilbert et al., 2001*). Os autores colocam a hipótese que este tipo de experiências pode ser relevante nos processos alucinatorios, pois se os doentes avaliam as suas vozes como um ataque por parte de um outro malévolo e onnipotente, que procura dominar e controlar, o principal

objetivo será a defesa pessoal desse ataque (resistindo, lutando, submetendo-se). Dados foram recolhidos junto de 66 doentes psicóticos e verificou-se que as suas vozes hostis eram vistas como verdadeiros ataques do e para o self na forma de deteção de falhas (ter feito coisas más, falhar, ser-se incompetente) e comentários derrotistas (ser-se mau, inútil, insignificante, feio). A este tipo de vozes estavam associadas respostas de luta, fuga e escape adiado, ou seja, sentir-se preso/bloqueado sem possibilidade de fuga. Este tipo de respostas correlacionava-se fortemente com o poder percebido da voz. Como tal, este tipo de comportamentos de pura resistência perante as vozes, e que são mais intensos quanto mais poderosa ela é percebida, poderão estar associados a que o doente não consiga mover-se no sentido dos objetivos e valores, levando assim a que uma maior onipotência percebida da voz, esteja associada a um menor grau de comportamento auto-dirigido.

O fator Ação correlacionou-se significativamente embora de modo fraco com o fator *Benevolência* da BAVQ, que sugere que os doentes avaliam as suas vozes como alguém que pretende protegê-lo, ajudá-lo a desenvolver poderes ou capacidades especiais ou a manter a sanidade mental. Hipotetizamos que os doentes que avaliam as suas vozes como sendo benevolentes parecem considerar a relação estabelecida com elas como sendo saudável, podendo mesmo ver as vozes como “alguém” que os faz feliz e que os protege de ameaças externas (como por exemplo outras vozes que sejam malévolas). É mesmo comum que alguns doentes avaliem as suas vozes como bondosas, apesar do seu conteúdo ser abusivo ou negativo (Chadwick e Birchwood, 1994). Isto pode sugerir que a voz pode funcionar como uma base de suporte e preencher necessidades afiliativas e de vinculação (Romme & Escher, 2000; Chin, Hayward, & Drinnan, 2009). Chadwick & Birchwood constataam que para alguns doentes psicóticos que ouvem vozes, “qualquer intimidade é melhor que intimidade nenhuma”, e isto acaba por espelhar aquilo que se passa no “mundo real”, a saber, nas relações interpessoais, se considerarmos que um parceiro abusado escolhe permanecer numa relação com o abusador ou a criança que continua a demonstrar amor pelo pai que a abusa (Baker, 1997; Julich, 2005). Neste sentido podemos hipotetizar que uma avaliação da voz como sendo uma

fonte de suporte e felicidade poderá associar-se a um maior grau de ação e comportamento auto-dirigido a objetivos e valores. Estas hipóteses parecem estar refletidos nas correlações altas negativas que a Benevolência estabeleceu com a Resistência e a Maldade e com a correlação alta positiva que estabeleceu com o Envolvimento.

As correlações entre fator Aceitação e o fator *Resistência* da *BAVQ* são moderadas negativas. O fator Aceitação diz respeito a uma abertura por parte do doente psicótico para estar com as vozes tal como elas são sem qualquer de estratégia de evitamento, supressão ou luta contra elas. Assim, é possível perceber que quanto maior for a Resistência perante as vozes, menos poderá estar o doente disposto a aceitar a experiência alucinatória. Estes resultados podem ser apreciados se continuarmos a olhar para a Resistência como uma forma de evitamento experiencial. Atendendo ao caráter nocivo do evitamento experiencial, a Aceitação torna-se imprescindível para a promoção da flexibilidade psicológica. No entanto é importante referir que este conceito é diferente de tolerância por se tratar de uma escolha e envolver uma postura mais acolhedora para com a experiência interna (Twohig, 2012). Implica notar os eventos internos vivenciados, parar com os evitamentos ou com a manipulação dos mesmos, e aceitá-los ativa e conscientemente (Eifert & Forsyth, 2005). Trata-se de uma estratégia de regulação emocional que promove o abandono consciente de comportamentos que servem o evitamento experiencial. Dados da literatura que aborda o coping nas alucinações auditivas apontam para a usual ineficácia e potencial dano da natureza da resistência. Estratégias de luta tais como gritar para a voz ou discutir com ela foram identificadas como métodos inadequados de coping (Fallon & Talbot, 1981; Farhall & Voudouris, 1996; McInnis & Marks, 1990; Rome & Escher, 1989) e estão relacionadas com um controlo emocional pobre. As respostas de fuga também se provaram fracas, uma vez que estão associadas a níveis pobres de coping (Romme et al., 1992), depressão (Escher et al., 2003), ansiedade (Vaughn & Fowler, 2004) e autoestima reduzida (Haddock et al., 1998). Estratégias de fuga podem contribuir para a manutenção das alucinações auditivas, bem como aumentar o seu poder percebido a longo termo (Morrison & Haddock, 1997). O uso de “comportamentos de segurança”,

por exemplo, que são concebidos para prevenir uma consequência temida associada com interpretações delirantes das vozes, podem estar a prevenir a avaliação do risco real e a subsequente desconfirmação destas interpretações (Hacker et al., 2008; Morrison, 1998). Atitudes ativamente hostis, negativas e não aceitadoras perante as vozes podem contribuir para aumentos na sua frequência e coping reduzido através do aumento fisiológico do arousal criado por estas emoções (Al-Issa, 1995; Gilbert et al., 2001; Romme & Escher, 1989).

O Fator Aceitação também apresentou correlações negativas significativas, com a *Maldade* da BAVQ, embora tenham sido fracas. Com base nestes resultados constatamos, que uma avaliação das vozes como algo maldoso parece estar associada a uma menor aceitação das mesmas, e tal acontece, a título de hipótese, pela ansiedade e sentimento de ameaça que as mesmas podem despoletar nos doentes que as ouvem. Ao analisarmos as correlações da Maldade com outros fatores da BAVQ, podemos verificar que existe uma correlação significativa alta com a Resistência, o que nos mostra que uma avaliação das vozes como hostis se encontra associado com uma maior resistência perante as mesmas.

Por outro lado, o fator Aceitação não se mostrou correlacionado significativamente com o *Envolvimento* da BAVQ. Este resultado sugere que, apesar de a aceitação e o envolvimento serem por vezes referenciados na literatura como conceitos semelhantes, (Birchwood & Chadwick, 1997; Farhall & Voudouris, 1996; Lucas & Wade, 2001, Pembroke, 1998), a aceitação, parece estar confinada a aceitar, apenas até certo ponto, a presença, nunca pressupondo um total envolvimento com elas, o que parece acontecer com o compromisso (Birchwood & Chadwick, 1997; Farhall & Voudouris, 1996; Lucas & Wade, 2001, Pembroke, 1998). Menor é igualmente o grau de aceitação da voz, pois como já vimos anteriormente, verifica-se uma correlação negativa entre a Resistência e a Aceitação. Desta forma torna-se fácil perceber que o fator Aceitação e o fator *Omnipotência* da BAVQ se encontram igualmente negativamente correlacionados de forma moderada.

O fator Aceitação não se encontra correlacionado com a Benevolência da BAVQ. Tal parece acontecer uma vez que a Aceitação

experiencial implica uma aceitação da experiência, independentemente do conteúdo. Assim, não se pressupõe que o doente aceite mais as suas vozes apenas porque estas são por si avaliadas como bondosas. A crença de que as vozes são bondosas, a par com um maior envolvimento e compromisso com as mesmas tem sido associado a um funcionamento social mais pobre, incluindo comportamento anti-social (Favrod et al., 2004).

Relativamente à Validade Divergente, podemos dizer que nenhum dos fatores da VAAS se correlaciona com nenhuma das escalas do Medo da Compaixão ou com a SWLS, o que sugere que estas escalas medem constructos diferentes. As escalas do Medo da Compaixão pretendem medir o o medo de ser compassivo para com os outros, o medo de receber compaixão por parte dos outros e o medo de se autocompassivo, e nenhum destes construtos se apresenta correlacionado neste estudo com o grau de ação comprometido e com o grau de aceitação perante as vozes. A SWLS é uma escala que pretende medir o grau de satisfação global com a vida e este construto também não se mostra correlacionado com os anteriormente referidos. As correlações com a FFMQ também não se mostram significativas, à exceção da correlação moderada que se verifica entre o fator *Aceitação* e a faceta *Descrever*, como referido anteriormente.

Com o objetivo de melhor explorar a relação entre a Ação e a Aceitação, os fatores Maldade, Resistência e Omnipotência (BAVQ) foram realizadas análises de regressão linear, tendo-se considerado a Ação e a Aceitação como variáveis critério (ou dependente), e a *Omnipotência*, *Maldade*, *Resistência* e *Envolvimento* como variáveis predictoras ou independentes. No que diz respeito à Ação, os resultados obtidos com as análises de regressão revelaram que a *Resistência* prediz 51% da variabilidade da Ação. sendo que as restantes variáveis não se revelaram significativas. Estes resultados indicam que quanto maior for o grau de evitamento experiencial que nos é sugerido pelos comportamentos de Resistência, menor será a capacidade do doente para agir em conformidade com os seus objetivos e valores de vida. A análise de regressão múltipla utilizada para explorar a contribuição das variáveis predictoras na Aceitação sugere que a *Omnipotência* prediz negativamente 30% da variabilidade da Aceitação, sendo que as restantes variáveis independentes não se mostraram

significativas. Estes resultados mostram-nos que quanto maior for o grau de *Omnipotência* atribuído às vozes, menos será o doente capaz de agir com abertura perante as mesmas tal como elas são, sem recorrer a estratégias de supressão, luta ou evitamento.

5. Limitações e Investigações Futuras

A apreciação dos resultados deve ser feita tendo em consideração algumas limitações. Em primeiro lugar há que fazer referência ao tamanho da amostra, que é reduzido. A amostra não é igualmente homogénea, uma vez que 46 dos 47 participantes eram do sexo masculino e apenas 1 era do sexo feminino. Investigações futuras deverão examinar as propriedades psicométricas da escala com uma amostra maior e mais homogénea.

Uma outra limitação prende-se com o facto de este ser um estudo transversal no qual não houve momentos de reteste. Como tal seria interessante efetuar estudos de natureza longitudinal com este instrumento que tornasse possível uma melhor compreensão da estabilidade temporal do instrumento.

Uma outra limitação prende-se com o facto de cerca de metade dos sujeitos não apresentar atividade alucinatória de comando, o que impossibilitou uma avaliação das propriedades psicométricas da escala completa. Esta é uma limitação que também foi apontada pelos autores de outros estudos da VAAS, como é o caso do estudo de Brockman, R., Kiernan, M., e Murrell, E., (2014) que se propôs a estudar as propriedades psicométricas de duas versões reduzidas da VAAS (VAAS-12 e VAAS-9) e o estudo original da escala, realizado por Shawyer et al., (2007). Apenas foram analisados os itens da secção A, que diz respeito a alucinações globais sem comandos. Seria importante, no futuro, e recorrendo a uma maior amostra, obter um maior número de doentes psicóticos com alucinações de comando para explorar a qualidade psicométrica da escala completa.

Apesar destas limitações o presente estudo mostra que a VAAS-12 se apresenta como um bom instrumento para a avaliação do grau de aceitação e ação da experiência alucinatória auditiva. A versão portuguesa

da VAAS-12 apresenta boas qualidades psicométricas. Deste modo esperamos que contribua para o desenvolvimento de futuros estudos com a VAAS na população portuguesa e a sua utilização em diversas áreas e que permita que seja possível incluir nos protocolos terapêuticos existentes para estas populações os contributos terapêuticos das Terapias da Terceira Geração, nomeadamente a Terapia de Aceitação e Compromisso.

6. Implicações Clínicas

O presente estudo teve por objetivo aferir para a população portuguesa a Voices Action and Acceptance Scale (VAAS), bem como uma apreciação das suas qualidades psicométricas. Esta escala é bastante importante, uma vez que existem ainda poucos instrumentos que avaliem a experiência alucinatoria na psicose tendo por base os pressupostos teóricos das Terapias de Terceira Geração, nomeadamente a Terapia de Aceitação e Compromisso, e uma vez que o interesse por estas novas formas de terapia tem crescido. Mais do que uma modificação dos conteúdos cognitivos destes doentes, que na sua maioria apresentam dificuldades cognitivas dado ao seu pensamento delirante, atividade alucinatoria ou até graças aos tratamentos medicamentosos, tem-se relevado mais promissor e eficaz uma modificação da relação com esses mesmos conteúdos cognitivos. A principal implicação clínica deste estudo prende-se com a necessidade de desenvolver um instrumento de avaliação que se pretenda a medir os conceitos de Aceitação e Ação comprometida, com vista a possibilitar uma intervenção atue ao nível dessa mesma relação. A VAAS ajuda-nos nesse sentido, pois avalia a capacidade de os doentes para agir de forma autónoma, independentemente das suas vozes, bem como a sua capacidade para aceitar a experiência alucinatoria numa postura de abertura e sem escape ou luta.

Os resultados deste estudo provam que estratégias de resistência perante as vozes são inúteis, diminuindo a capacidade dos doentes para agir de modo autónomo e de acordo com as direções de vida valorizadas na presença dessas mesmas vozes. O que sugere a preferência por trabalhar a aceitação na terapia, e não um compromisso inquestionável perante as

mesmas ou uma tentativa de resistência. Isto parece ser a razão pela qual, apesar da resistência perante as alucinações auditivas ser comum, reduzir o compromisso com a voz, especialmente se a voz for considerada poderosa, é uma estratégia de fraca utilidade (Shawyer et al., 2005, 2008).

Nesta medida, a Terapia de Aceitação e Compromisso pode revelar-se bastante promissora na medida em que ajuda na modificação da relação que os doentes psicóticos estabelecem com as suas vozes. Se uma relação que se baseia na permissão que as vozes são algo perante o qual o doente deve resistir ou envolver-se temendo as represálias da desobediência, for alterada, guiando-se pelos princípios de Ação e Aceitação perante a experiência alucinatória, o doente poderá deixar de fazer essa avaliação da experiência alucinatória, passando a aceitá-la com maior abertura, o que leva a que os graus de ansiedade e sentimento de ameaça diminuam e possa viver a sua vida com maior qualidade.

Referências Bibliográficas

- Al Issa, I. (1978). Social and cultural aspects of hallucinations. *Psychological Bulletin*, 84,570–587.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington DC
- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief Acceptance and Commitment Therapy for psychosis., 36(2), 165–181. DOI: 10.1177/ 0145445511427193.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129–1139.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Baker Phyllis, L. (1997). And I went back: Battered women’s negotiation of choice. *Journal of Contemporary Ethnography*, 26(1), 55–74.
- Birchwood, M & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- Birchwood, M., Trower, P., Meaden, A., Gilbert, P., Gilbert, J., Hay, J., et al. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant voice in schizophrenia: A comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34(8), pp 1571–1580.
- Brockman, R., Kiernan, M., & Murrell, E., (2014). Psychometric Properties of Two Brief Versions of the Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Implications for the Second-wave and Third-Wave Behavioural and Cognitive Approaches to Auditory Hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1916
- Chadwick, P., Birchwood, M., 1994. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Brit. J. Psychiatry* 164 (2), 190–201.
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The Revised Beliefs about Voices Questionnaire (BAVQ-R). *The British Journal of Psychiatry*, 177(3), 229.
- Chadwick, P., Newman Taylor, K., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1995). The omnipotence of voices: II. The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *British Journal of Psychiatry*, 166(6), 773–776.
- Chin, J. T., Hayward, M., & Drinnan, A. (2009). ‘Relating’ to voices: Exploring the relevance of this concept to people who hear voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 1–17.

- Curson, D. A., Patel, M., Liddle, P. F. et al. (1988) Psychiatric morbidity of a long-stay hospital population with chronic schizophrenia and implications for future community care. *British Medical Journal*, 297, 819–822.
- David, A. S. (2004). The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations: Na overview. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9, 107–123.
- Dunn, G., Fowler, D., Rollinson, R., Freeman, D., Kuipers, E., Smith, B., Steel, C., Onwumere, J., Jolley, S., Garety, P. & Bebbington, P. (2011) Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification. *Psychological Medicine*, 42, 1057–106
- Falloon, I.R., & Talbot, R.E. (1981). Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11(2), 329–339.
- Farhall, J., Greenwood, K.M., & Jackson, H.J. (2007). Coping with hallucinated voices in schizophrenia: a review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 476–493.
- Frederick, J.A., & Killeen, M.R. (1998). Instruments for assessment of auditory hallucinations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 255–263.
- Freeman, D. & Garety, P. A. (2003) Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 923–947.
- Kuipers, E., Peters, E. & Bebbington, P. (2006). Schizophrenia. In A. Carr & M. McNulty (eds). *The Handbook of Adult Clinical Psychology: Na Evidence-based Practice Approach*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415–437.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: Na experiential approach to behavior change. *New York: The Guilford Press*.
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189 (2000)
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K., & Miles, J. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine* 31(6), 1117–1127.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., Ravis, A., (2011). Fears of Compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 84, 239–255
- Hacker, D., Birchwood, M., Tudway, J., Meaden, A., & Amphlett, C. (2008). Acting on voices: Omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 201–213.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K.D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. *New York: Guilford Press*.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K.G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? (pp. 1-30). In S. Hayes & K. Strosahl (Eds). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer
- Hayward, M., Denney, J., Vaughan, S., & Fowler, D. (2008). The voice and you: Development and psychometric evaluation of a measure of relationships with voices. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 45–52.
- Hoffmann, S., & Asmundson, G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1–16.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., Escher, S., Pennings, M., & deVries, M. (1998). Auditory hallucination: A comparison between patients and non-patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 646–651.
- Johns L. C., Peters, E. R. & Kuipers, E. (2007). Psychosis: treatment. In S. J. Lindsay & G. E. Powell (eds). *The Handbook of Clinical Adult Psychology 3rd Edition*. London: Brunner-Routledge.
- Julich, S.. (2005). Stockholm Syndrome and child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*. 14(3), 107–129.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values - Based Behavior Change*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Landmark, J., Merskey, H., Cernovsky, Z., & Helmes, E. (1990). The positive triad of schizophrenic symptoms: Its statistical properties and its relationship to 13 traditional diagnostic systems. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 388–394.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1991). The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 207–211.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P. et al. for CATIE Investigators (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353, 1209–12.
- Lucas, S., & Wade, T. (2001). An examination of the power of the voices in predicting the mental state of people experiencing psychosis. *Behaviour Change*, 18, 51–57.
- Maroco, J. (2010b). *Análise estatística: Com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

- Mawson, A., Cohen, K., & Berry, K. (2010). Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis. *Clinical Psychology Review*, 30, 248–258.
- Morrison, A.P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 289–302.
- Oliver, E. A. & Fearon, P. (2008). Schizophrenia: epidemiology and risk factors. *Psychiatry*, 7, 410–414.
- Oulis, P., Gournellis, R., Konstantakopoulos, G., Matsoukas, T., Michalopoulou, P.G., Soldatos, C., & Lykouras, L. (2007). Clinical dimensions of auditory hallucinations in schizophrenic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 337–342.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters, E. R., Linney, Y., Johns, L. C. & Kuipers, E. (2007). Psychosis: investigation. In S. J. Lindsay & G. E. Powell (eds). *The Handbook of Clinical Adult Psychology 3rd Edition*. London: Brunner-Routledge.
- Ratcliff, K., Farhall, J., & Shawyer, F. (2011). Auditory hallucinations: A review of assessment tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 524–534.
- Romme, M. and Escher, S. (2000). *Making Sense of Voices*. London: Mind.
- Romme, M. and Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin* 15: 209-16.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125–162.
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S.C., & Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 593–606.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Mullen, P., Sims, E., Blaney, S., Yardley, P., Daly, M., & Copolov, D. (2003). Risk factors for compliance with harmful command hallucinations in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 60(1), 25–26.
- Smith, B., O’Sullivan, B., Watson, P., Onwumere, J., Bebbington, P., Garety, P., Freeman, D., Fowler, D. & Kuipers, E. (2010). Individual cognitive behavioural therapy of auditory-verbal hallucinations. In F. Laroi & A. Aleman (eds). *Hallucinations: A Guide to Treatment and Management*. New York: Oxford University Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Twohig, M. (2012) Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507.

Van Dam, N.T., Earleywine, M., & Danoff-Burg, S. (2009). Differential Item Function across meditators and non-meditators on the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 47*, 516-521.

Van der Gaag, M., Hageman, M.C., & Birchwood, M. (2003) Evidence for a cognitive model of auditory hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(8), 542–545.

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin, 34*(3), 523–537. DOI: 10.1093/schbul/sbm114

Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H. & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 77*, 1–119.