

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Terapia Baseada na Compaixão na Esquizofrenia: Um Estudo Qualitativo sobre as Experiências dos Participantes

Compassion-Based Therapy in Schizophrenia: A Qualitative Study on Participant's Experiences

● PEDRO VELOSO^{1*}, ● MATILDE GOMES¹, ● SÍLVIA DUARTE¹, ● PEDRO MORGADO¹, FILIPA PEREIRA¹

1. Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga, Braga, Portugal

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia está associada a sofrimento psicológico, défices funcionais e redução da qualidade de vida. Terapias baseadas na compaixão, como o programa *Compassionate Approach to Schizophrenia and Schizoaffective Disorder* (COMPASS), têm sido propostas como intervenções complementares para promover a recuperação psicossocial. Este estudo explorou as experiências de pessoas com esquizofrenia que participaram no programa COMPASS, avaliando a viabilidade, aceitabilidade e o impacto percebido no bemestar emocional, sintomas clínicos, funcionamento, relações sociais e qualidade de vida.

Métodos: Foi realizado um estudo de intervenção com análise qualitativa. Dezasseis utentes com esquizofrenia foram convidados a participar, dos quais nove completaram o programa. As sessões combinaram psicoeducação, treino de mente compassiva e práticas de *mindfulness*. Após a intervenção, os participantes foram entrevistados com base num guião semiestruturado, sobre a experiência geral e o impacto percebido da terapia. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a análise temática. A assiduidade e taxa de desistência complementaram a avaliação da viabilidade.

Resultados: A taxa de desistência foi de 43,8%, ocorrendo sobretudo nas primeiras semanas. Entre os nove participantes que concluíram o programa, a assiduidade média foi elevada (91,7%). A análise temática revelou seis eixos principais: (1) bemestar e regulação emocional, (2) impacto nos sintomas de esquizofrenia, (3) impacto nas relações sociais, (4) mudanças funcionais e qualidade de vida, (5) aspetos valorizados na terapia e (6) experiência global de participação. A maioria dos participantes relatou maior tranquilidade, redução da ansiedade, aumento da compaixão, melhoria nas relações e na qualidade de vida. Dois participantes relataram redução de alucinações auditivas e de ideias paranoides. O formato grupal, a psicoeducação e as práticas experienciais foram destacados como elementos valorizados. As principais dificuldades incluíram ansiedade inicial, dificuldades de concentração e assimetria na participação. Também foram exploradas sugestões dos participantes sobre a intervenção.

Conclusão: Os resultados sugerem que o programa COMPASS é uma intervenção complementar promissora para a recuperação psicossocial na esquizofrenia, com elevada aceitabilidade. O programa parece promover o bemestar emocional, melhorar competências relacionais e a qualidade de vida e, em menor grau, reduzir a sintomatologia psicótica. Estudos adicionais são necessários para clarificar a eficácia e otimizar a implementação do programa.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is associated with psychological distress, functional impairments, and reduced quality of life. Compassion-based therapies, such as the *Compassionate Approach to Schizophrenia and Schizoaffective Disorder* (COMPASS) program, have been proposed as complementary interventions to promote psychosocial recovery. This study explored the experiences of individuals with schizophrenia who participated in the COMPASS program, assessing

Recebido/Received: 2025-11-10

Aceite/Accepted: 2026-02-17

Publicado Online/Published Online: 2026-03-18

Publicado/Published: 2026-09-07

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Pedro Miguel Ferreira Veloso | pedro.miguel.ferreira.veloso@ulsb.min-saude.pt | Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga, Sete Fontes – São Victor, 4710-243, Braga, Portugal

© Portuguese Society of Psychiatry and Mental Health 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

its feasibility, acceptability, and perceived impact on emotional well-being, clinical symptoms, functioning, social relationships, and quality of life.

Methods: An intervention study with qualitative analysis was conducted. Sixteen outpatients with schizophrenia were invited to participate, of whom nine completed the program. Sessions combined psychoeducation, compassionate mind training, and mindfulness practices. After the intervention, participants were interviewed using a semi-structured guide focused on their overall experience and perceived impact regarding the therapy. Interviews were audio-recorded, transcribed, and analyzed through thematic analysis. Attendance and dropout rates complemented the feasibility assessment.

Results: The dropout rate was 43.8%, occurring mainly during the first few weeks. Among the nine participants who completed the program, mean attendance was high (91.7%). Thematic analysis identified six main themes: (1) well-being and emotional regulation, (2) impact on schizophrenia symptoms, (3) impact on social relationships, (4) functional changes and quality of life, (5) valued aspects of therapy, and (6) overall experience of participation. Most participants reported greater calmness, reduced anxiety, increased compassion, and improvements in relationships and quality of life. Two participants described reductions in auditory hallucinations and paranoid ideas. The group format, psychoeducation, and experiential practices were highlighted as valued components. Main difficulties included initial anxiety, concentration difficulties, and asymmetry in participation. Participants' suggestions regarding the intervention were also explored.

Conclusion: The findings suggest that the COMPASS program is a promising complementary intervention for psychosocial recovery in schizophrenia, with high acceptability. The program appears to promote emotional well-being, improve relational skills and quality of life, and, to a lesser extent, reduce psychotic symptoms. Further studies are needed to clarify the program's efficacy and optimize its implementation.

Palavras-chave: Autoconceito; Empatia; Esquizofrenia/terapia; Mindfulness; Psicologia Esquizofrénica; Psicoterapia

Keywords: Empathy; Mindfulness; Psychotherapy; Schizophrenia/therapy; Schizophrenic Psychology; Self Concept

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica caracterizada por sintomas positivos e negativos, alterações da experiência do *self* e défices cognitivos, associada a sofrimento significativo, prejuízo do funcionamento pessoal, social e ocupacional e redução da qualidade de vida.¹⁻⁴

As diretrizes internacionais recomendam intervenções baseadas na evidência, incluindo farmacoterapia, terapia cognitivo-comportamental para psicose (TCCp) e suporte psicossocial.⁵ Embora os antipsicóticos reduzam os sintomas positivos, a sua eficácia nos sintomas negativos, no funcionamento social e na qualidade de vida é limitada.⁶ A TCCp apresenta benefícios relevantes, mas muitos doentes mantêm dificuldades na regulação emocional e nas competências interpessoais.⁷

Daí a necessidade de intervenções complementares com foco na recuperação e no bem-estar psicológico. As terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, ao enfatizarem aceitação, atenção plena e compaixão, revelam-se promissoras em pessoas com psicose.⁸ Entre estas, destaca-se a terapia focada na compaixão (TFC).

A compaixão, definida como uma “sensibilidade ao sofrimento, próprio e dos outros, associada a um compromisso para o aliviar e prevenir”,⁹ constitui um alvo terapêutico particularmente relevante em pessoas com esquizofrenia. Pessoas com psicose tendem a apresentar hipersensibilidade à ameaça,¹⁰ associada a vergonha, autocritica e autoestigma,^{11,12} fatores que influenciam o conteúdo dos delírios e alucinações¹³ e que se associam a sintomas negativos¹⁴ e a piores resultados terapêuticos.¹⁵ Portanto, reconstruir

um sentido positivo do *self* é um elemento central na recuperação.¹⁰

A TFC, desenvolvida por Paul Gilbert, é uma abordagem biopsicossocial de base evolutiva, que integra contributos do budismo, da teoria da vinculação, de teorias cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas e humanistas e da neurociência.⁹ O modelo propõe três sistemas de regulação emocional — defesa-ameaça, procura e tranquilização — e sugere que pessoas com elevada autocritica e vergonha apresentam hiperatividade do sistema de defesa-ameaça e dificuldades em ativar o sistema de tranquilização.⁹ A TFC visa promover o bem-estar psicológico, através do desenvolvimento do sistema de tranquilização e da (auto) compaixão, reduzindo, assim, a vergonha e a autocritica.⁹ Uma revisão sistemática¹⁶ demonstrou boa aceitabilidade e um papel importante da autocompaixão em vários parâmetros clínicos, incluindo associações negativas com sintomas positivos e negativos, desorganização cognitiva e sofrimento emocional, bem como melhorias no humor, na regulação emocional e recuperação psicológica em pessoas com perturbações do espectro da esquizofrenia.

Uma meta-síntese qualitativa recente¹⁷ reportou elevada satisfação com a TFC em grupo, redução da culpa, da vergonha e do isolamento, valorização da psicoeducação, dos exercícios de compaixão e do grupo como espaço seguro de partilha e ligação, associada a aumento de emoções positivas, redução de emoções negativas, aumento da autocompaixão e mudanças nas relações.

O programa *Compassionate Approach to Schizophrenia and Schizoaffective Disorder* (COMPASS)^{18,19} é uma intervenção

psicoterapêutica desenvolvida em Portugal, ajustada aos serviços de saúde mental nacionais, que visa promover a recuperação psicossocial de pessoas com perturbações psicóticas. Assenta no modelo dos sistemas de regulação emocional e nos princípios da TFC adaptados à psicose.¹⁰ O programa combina psicoeducação, treino de mente compassiva (TMC)²⁰ e práticas de *mindfulness* ajustadas à psicose.^{21,22} Um estudo piloto evidenciou melhorias no funcionamento social, nos sintomas positivos e negativos, na autocritica e nos medos da compaixão, bem como tendência para o aumento da autocompaixão e da autotranquilização.¹⁸ Compreender a experiência subjetiva das pessoas com esquizofrenia é essencial no desenvolvimento e aperfeiçoamento de intervenções psicológicas complexas.²³ Os estudos qualitativos permitem aceder a essas experiências, identificar aspetos valorizados, dificuldades e oportunidades de melhoria, contribuindo para intervenções mais ajustadas e para otimizar a adesão e a satisfação dos participantes.²⁴ Até à data, nenhum estudo explorou a aceitabilidade do programa COMPASS através da análise qualitativa das experiências dos participantes. Assim, o presente estudo visa explorar a experiência subjetiva de pessoas com esquizofrenia que participaram no programa COMPASS, de forma a compreender a viabilidade e aceitabilidade da intervenção, bem como o seu impacto percebido no bem-estar emocional, nos sintomas clínicos, no funcionamento, nas relações interpessoais e na qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS

a. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de intervenção com análise qualitativa através de entrevistas semiestruturadas realizadas a todos os participantes que concluíram o programa COMPASS.

b. Participantes

Os participantes foram selecionados a partir da consulta externa de Psiquiatria, constituindo uma amostra de conveniência. Os potenciais participantes foram identificados pelos psiquiatras assistentes e convidados a participar no estudo. Posteriormente realizou-se uma entrevista inicial para avaliar a sua adequação clínica à intervenção. A seleção considerou como critérios de inclusão: diagnóstico de esquizofrenia, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th ed.* (DSM-5),¹ idade entre 18 e 60 anos, interesse em participar na terapia de grupo e capacidade para fornecer consentimento informado. Foram excluídos indivíduos com consumo ativo de substâncias (exceto nicotina e cafeína), défice cognitivo significativo, sintomatologia psicótica grave que impedisse a participação ou o consentimento, participação simultânea noutras psicoterapias ou alterações farmacológicas durante a intervenção.

c. Intervenção e procedimento

O estudo foi realizado de acordo com as normas éticas nacionais e internacionais e a legislação de proteção de

dados, após aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (referência 147_2023). Todos os participantes forneceram consentimento informado por escrito.

A intervenção terapêutica seguiu as orientações do programa COMPASS, resumidas na introdução e descritas em detalhe noutras publicações¹⁸ e no respetivo manual.¹⁹ Os participantes integraram dois grupos terapêuticos fechados, desenvolvidos sucessivamente, com oito elementos cada. O programa consistiu em 12 sessões semanais de 120 minutos, com um intervalo de 15 minutos. As sessões combinaram psicoeducação, exercícios experienciais de meditação e TMC, bem como momentos de partilha e discussão. A Tabela 1 apresenta uma síntese dos conteúdos abordados ao longo do programa.

A intervenção foi realizada em coterapia por três terapeutas (dois médicos internos de Psiquiatria e uma psicóloga clínica) com formação em psicoterapia, familiarizados com a TFC e com prática experiencial em *mindfulness* e compaixão.

Os investigadores desenvolveram um guião de entrevista semi-estruturada com questões acerca da experiência geral na terapia, o impacto percebido nos sintomas, bem-estar emocional, relações interpessoais, qualidade de vida e funcionamento quotidiano, bem como sugestões de melhoria. Após a conclusão do programa, dois dos terapeutas realizaram entrevistas qualitativas a todos os participantes que concluíram a intervenção. Todas as entrevistas foram gravadas em formato áudio com consentimento dos participantes e transcritas integralmente para análise, assegurando a anonimização. Foram também recolhidos dados sociodemográficos para caracterização da amostra.

Para avaliar a viabilidade e aceitabilidade da intervenção, registou-se a assiduidade às sessões e a taxa de desistência e efetuou-se uma análise qualitativa dos relatos dos participantes, o que também permitiu identificar o impacto percebido da intervenção.

Tabela 1. Síntese dos conteúdos abordados ao longo do programa COMPASS

Fase	Sessão	Conteúdo
1. Grupo como base segura e direções para a recuperação	1	Constituição do grupo como base segura e apresentação do programa COMPASS
	2	Os três sistemas de regulação emocional (defesa-ameaça, procura e tranquilização)
	3	O sistema de defesa-ameaça como sistema que dificulta a recuperação e a importância do TMC como modo de ativar o sistema de tranquilização
	4	Recuperação como “processo”, para o qual contribui a compaixão e a autocompaixão
2. Compaixão e treino de mente compassiva	5	Atributos e competências da compaixão e TMC através de exercícios experienciais
	6	Facilitadores e aspetos que dificultam a compaixão (medos da compaixão)
	7	Direções da compaixão: cuidado e bondade
	8	Emoções positivas: promoção de sentimentos de vitalidade e prazer
	9	Autocompaixão
	10	Lugar seguro e praticar a autocompaixão no dia-a-dia
3. Recuperação e olhar para o futuro	11	Compaixão e autocompaixão como motivações ao serviço da recuperação
	12	Revisão de aprendizagens e planeamento de estratégias compassivas para o futuro

COMPASS - *Compassionate Approach to Schizophrenia and Schizoaffective Disorder*; TMC - treino de mente compassiva

d. Análise dos dados

Foi realizada uma análise temática reflexiva, de natureza indutiva, seguindo as etapas propostas por Braun e Clarke: leitura exaustiva das transcrições, codificação inicial de excertos significativos, agrupamento em temas e subtemas representativos das experiências relatadas e interpretação reflexiva dos dados, com citações ilustrativas.²⁵ A codificação foi realizada manualmente por dois investigadores (PV e MG), que compararam e discutiram os temas emergentes até alcançar consenso. A coerência temática foi revista por toda a equipa, garantindo consistência e credibilidade interpretativa.

RESULTADOS

a. Taxa de desistência e assiduidade

Dos 16 participantes inicialmente recrutados, sete não completaram o programa, correspondendo a uma taxa de desistência de 43,8%, ocorrida maioritariamente nas primeiras semanas da intervenção. Relativamente às desistências, um participante abandonou por início de atividade laboral, um por integração em respostas comunitárias de saúde mental e uma por incompatibilidade de horários com responsabilidades familiares. Uma participante suspendeu a participação no contexto de agravamento da sintomatologia psicótica, não se tendo apurado uma relação causal com a intervenção, tratando-se de uma doente com história de elevada instabilidade clínica. Três participantes abandonaram a intervenção sem apresentarem justificação. Não se registaram outros efeitos adversos.

A amostra final incluiu nove participantes (P1 a P9) com diagnóstico de esquizofrenia, que completaram o programa COMPASS. A assiduidade foi elevada: sete participaram em todas as sessões, um faltou a quatro e outro a

cinco sessões, correspondendo a uma assiduidade média de 91,7%. Apesar de uma participante ter faltado a mais de um terço das sessões, optou-se por incluir os seus relatos na análise qualitativa. Todos aceitaram realizar a entrevista final.

b. Caracterização sociodemográfica e psicopatológica da amostra

A Tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra final. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 25 e os 42 anos ($M=32,2$), eram maioritariamente do sexo masculino ($n=7$) e solteiros ($n=7$). A escolaridade distribuiu-se de forma equilibrada entre o 3.º ciclo, o ensino secundário e o ensino superior. A maioria estava desempregada ($n=5$), três encontravam-se em situação de incapacidade e um era estudante. A maioria residia em contexto não urbano e integrava agregados familiares de pequena a média dimensão.

Atendendo à natureza qualitativa do estudo e ao reduzido número de participantes, a Tabela 3 sintetiza a caracterização psicopatológica dos doentes que concluíram o programa e o seu padrão de participação no grupo terapêutico. Esta descrição permite contextualizar clinicamente as narrativas analisadas de seguida. Verificou-se que participantes com maior comprometimento cognitivo e/ou menor *insight* tenderam a evidenciar benefícios mais circunscritos ao efeito de grupo, partilha de experiências e maior estruturação da rotina semanal, enquanto participantes com melhor reserva cognitiva e maior capacidade reflexiva e *insight* evidenciaram ganhos mais amplos, incluindo o desenvolvimento de competências em *mindfulness* e compaixão.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes que concluíram o programa COMPASS

	Idade	Sexo	Nacionalidade	Escolaridade	Estado Civil	Área	Agregado Familiar	Situação Profissional
P1	32	Masculino	Portuguesa	Ensino Secundário	Solteiro	Vila	6	Desempregado
P2	31	Masculino	Portuguesa	3º ciclo	Solteiro	Cidade	3	Desempregado
P3	27	Masculino	Portuguesa	Ensino Secundário	Solteiro	Aldeia	3	Desempregado
P4	28	Masculino	Portuguesa	Ensino Secundário	Solteiro	Vila	3	Estudante
P5	25	Masculino	Portuguesa	3º ciclo	Solteiro	Aldeia	4	Incapacidade
P6	34	Masculino	Portuguesa	Mestrado	Solteiro	Aldeia	4	Desempregado
P7	32	Feminino	Portuguesa	Licenciatura	Solteiro	Outra	2	Incapacidade
P8	42	Feminino	Portuguesa	Licenciatura	Casado	Aldeia	4	Desempregado
P9	39	Masculino	Portuguesa	3º ciclo	Divorciado	Aldeia	2	Incapacidade

Tabela 3. Caracterização psicopatológica e participação no grupo terapêutico dos participantes que concluíram o programa COMPASS.

	Caracterização psicopatológica	Participação no grupo
P1	Sintomas psicóticos residuais, rigidez cognitiva, isolamento social e redução da iniciativa. <i>Insight</i> parcial.	Frequentou 12/12 sessões. Iniciou o programa com pouco entusiasmo, mas foi-se ajustado ao <i>setting</i> e participou de modo enriquecedor em várias sessões.
P2	Ideação delirante persecutória pouco sistematizada; humor depressivo, lentificação psicomotora e iniciativa reduzida. <i>Insight</i> parcial.	Frequentou 12/12 sessões. Participou nas atividades com entusiasmo, mas demonstrou sempre uma atitude inibida, partilhando pouco a sua experiência.
P3	Autorreferência excessiva e alucinações auditivas residuais, elevado autocrítica e ansiedade social. <i>Insight</i> parcial. Boa reserva cognitiva.	Frequentou 8/12 sessões. A participação no grupo foi flutuante: em algumas sessões demonstrou pouco interesse, noutras esteve muito envolvido, trazendo questões interessantes e enriquecedoras para a discussão.
P4	Ideação paranoide e alucinações auditivo-verbais residuais; sintomatologia negativa, ansiedade social marcada e ideias intrusivas egodistónicas. <i>Insight</i> preservado.	Frequentou 12/12 sessões. Inicialmente, com ansiedade social evidente, com agitação e tremor, não comunicava com o grupo nem dirigia o olhar. Progressivamente, começou a ganhar confiança no grupo e a participar verbalmente nas sessões, de modo ajustado e enriquecedor, partilhando as suas experiências.
P5	Quadro psicótico com predomínio de sintomatologia negativa acentuada, ansiedade e ideias obsessivas. <i>Insight</i> reduzido.	Frequentou 12/12 sessões. Participou com entusiasmo, mas verificou-se dificuldades na compreensão dos assuntos abordados e na elaboração das suas experiências.
P6	Psicose esquizofrénica com ideação paranoide residual. Boa reserva cognitiva. <i>Insight</i> prejudicado.	Frequentou 12/12 sessões. Participação mais reservada, mas com intervenções adequadas ao contexto de grupo e ao tema de cada sessão. Evidenciou capacidade para compreender os assuntos abordados e para os aplicar às suas vivências.
P7	Psicose esquizofrénica globalmente compensada, com atividade alucinatória auditiva residual. <i>Insight</i> parcial.	Frequentou 7/12 sessões. Muito participativa, frequentemente com intervenções adequadas ao contexto, embora com dificuldades em respeitar as regras do grupo.
P8	Perturbação psicótica com múltiplos internamentos. Atualmente estável, com boas competências sociais e <i>insight</i> preservado. Ligeira deterioração cognitiva.	Frequentou 12/12 sessões. Participou pouco, mas com intervenções adequadas e úteis para as discussões. Por vezes, apresentava-se alheada e com pouco foco nas sessões.
P9	Psicose com ideação persecutória e autorreferencial ativa. <i>Insight</i> comprometido. Ressonância afetiva e capacidade cognitiva preservadas.	Frequentou 12/12 sessões. Muito participativo, as suas intervenções permitiram discussões úteis para si e para os restantes elementos.

c. Análise temática

A análise qualitativa identificou seis temas principais: (1) bem-estar e regulação emocional; (2) impacto nos sintomas de esquizofrenia; (3) impacto nas relações sociais; (4)

mudanças funcionais e qualidade de vida; (5) aspetos valorizados na terapia e (6) experiência global de participação. A seguir descrevem-se os temas e subtemas com citações representativas, também sintetizados na Tabela 4.

Tabela 4. Resumo da análise temática

Tema	Subtemas	Exemplos de Citações
1. Bem-estar e regulação emocional	Tranquilidade e redução da ansiedade	<i>“trouxe mais calma, menos ansiedade”; “fiquei mais tranquilo, reduziu-se o medo”</i>
	Aumento da compaixão	<i>“ter um bocadinho mais de compaixão com os outros e comigo próprio”</i>
	Autocontrole e regulação de impulsos	<i>“penso duas vezes antes de ter certas atitudes, antes era muito mais impulsiva”</i>
2. Impacto nos sintomas de esquizofrenia	Ausência de mudanças significativas	<i>“ando mais parado em casa, não faço as tarefas que tenho de fazer... não me sinto motivado e com interesse em fazê-lo”</i>
	Melhoria dos sintomas psicóticos	<i>“reduziu as vozes”; “não tenho tantos pensamentos negativos... (antes) tinha pensamentos mais esquisitos, ouvia barulhos”</i>
3. Impacto nas relações sociais	-	<i>“o relacionar com os outros, estou mais à vontade”; “tinha medo de falar com as outras pessoas, libertou-me um bocado”</i>
4. Mudanças funcionais e qualidade de vida	Melhoria da qualidade de vida	<i>“melhorou um bocadinho o autocuidado”; “no aspeto familiar, consigo ser mais tranquilo”; “tenho menos medo”</i>
	Melhoria do funcionamento diário	<i>“fazer algumas coisas que não conseguia, dar banho, vestir-me”; “rotina de acordar mais cedo”; “fiquei socialmente mais tranquilo.”</i>
5. Aspetos valorizados na terapia	Valor do grupo	<i>“conhecer pessoas que têm o mesmo um problema que eu, todos estávamos lá para um fim, estávamos à vontade para falar sobre o que vai aqui dentro”</i>
	Psicoeducação	<i>“descobri mais como é que o nosso cérebro funciona, como as nossas emoções estão presentes no dia-a-dia”; “desmistificar o porquê da doença, o porquê dos sintomas”</i>
	Práticas de meditação e compaixão	<i>“além das meditações e de ter treinado o sistema de tranquilização, descobri técnicas para nos relacionarmos melhor com os outros, connosco próprios”; “as meditações, aprendi a conhecer-me com um sorriso, acho que me recarrega”</i>
6. Experiência global de participação	Avaliação positiva	<i>“Foi uma boa experiência desde o início, não consigo ver aspetos negativos”</i>
	Dificuldades na terapia	<i>“tímido e ansioso, mas foi melhorando”; “a cabeça um bocadinho distraída”; “sentia-me cansada, não são conversas fáceis”; “éramos mais uns a falar, outros mais calados”</i>
	Sugestões de melhoria	<i>“meditações com mais visualização”; “tentar que eles falem mais um bocadinho”</i>

i. Bem-estar e regulação emocional

A maioria dos participantes (77,8%) referiu um impacto positivo no bem-estar emocional, com sentimentos de maior tranquilidade, redução da ansiedade e do medo e aumento da (auto)compaixão. Uma participante apontou maior autocontrole de impulsos.

Em contraste, dois participantes não reconheceram melhorias no bem-estar emocional. P5 descreveu efeitos positivos transitórios: *“pensamentos mais positivos... felicidade num certo ponto, mas que depois vai embora... o cansaço permanece.”* Ainda assim, P5 considerou que a terapia teve um efeito estabilizador, prevenindo um agravamento da sua condição: *“A nível de bem-estar, eu posso dizer que não me ajudou muito... Se não tivesse tido terapia, com certeza já estava muito pior. A terapia ajudou-me a ter mais espaço, como se tivesse acordado mais tempo... preveniu que agravasse.”*

• Tranquilidade e redução da ansiedade

Sete participantes (77,8%) realçaram um efeito tranquilizador: *“trouxe mais calma, menos ansiedade”* (P1); *“consigo estar mais tranquilo”* (P2); *“reduziu-se um bocado o medo”* (P6); *“mais serena”* (P8). Alguns destacaram emoções

positivas mais presentes no dia-a-dia e maior facilidade em gerir emoções negativas. Dois observaram redução da ansiedade em contextos sociais: *“quando fui ao (centro comercial), ficava mais calmo a ver gente”* (P6); *“tinha medo de falar com as outras pessoas... libertou-me”* (P9).

• Aumento da compaixão

Três participantes salientaram o desenvolvimento de atitudes mais compassivas, dirigidas aos outros e ao próprio: *“ajudou (a gerir os sintomas) principalmente a parte da compaixão, de ter um bocadinho mais de compaixão com os outros e comigo próprio”* (P4); *“sentimento ajuda para com os outros, saber ouvir”* (P7); *“temos também de olhar para as outras pessoas e tentar ajudar da melhor maneira possível”* (P9).

• Autocontrole e regulação de impulsos

Uma participante referiu maior capacidade reflexiva e controlo da impulsividade: *“penso duas vezes antes de ter certas atitudes... antes era muito mais impulsiva, a terapia ajudou nisso”* (P8).

b. Impacto nos sintomas de esquizofrenia

Ausência de mudanças significativas

A maioria dos participantes (77,8%) não reconheceu alterações na sintomatologia. P5 realçou persistência de sintomatologia negativa: *“ando mais parado em casa, não faço as tarefas que tenho de fazer... não me sinto motivado e com interesse em fazê-lo, não vejo animação em mim.”*

• **Melhoria dos sintomas psicóticos**

Dois participantes (22,2%) relataram melhorias. P1 notou redução da atividade alucinatória e melhoria da avolia: *“reduziu as vozes... conseguir fazer algumas coisas que não conseguia”*. P2 mencionou diminuição de pensamentos negativos de teor paranoide: *“não tenho tantos pensamentos negativos... (antes) tinha pensamentos mais esquisitos, ouvia barulhos, andava preocupado”*.

• **Impacto nas relações sociais**

Sete participantes (77,8%) indicaram um impacto positivo nas relações sociais, com maior disponibilidade para interagir, conforto e confiança em contextos sociais: *“já consigo ouvir as pessoas, amigos, irmãos... antes não conseguia, dava-me um mal-estar”* (P1); *“estou mais desinibido”* (P2); *“talvez o relacionar com os outros... estou mais à vontade”* (P4); *“estava bloqueado, era mais reservado... estou mais solto”* (P9). Alguns realçaram que os efeitos foram circunscritos a contextos específicos: *“mais aqui com as pessoas do hospital e da terapia”* (P4); *“mais familiar... ainda não tive oportunidade para utilizar noutros contextos”* (P7).

c. **Mudanças funcionais e qualidade de vida**

• **Melhoria da qualidade de vida**

A maioria dos participantes (88,9%; n = 8) relatou melhoria na qualidade de vida. Apesar das dificuldades em elaborar sobre este tema, os participantes associaram a melhoria ao bem-estar emocional, autocuidado e relações interpessoais: *“melhorou um bocadinho... o autocuidado”* (P1); *“sim, no aspeto familiar consigo ser mais tranquilo”* (P2); *“sim, tenho menos medo”* (P6).

• **Melhoria do funcionamento diário**

Três participantes reconheceram melhorias no funcionamento diário. P1 destacou a capacidade de realizar tarefas de autocuidado anteriormente difíceis: *“conseguir fazer algumas coisas que não conseguia, dar banho, vestir-me... já não custa.”* P2 referiu uma mudança dos hábitos diários, uma *“rotina de acordar mais cedo”*. P6 realçou o impacto positivo no funcionamento social: *“fiquei socialmente mais tranquilo.”*

d. **Aspetos valorizados na terapia**

• **O valor do grupo**

Cinco participantes (55,6%) valorizaram a modalidade de grupo da terapia. O grupo foi percebido como um espaço seguro de interação social, partilha e apoio emocional. A identificação com pares em situação semelhante foi vista como fonte de validação e pertença. P1 valorizou *“ter mais pessoas a sofrer do mesmo e estarmos todos a lutar pelo*

mesmo.” P7 salientou *“conhecer pessoas que têm o mesmo problema que eu... todos estávamos lá para um fim... estávamos à vontade para falar sobre o que vai aqui dentro... partilharam muita coisa comigo e eu partilhei com eles.”*

• **Psicoeducação**

Adicionalmente, três participantes valorizaram a psicoeducação: *“descobri mais como é que o nosso cérebro funciona, como as nossas emoções estão presentes no dia-a-dia”* (P4); *“desmistificar o porquê da doença, o porquê dos sintomas”* (P7).

• **Práticas de meditação e compaixão**

A maioria dos participantes (77,8%; n = 7) valorizou as práticas experienciais como recursos para regulação emocional. P4 relatou: *“além das meditações e de ter treinado o sistema da tranquilização... descobri técnicas para nos relacionarmos melhor com os outros, connosco próprios.”* P6 valorizou o formato breve das práticas: *“nunca tinha experimentado uma meditação assim... curta, mas suficiente para me trazer tranquilidade.”* P7 destacou: *“fizemos muita meditação, isso é uma coisa que nos acalma, não só no dia, mas ao longo da semana.”* P9 salientou *“as meditações, aprendi a conhecer-me com um sorriso, acho que me recarrega.”*

e. **Experiência global de participação**

• **Avaliação positiva**

Todos os participantes avaliaram positivamente o processo de participar na terapia: *“foi uma boa experiência desde o início... não consigo ver aspetos negativos”* (P2); *“a terapia foi bem feita, bem estruturada”* (P4); *“funcionou tudo bem... não mudaria nada”* (P8). P1 descreveu o processo como *“fácil”* e P7 referiu uma aprendizagem implícita e acessível: *“interiorizámos, acabámos por perceber e sem pensar muito nisso... foi um contributo muito natural.”* Além disso, P7 valorizou as pausas para chá como um gesto de cuidado e um momento tranquilizante: *“apoios como o chá são interessantes... é uma boa ajuda, porque nós vimos agitados do intervalo”*.

• **Dificuldades na terapia**

Alguns participantes reconheceram dificuldades iniciais em expor-se no grupo, referindo timidez, ansiedade e inibição, superadas com o tempo e a segurança no grupo, o que permitiu a evolução para uma posição de maior abertura e confiança: *“um bocadinho tímido e ansioso... mas foi melhorando”* (P1); *“o início mais difícil, depois fui ficando mais à vontade”* (P4); *“estava bloqueado... com o passar do tempo fui ganhando confiança e tentei aderir... libertou-me”* (P9). Outros apontaram tarefas escritas como exigentes e dificuldades de concentração: *“escrever era mais difícil”* (P3); *“foi um bocadinho complicado, porque tenho sempre a cabeça um bocadinho distraída”* (P9). P7 identificou a fadiga e a carga emocional das partilhas como desafios: *“sentia-me cansada às vezes, não são conversas fáceis.”* A assimetria na participação também foi uma dificuldade nomeada: *“éramos mais uns a falar, outros mais*

calados” (P3). P5 mostrou-se frustrado pela discrepância entre as expectativas elevadas e os resultados percebidos: *“as expectativas foram muitas e o resultado não foi de acordo com as expectativas”*. Por último, *é de realçar que a prática domiciliária das técnicas foi escassa*.

- **Sugestões de melhoria**

P5 sugeriu mais tempo de apoio individual: *“ficar mais tempo com alguém mais em baixo”*. P6 propôs *“meditações com mais visualização”*. P9 recomendou incentivar a participação dos membros mais reservados: *“tentar que eles falem mais um bocadinho, porque pode ser bom para eles, e eles às vezes podem estar (com) o tal receio.”*

- **Nota final da análise dos transcritos**

Alguns participantes apresentaram um discurso repetitivo e pouco elaborado, com dificuldades em concretizar exemplos ou em manter uma narrativa coerente, por vezes com afrouxamento da associação de ideias. Estas características foram enquadradas como alterações psicopatológicas da esquizofrenia (alogia, perturbações formais do pensamento e défices cognitivos). Esta limitação foi considerada na interpretação dos dados, privilegiando-se uma leitura compreensiva e contextualizada das narrativas.

DISCUSSÃO

O presente estudo explorou a viabilidade, aceitabilidade, experiência subjetiva e impacto percebido do programa COMPASS em pessoas com esquizofrenia.

Observou-se uma taxa de desistência elevada (43,8%; n=7/16), sobretudo nas primeiras semanas, superior à reportada nalguns estudos prévios.^{26,27} Investigações futuras deverão explorar sistematicamente os motivos de desistência para identificar barreiras à participação em terapias de grupo, dificuldades com práticas de *mindfulness* e compaixão, bem como fatores clínicos (p.ex., sintomas negativos, défices cognitivos, *insight*) e contextuais (logística, motivação, ambivalência), que possam influenciar a adesão. Tal informação poderá otimizar o desenho e implementação das intervenções, promovendo a adesão, retenção e acessibilidade.

Apesar disso, a assiduidade média entre os participantes que concluíram a intervenção foi elevada (91,7%), em semelhança com estudos anteriores,^{26,28,29} o que é encorajador numa população clínica com tendência ao evitamento social. Além disso, as avaliações qualitativas sugerem elevada aceitabilidade: a experiência foi descrita como positiva e agradável, sem efeitos adversos relevantes, convergindo com evidência prévia sobre terapias baseadas na compaixão na psicose.^{17,26,28,29}

A análise do discurso dos participantes, pautada por termos vagos, repetições, parca elaboração e associações desconexas, é compatível com alterações psicopatológicas da esquizofrenia, como alogia, perturbações formais do pensamento e défices cognitivos. Estas características podem limitar a riqueza descritiva, mas não comprometem a compreensão dos relatos nem a relevância dos conteúdos partilhados. Pelo contrário, sublinham a importância de

metodologias qualitativas sensíveis a estas particularidades e sustentam o valor de estratégias facilitadoras (p.ex., perguntas mais direcionadas e recursos não verbais) em estudos futuros.

A análise temática sugere benefícios no bem-estar e na regulação emocional, com aumento de tranquilidade e redução da ansiedade. Alguns participantes relataram também um aumento da compaixão. Estes achados são consistentes com a literatura que relaciona intervenções baseadas na compaixão em pessoas com psicose com melhorias da regulação emocional, através do desenvolvimento do sistema de tranquilização e de atitudes compassivas.^{17,26-30}

A maioria dos participantes não identificou mudanças expressivas na sintomatologia da esquizofrenia. Apenas dois relataram redução de alucinações e de ideias paranoides, em concordância com estudos prévios.^{18,28,30} Ainda assim, os participantes reportaram de forma global uma melhoria da qualidade de vida, associada a maior autocuidado, estruturação de rotinas e melhor funcionamento social. A terapia teve um impacto positivo nas relações sociais, um efeito já reportado noutros estudos^{17,18,27} e particularmente relevante uma vez que o isolamento social constitui um fator de mau prognóstico. Estes dados são coerentes com o foco da intervenção, centrado não na redução direta dos sintomas, mas na promoção do bem-estar e na recuperação psicossocial, reforçando o potencial do programa COMPASS enquanto intervenção complementar no tratamento da esquizofrenia.

O formato grupal emergiu como elemento valorizado e potencialmente terapêutico, um aspeto destacado noutros estudos.^{17,27,29} O espaço seguro de partilha, as atitudes compassivas no grupo e a identificação com pares poderão ter promovido um sentido de conexão, pertença e “humanidade comum”, reduzindo a ansiedade e a perceção de ameaça nas interações sociais. Além de eficiência de recursos, a terapia em formato de grupo pode reforçar conceitos centrais da compaixão, reduzir o isolamento social e o estigma associados à psicose, potenciando os benefícios terapêuticos. Adicionalmente, os participantes valorizaram a psicoeducação e práticas experienciais de *mindfulness* e compaixão, em consonância com a literatura.^{17,27,29}

Foram também identificadas algumas dificuldades, tais como ansiedade inicial, fadiga, dificuldades de concentração e assimetria de participação no grupo. Estes aspetos já foram descritos em investigações prévias.^{17,27,29} Outros desafios incluíram a necessidade de maior apoio individual, expectativas não correspondidas e prática domiciliar inconsistente. Estes dados e as sugestões dos participantes sustentam recomendações clínicas: clarificar benefícios da terapia e voluntariedade das partilhas, adaptar os exercícios ao perfil clínico individual, privilegiar práticas breves e simples, incorporar mais exercícios de visualização compassiva, fomentar uma participação mais equitativa (respeitando o ritmo individual de cada um), gerir expectativas, reforçar o suporte individual entre sessões e estratégias facilitadoras para promover a prática pessoal domiciliária. A manutenção dos componentes nucleares de psicoeducação, meditação, exercícios de compaixão e discussão em grupo é recomendada, dado que todos estes elementos foram valorizados pelos participantes.

Limitações do presente estudo incluem a natureza exploratória da análise qualitativa, a ausência de medidas quantitativas e uma amostra reduzida proveniente de um único contexto, o que limita as conclusões e a generalização dos resultados, bem como a ausência de *follow-up* e o potencial viés de desejabilidade social nas entrevistas. Os investigadores reconhecem um possível enviesamento favorável à intervenção, uma vez que as entrevistas qualitativas foram realizadas por dois investigadores que também conduziram as sessões psicoterapêuticas. Procurou-se mitigar este risco através da ancoragem estrita aos dados, do uso extensivo de citações, a explicitação de casos de ausência de melhoria e a discussão reflexiva em equipa.

Investigações futuras, idealmente ensaios clínicos randomizados, com amostras maiores, recurso a instrumentos psicométricos validados e avaliações de *followup* a médio

e longo prazo, são essenciais para avaliar a eficácia e os mecanismos de mudança do programa COMPASS.

CONCLUSÃO

O programa COMPASS revelou-se uma terapia complementar promissora para a recuperação psicossocial de pessoas com esquizofrenia. Os resultados sugerem elevada aceitabilidade e benefícios na regulação emocional, no funcionamento social e na qualidade de vida, bem como, ainda que em menor grau, possíveis melhorias na sintomatologia psicótica. A integração de abordagens baseadas na compaixão nos serviços de saúde mental pode contribuir para uma prática mais humanizada e centrada no bem-estar psicológico.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais amplo, intitulado “PSYCOMP: Terapia focada na compaixão e baseada em *mindfulness* na esquizofrenia – impacto na reabilitação funcional e na regulação emocional”, que recebeu financiamento através de uma bolsa de apoio à investigação do Centro Clínico Académico de Braga (2CA-Braga), destinada exclusivamente a suportar as despesas associadas às ressonâncias magnéticas funcionais (para avaliar o impacto do Programa COMPASS no processo neurobiológico de regulação emocional de doentes com esquizofrenia), um aspeto não abordado no presente manuscrito.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: The qualitative component presented in this article did not receive any specific funding, and none of the authors or participants were compensated for their participation.

This study is part of a broader research project titled “PSYCOMP: Compassion-focused and mindfulness-based therapy in schizophrenia—impact on functional rehabilitation and emotional regulation,” which received funding through a research grant from the Braga Academic Clinical Center (2CA-Braga), intended exclusively to cover expenses associated with functional magnetic resonance imaging (to assess the impact of the COMPASS Program on the neurobiological process of emotional regulation in patients with schizophrenia), an aspect not addressed in this manuscript.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

Declaração de Contribuição

Todos os autores contribuíram para o desenho e elaboração do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Contributorship Statement

All authors contributed to the study design and planning, data analysis and interpretation, and the drafting and/or critical review of the manuscript. All authors approved the final version to be published.

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
2. World Health Organization. International classification of diseases, 11th revision (ICD-11); 2025. [Accessed: October 1st, 2025] Available at: <https://icd.who.int/>
3. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet*. 2022;399:473-86. doi:10.1016/S0140-6736(21)01730-X
4. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang YS, Ng CH, Ungvari GS, et al. Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatr Q*. 2019;90:519-32. doi:10.1007/s11126-019-09633-4
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE Clinical Guidelines, No. 178; 2014. [Accessed October 1st, 2025] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555203/>
6. Haddad PM, Correll CU. The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8:303-18. doi:10.1177/2045125318781475
7. Lawlor C, Sharma B, Khondoker M, Peters E, Kuipers E, Johns L. Service user satisfaction with cognitive behavioural therapy for psychosis: Associations with therapy outcomes and perceptions of the therapist. *Br J Clin Psychol*. 2017;56:84-102. doi:10.1111/bjc.12122
8. Gomes M, Fernandes N. Terapias de terceira geração nas perturbações psicóticas. *Rev Port Psiquiatria Saúde Mental*. 2021;7:58-65. doi:10.51338/rppsm.319
9. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53:6-41. doi:10.1111/bjc.12043
10. Gumley A, Braehler C, Laithwaite H, MacBeth A, Gilbert P. A compassion focused model of recovery after psychosis. *Int J Cogn Ther*. 2010;3:186-201. doi:10.1521/ijct.2010.3.2.186
11. Martins MJ, Macedo A, Carvalho CB, Pereira AT, Castilho P. Are shame and self-criticism the path to the pervasive effect of social stress reactivity on social functioning in psychosis?. *Clin Psychol Psychother*. 2020;27:52-60. doi:10.1002/cpp.2406
12. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013;12:155-64. doi:10.1002/wps.20040
13. Kesting ML, Lincoln TM. The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review. *Compr Psychiatry*. 2013;54:766-89. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.002
14. Lincoln TM, Mehl S, Kesting ML, Rief W. Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychological interventions. *Schizophr Bull*. 2011;37:S23-S32. doi:10.1093/schbul/sbr066
15. Löw CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2020;75:101808. doi:10.1016/j.cpr.2019.101808
16. Mavrituna S, Hahn E, Hahne I, Bergmann N, Pijnenborg M, Ta T, et al. Compassion-based approaches: a systematic review of their effectiveness and acceptability in schizophrenia spectrum disorders. *Curr Psychol*. 2023;42:16868-82. doi:10.1007/s12144-022-02908-3
17. Garrett C, Smith DM, Wittkowski A. The acceptability of compassion-focused therapy in clinical populations: a metasynthesis of the qualitative literature. *Front Psychiatry*. 2025;16:1400962. doi:10.3389/fpsy.2025.1400962
18. Martins MJ, Barreto Carvalho C, Macedo A, Pereira AT, Braehler C, Gumley A, et al. Recovery through affiliation: A compassionate approach to schizophrenia and schizoaffective disorder (COMPASS). *J Contextual Behav Sci*. 2018;9:97-102. doi:10.1016/j.jcbs.2018.07.009
19. Martins M, Castilho P, Barreto Carvalho C, Pereira A, Braehler C, Macedo A. Mindfulness e Compaixão na recuperação da psicose. Lisboa: Pactor; 2020.
20. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In: Gilbert P, editor. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge; 2005. p. 263-325.
21. Chadwick P. Mindfulness for psychosis. *Br J Psychiatry*. 2014;204:333-4. doi:10.1192/bjp.bp.113.136044
22. Shonin E, Van Gordon W, Griffiths MD. Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis?. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:124-7. doi:10.1177/0004867413512688
23. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061. doi:10.1136/bmj.n2061
24. Yardley L, Bradbury K, Morrison L. Using qualitative research for intervention development and evaluation. In: Camic PM, editor. *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. Washington: American Psychological Association; 2021. p. 263-82.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Res Psychol*. 2006;3:77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
26. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52:199-214. doi:10.1111/bjc.12009
27. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol*. 2014;53:78-94. doi:10.1111/bjc.12040
28. Forkert A, Brown P, Freeman D, Waite F. A compassionate imagery intervention for patients with persecutory

- delusions. *Behav Cogn Psychother*. 2022;50:15-27. doi:10.1017/S1352465821000229
29. Heriot-Maitland C, Lawlor C, Keen N, Kane F, Jafari H, Peters E. A brief compassion focused therapy group for outpatients with psychosis. *Psychosis*. 2025;17:82-94. doi:10.1080/17522439.2024.2402826
30. Heriot-Maitland C, Gumley A, Wykes T, Longden E, Irons C, Gilbert P, et al. A case series study of compassion-focused therapy for distressing experiences in psychosis. *Br J Clin Psychol*. 2023;62:762-81. doi:10.1111/bjc.12437