



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**Aceitando ou mudando pensamentos? Como práticas de mindfulness são
integradas no Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)**

São Luís - MA

2017

ANA ALVES DE SOUSA COSTA NETA

Aceitando ou mudando pensamentos? Como práticas de mindfulness são integradas no Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria de Nazaré Pereira da Costa

Área de concentração: Avaliação e Clínica Psicológica

São Luís - MA

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Neta, Ana Alves de Sousa Costa.

Aceitando ou mudando pensamentos? Como práticas de mindfulness são integradas no Mindfulness-Based Cognitive Therapy MBCT / Ana Alves de Sousa Costa Neta. - 2017.
81 f.

Orientador(a): MARIA DE NAZARE PEREIRA DA COSTA.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS, 2017.

1. Mindfulness. 2. Mindfulness-Basead Stress Reductions. 3. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. 4. Terapia cognitivo-comportamental. I. COSTA, MARIA DE NAZARE PEREIRA DA. II. Título.

ANA ALVES DE SOUSA COSTA NETA

Aceitando ou mudando pensamentos? Como práticas de mindfulness são integradas no Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria de Nazaré Pereira da Costa

Área de concentração: Avaliação e Clínica Psicológica

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Maria de Nazaré Pereira da Costa (Orientadora)

Doutora em Psicologia: Teoria e Pesquisa do Comportamento (UFPA)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Marcelo Marco Piva Demarzo

Pós-doutor em Mindfulness e Promoção da Saúde (UNIZAR, Espanha)
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Lucas Guimarães Cardoso de Sá

Pós-doutor em Psicologia (UFsCar)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar a vida e as possibilidades de conquistar meus objetivos.

Aos meus pais, Elza Cabral e Benedito Júnior, pela vida, pelo amor incondicional e por sempre apoiar meus projetos.

Aos meus tios, Ricardo André e Verônica, por me receber como uma filha na sua casa e me dar todo apoio necessário à permanência no mestrado.

Aos meus irmãos, Rafael, Noeme e Renato, por sempre torcerem por mim e acreditarem nas minhas ideias.

A minha cunhada, Pâmella Amaral, pela torcida, pela admiração e por sempre acreditar nos meus trabalhos.

Aos meus sobrinhos, Bento Rafael e Ana Luiza, por me proporcionar grandes alegrias e inspirações para ser uma pessoa e uma profissional melhor.

Ao meu bem, Régis Lima, pelo carinho imenso, cuidado e compreensão em todos os momentos em que precisei me afastar para produzir. A vida tem sido mais feliz com você.

A minha sócia e amiga, Mara Layana, pelo apoio, encorajamento e motivação sempre que precisava para me manter na pesquisa, e por levar nossa clínica durante esse período.

A minha amiga Nívea Rodrigues, por me acolher com sua amizade e gentileza na sua vida, por me proporcionar grandes rizadas e um companheirismo enorme durante um mestrado. Você foi um presente em minha vida.

A minha orientadora, Nazaré Costa, pela dedicação e profissionalismo durante todo o mestrado, pela paciência e compreensão com a evolução da minha escrita e pelos reforços constantes quando eu desmotivava. Foi bom trabalhar com você.

Ao professor, Marcelo Demarzo, pelo exemplo de pessoa e de profissional, pela humildade e gentileza em avaliar esse trabalho, por despertar todo o interesse em pesquisar sobre mindfulness.

A todo o grupo de pesquisa, pela gentileza em contribuir com esse trabalho, pela curiosidade e por cada detalhe apontado para que esse trabalho ficasse cada vez melhor. Vocês foram peça fundamental para a evolução desse trabalho.

A todos os amigos do mestrado, pelas experiências trocadas, pelo apoio e torcida de todos.

A meus amigos especiais, Filho, Dani, Mysael, Andrea, Denise, pelo apoio, torcida, animação e por acreditarem que tudo ia dar certo.

A todos os professores da UFMA, levo a contribuição de cada um nessa nova etapa de vida.

*Você não pode parar as ondas,
mas você pode aprender a navegar.*

Jon Kabat-Zinn

RESUMO

As práticas de *mindfulness* vêm sendo utilizadas no tratamento complementar de problemas clínicos, há algum tempo, com o uso do programa pioneiro de Kabat-Zinn, o *Mindfulness-Based Stress Reductions (MBSR)*, programa que serviu de protótipo para o desenvolvimento de outros baseados em *mindfulness*, dentre eles o de Segal, Williams e Teasdale, o *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*, que integra práticas de *mindfulness* com estratégias da Terapia Cognitiva. A partir dessas integrações as práticas de *mindfulness* vêm sendo inseridas no processo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) de modo crescente, mesmo os dois modelos clínicos apresentando princípios teóricos-filosóficos e métodos de intervenções diferentes. Diante disso, este estudo objetivou discutir como os fundamentos teóricos do MBSR e da TCC são integrados no MBCT, bem como possíveis razões e implicações da inclusão de estratégias *mindfulness* na TCC. Para isso foram utilizados artigos disponibilizados na internet, livros e capítulos de livros sobre a temática, no idioma inglês, português e espanhol, sem restrição de ano de publicação. A comparação teórica foi realizada por meio de quatro concepções: cognição, comportamento, ambiente e visão de patologia. Além disso, comparou-se, por meio da análise de dois trechos de sessão, as intervenções realizadas na TCC e no MBCT. De modo geral, foram identificadas algumas semelhanças e compatibilidades entre os pressupostos teóricos da TCC e dos programas MBSR e MBCT, sendo a diferença significativa o modo como entendem as cognições, pois enquanto na TCC ela é vista como causal e determinista, nos programas MBSR e MBCT é apenas mais um evento mental. Verificou-se também, controvérsias claras quando se considera o modelo cognitivo clássico de Aaron Beck.

Palavras-chave: Mindfulness. Terapia cognitivo-comportamental. *Mindfulness-Based Stress Reductions*. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*.

ABSTRACT

Mindfulness practices have been used in the treatment of clinical problems, for some time, with the use of the pioneer program of Kabat-Zinn, Mindfulness-based Stress Reductions (MBSR), program that served as a prototype for the development of other mindfulness-based, among them the of Segal, Williams and Teasdale, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), which integrates mindfulness practices with strategies of Cognitive Therapy. From these integrations mindfulness practices have been inserted in the process of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) increasingly, even the two clinical models showing-philosophical and theoretical principles of methods different interventions. Therefore, this study aimed to discuss how the theoretical fundamentals of MBSR and CBT are integrated in MBCT, as well as possible reasons and implications of the inclusion of mindfulness strategies in CBT. For this we used articles available on the internet, books and chapters of books on the subject, in English, Portuguese and Spanish, without restriction to year of publication. The theoretical comparison was accomplished through four conceptions that supports the theoretical models: cognition, behavior, and environment of pathology. In addition, he likened himself, through the analysis of two sections, the interventions carried out in TCC and MBCT. Overall, they identified some similarities and compatibilities between the theoretical assumptions of CBT and MBCT, MBSR programs and being a significant difference how understand the cognitions, because while in TCC she is seen as deterministic and causal, MBSR programs and MBCT is just another mental event. It appeared also, controversies clear when one considers the classical cognitive model of Aaron Beck.

Keywords: Mindfulness. Cognitive-behavioral therapy. Mindfulness-Based Stress Reductions. Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre experiência, atitude mental, pensamentos, sensações e sentimentos	47
Figura 2 – Questionando pensamentos automáticos	54

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Sessões do programa MBSR.....	38
Quadro 2 – Sessões do programa MBCT.....	43
Quadro 3 – Comparação entre a TCC de Aaron Beck e os programas MBSR e MBCT.....	52
Quadro 4 – Comparação entre aspectos da intervenção na TCC de Aaron Beck e do MBCT.....	59

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE MINDFULNESS E TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL	15
2.1 Mindfulness: definição e características	15
2.2 Terapia cognitivo-comportamental (TCC): princípios e características.....	24
3. OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4. MÉTODO.....	33
4.1 Materiais.....	33
4.2 Procedimentos.....	33
4.2.1 Coleta de dados.....	33
4.2.2 Seleção do material.....	33
4.2.3 Análise dos dados.....	34
5. RESULTADOS.....	35
5.1 MBSR: princípios, estrutura e características.....	35
5.2 MBCT: proposta, estrutura e características.....	41
5.3 TCC e <i>Mindfulness</i>: comparando as concepções teóricas e os processos de intervenção.....	45
6. DISCUSSÃO.....	60
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXOS.....	76

1. INTRODUÇÃO

A inserção de estratégias *mindfulness* na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem provocado uma discussão frequente na literatura contemporânea, tanto internacional (BOWEN; CHAWLA; MARLATT, 2011; CHIESA; SERRETTI, 2011; EISENDRATH et al., 2014; SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002; SIPE; EISENDRATH, 2012; WILLIAMS; PENMAN, 2015) quanto nacional (MELO; SARDINHA; LEVITAN, 2014; VANDENBERGUE; VALADÃO, 2013; VORKAPIC; RANGÉ, 2013). Ainda que as práticas de meditações *mindfulness* e TCC estejam sustentadas em princípios filosóficos e métodos de intervenção diversos, é crescente o número de publicações científicas integrando as duas práticas, bem como a adesão dessa integração no meio clínico.

Vale ressaltar que o termo TCC é considerado, segundo Mahoney e Lyddon (1988), como um termo genérico que abrange uma variedade de modelos cognitivos e cognitivo-comportamental. Essa denominação teve como finalidade identificar um grupo de terapias que associavam uma perspectiva teórica enfática quanto ao papel dos processos cognitivos na mediação do comportamento ao uso de estratégias terapêuticas comportamentais (SHINOHARA, 1997). Embora alguns autores discordem dessa possibilidade de integração, para os quais as diferenças epistemológicas, conceituais e de atuação são grandes demais, sendo possíveis apenas aproximações superficiais entre as duas abordagens (COSTA, 2002), o termo Terapia Cognitiva é frequentemente usado como sinônimo de TCC e por esse motivo, neste estudo, os dois termos serão usados indistintamente.

No tocante a inserção de *mindfulness* na TCC, essa tem sido influenciada por alguns aspectos fundamentais e complementares e as pesquisas vêm demonstrando evidências favoráveis ao uso de programas em que as duas estratégias de intervenções são utilizadas (SEGAL et al., 2002; SIPE; EISENDRATH, 2012). Alguns autores (DEMARZO, BARROS; OLIVEIRA, 2015; MELO, SARDINHA, LEVITAN, 2014; RANGÉ; SOUZA, 2015) já apontaram semelhanças e diferenças entre TCC tradicional e *mindfulness*, e suas possibilidades de complementariedade, porém algumas limitações foram evidenciadas e serão posteriormente descritas.

Apesar dos resultados favoráveis à integração entre *mindfulness* e TCC tradicional – termo usado para se referir a TCC de Aaron Beck –, e do movimento de

integração nas TCCs com outros modelos terapêuticos não ser algo recente, mas que faz parte das origens da TCC (CRAIGHEAD et al., 1994), essa pesquisa se propõe a estudar algo ainda pouco explorado que é a integração entre TCC e *mindfulness* (proposta recente na literatura) com ênfase nos referenciais teóricos e filosóficos desses modelos de intervenção.

Pesquisas como essas são relevantes para definir o uso de práticas de *mindfulness* dentro do modelo psicológico de intervenção cognitivo-comportamental, assim como esclarecer como e até que ponto é possível integrá-las nesse modelo terapêutico.

Diante de dúvidas frequentes sobre essa integração no processo terapêutico e do interesse em conhecer mais sobre *mindfulness* e a junção com a TCC, surgiram as motivações para a realização dessa pesquisa. O interesse surgiu desde o primeiro contato da pesquisadora com o termo *mindfulness*, em um programa de resiliência emocional infantil, por meio da prática de uva passa – na qual o praticante é orientado a comer uma uva passa com atenção plena, explorando todos os sentidos (ver, tocar com os dedos, cheirar, degustar saborear, deglutir), com a finalidade de a partir dessa experiência proporcionar ao participante a compreensão do que é *mindfulness* e a diferenciação entre realizar uma atividade em estado de consciência corriqueira e com atenção plena (DEMARZO; CAMPAYO, 2015).

À medida que a leitura sobre o assunto progredia, por meio de livros, *posts* em redes sociais, artigos científicos com demonstração de evidências em tratamentos clínicos e da percepção da dimensão que a temática ganhava no meio clínico, em especial na TCC, a ânsia por maiores informações aumentava. Visando compreender melhor o assunto, a pesquisadora realizou cursos e participou de atividades e discussões sobre a temática em congressos. Nesse percurso, e sempre com o olhar de terapeuta cognitivo-comportamental, a cada demonstração das propostas de meditações *mindfulness*, mais inquietações surgiam sobre a junção entre TCC e *mindfulness*. Em um dos cursos realizados o seguinte questionamento foi direcionado para o instrutor: Como um terapeuta cognitivo-comportamental trabalha com *mindfulness*? E a resposta obtida foi: Ou você é um terapeuta *mindfulness* ou você é um terapeuta cognitivo-comportamental? Por outro lado, em congressos, palestrantes defendiam a inserção das práticas de *mindfulness* na TCC por meio de diversos paralelos teóricos e demonstrações da complementariedade de suas técnicas.

A partir dessas experiências e da percepção cada vez maior de divergências práticas e teóricas entre os dois modelos de intervenção, e observando que essas não eram impeditivas para o crescente movimento de integração que prosperava entre eles, principalmente no contexto clínico, foi que surgiram os questionamentos que nortearam essa pesquisa, dentre eles: Quais fundamentos teóricos da TCC são considerados no programa que integra elementos da TCC com estratégias de *mindfulness*? Quais elementos (pensamentos automáticos, crenças intermediárias, crenças centrais) da TCC são trabalhados nessa integração? Como são trabalhados, já que a proposta não é mudá-los, mas aceitá-los? Como é feita a intervenção cognitiva? Todos esses questionamentos perpassam também pelo próprio fazer clínico, por exemplo: Como orientar o paciente a aceitar pensamentos, sem questioná-los, quando o próprio referencial teórico pede o uso de várias técnicas verbais para explorar a lógica subjacente dos pensamentos do paciente?

Diante dessas questões, e entendendo a TCC como um modelo terapêutico fundamentado em um referencial teórico e não apenas como um conjunto de técnicas de intervenção para a redução de sintomas emocionais, a presente pesquisa se propôs a discutir como os fundamentos teóricos do MBSR e da TCC são integrados no MBCT, bem como possíveis razões e implicações da inclusão de estratégias *mindfulness* na TCC.

Para isso, a fundamentação teórica será estruturada em dois subtópicos que apresentam as bases teóricas de *mindfulness* e da TCC: no primeiro serão descritas definições e características de *mindfulness* e no segundo os princípios e características da TCC. Em seguida serão elencados os objetivos da pesquisa e o percurso metodológico para levantamento e análise dos dados, seguido da apresentação dos resultados e discussão. Por fim, serão expostas as limitações e considerações finais da pesquisa.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE MINDFULNESS E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

2.1 Mindfulness: definição e características

Mindfulness é um termo que vem sendo traduzido para o português como atenção plena, observação clara, consciência plena ou simplesmente estar atento (CAMPAYO, 2008; DEMARZO; CAMPAYO, 2015). Originalmente, o termo advém da linguagem budista (Pali) e refere-se à tradução da palavra *sati*, que significa “recorda-se de forma contínua do seu objeto de atenção” (CHIESA; MALINOWSKI, 2011). De acordo com esse conceito clássico, durante o estado de *mindfulness* o indivíduo se mantém atento, presente e consciente ao seu objeto de atenção, seja ele interno ou externo à sua experiência do momento (SIEGEL; GERMER; OLENDZKY, 2009).

Segundo Williams e Penman (2015), com a prática de *mindfulness* aprende-se a desenvolver atenção plena, a reconhecer lembranças e pensamentos prejudiciais assim que surgem à mente, bem como a observar quando o indivíduo está sendo arrastado por memórias que os confirmem, além de adquirir consciência do que se está pensando. Com a consciência mais refinada, o indivíduo observa com mais facilidade o que mantém os eventos mentais prejudiciais aumentando a possibilidade de reduzi-los (RAPGAY; BYSTRYSKY, 2009).

No contexto ocidental, *mindfulness* tem sido popularmente descrito de acordo com a definição de Jon Kabat-Zinn (2005, p. 8) como “prestar atenção de forma particular, com propósito, no momento presente e sem julgamento”. O autor ressalta ainda que apesar de suas origens no budismo, a prática de *mindfulness* não apresenta relação com quaisquer crenças ou tradições religiosas e/ou culturais, assim enfatiza

Mindfulness nada tem a ver com o Budismo em si ou com se tornar budista, mas tem tudo a ver com acordar e viver em plenitude consigo mesmo e com o mundo. Tem a ver com a análise de quem somos, como questionamos nossa visão do mundo e nosso lugar nele, é cultivando algum apreço para a plenitude de cada momento que estamos vivos. Acima de tudo, tem a ver com estar em contato. (KABAT-ZINN, 2005, p. 8)

Partindo dessa perspectiva, Kabat-Zinn (1990) afirma que a essência de *mindfulness* é universal, uma vez que consiste em desenvolver uma maneira particular de prestar atenção, e dessa forma pode ser aprendida e praticada sem apelos à cultura oriental ou budista para enriquecê-la ou autenticá-la.

Roemer e Orsillo (2010) referem-se à *mindfulness* como a capacidade de prestar atenção, no momento presente, a tudo o que surgir interna e externamente sem apegos a julgamentos ou sem desejar que as coisas sejam diferentes. Para Germer (2011), *mindfulness* é tomar consciência do momento presente, com aceitação. Essas diferentes formas de explicação e definição de *mindfulness* é justificada, na literatura, pelo fato de ser um termo transposto de culturas tradicionais budistas que vem sendo adaptado para se tornar acessível às culturas ocidentais, e esse fato gera nos pesquisadores uma preocupação com as inconsistências entre o conceito tradicional e o utilizado no ocidente, além da possibilidade de não preservação das funções específicas de *mindfulness*, que podem ser ignoradas com essa transposição (RAPGAY; BYSTRISKY, 2009).

Para o uso do termo *mindfulness* nas intervenções em saúde, alguns autores operacionalizaram a definição de Kabat-Zinn em dois construtos: 1) autoregulação da atenção para o momento presente: refere-se à observação e consciência de sensações, pensamentos ou sentimentos do momento e requer tanto a capacidade de fixar a atenção sobre o que está ocorrendo, quanto à capacidade de alternar intencionalmente a atenção de um aspecto da experiência para outro; e 2) uma orientação para a experiência presente: marcada pela curiosidade, abertura e aceitação da realidade dos acontecimentos (BISHOP et al., 2004).

Kabat-Zinn (1990) enfatiza que a aceitação deve ser uma atitude que envolve uma disposição e uma curiosidade de reconhecer as coisas tal como se apresentam, sejam “boas” ou “ruins”, evitando que a percepção destas seja influenciada por um processamento subsequente de categorizações e julgamentos, os quais acabam determinando como o indivíduo pensa e se sente sobre a experiência. Cardaciotto et al. (2008) ressaltam ainda que a aceitação no contexto da atenção plena não deve ser equiparada com passividade ou resignação, pelo contrário, refere-se à capacidade de experimentar totalmente os eventos, sem recorrer a qualquer extremo de preocupação excessiva com, ou supressão, da experiência.

Para o desenvolvimento das habilidades *mindfulness*, Kabat-Zinn (1990) afirma que os praticantes são orientados a ter algumas atitudes ou posturas básicas que são:

a) Não julgar: essa habilidade instrui o praticante a aceitar todos os sentimentos, pensamentos e sensações, sejam eles agradáveis ou desagradáveis, como legítimos e válidos.

b) Paciência: forma de demonstrar que se pode compreender e aceitar o fato de que as coisas devem desdobrar-se em seu próprio tempo. Dito de outro modo, seria uma atitude de, intencionalmente, lembrar que não há nenhuma necessidade de ser impaciente consigo mesmo, embora esteja observando uma mente julgadora, ou esteja tenso ou agitado ou assustado ou porque tem praticado por algum tempo e nada de positivo parece ter acontecido.

c) Mente de principiante: refere-se a uma disposição a ver tudo como se fosse à primeira vez, possibilitando maior aproveitamento do momento presente e permitindo-se ser receptivo a novas experiências. Agir desse modo evita que os pensamentos já existentes sobre determinadas situações ou pessoas impeçam de vê-las como realmente são e contribui para a saída do modo de funcionamento chamando de piloto automático e assim, o indivíduo passe a ter mais atenção para as situações presentes.

d) Confiança: essa habilidade consiste em confiar na capacidade de lidar com os sentimentos e pensamentos desagradáveis. Em despertar a confiança na própria capacidade de observar, estar atento e aberto às experiências.

e) Não lutar: os praticantes são encorajados a não fazer qualquer progresso em relação aos seus objetivos quando estiverem praticando, apenas são orientados a observar tudo que experienciam de momento a momento, sem exercer qualquer controle para alcançar algo, ou alguma meta.

f) Aceitação: essa habilidade ensina o praticante a intencionalmente ver as coisas como realmente são sem tentar fazê-las ser do jeito que gostariam que fosse, e sem passividade e resignação.

g) Deixar ir: os praticantes de *mindfulness* são encorajados a deixar de lado certos pensamentos, sentimentos e situações que ocorrem e apenas observar intencionalmente esses impulsos de segurar ou afastar esses fenômenos.

Nos estudos de Hirayama (2014) é ressaltado que embora a definição do termo *mindfulness*, por Kabat-Zinn, seja o suficiente para orientar os iniciantes em suas práticas, é importante para o desenvolvimento de pesquisas nesse contexto saber diferenciar a conceituação da tradição budista e dos programas contemporâneos. O autor evidencia que mesmo dentro das tradições budistas o termo possui diferentes conceituações, visto que cada cultura possui objetivos diferentes e proporcionam visões

e significados diversos para o termo. Ademais, ressalta que o que pode diferir é a clareza e o rigor na orientação dos aspectos éticos e dos objetivos da prática. Enquanto no budismo a prática é realizada com a obediência às condutas éticas e os objetivos são a extinção do sofrimento, o alcance da liberação final e da felicidade transcendente, nas práticas contemporâneas e ocidentais a orientação do comportamento ético é mais relacionado com o próprio indivíduo, por meio das posturas citadas por Kabat-Zinn, para o respeito e confidencialidade com o próprio grupo, tendo por objetivo um melhor relacionamento com os sintomas de estresse, alívio do sofrimento, autorregulação e auto-compreensão.

Devido às origens budistas, o desenvolvimento de *mindfulness* está diretamente ligado às práticas e técnicas de meditação (RAPGAY; BYSTRISKY, 2009) e por esse motivo sofre algumas críticas no contexto ocidental (HAYES; FELDMAN, 2004). Portanto, tornar-se relevante ressaltar que *mindfulness* não é o mesmo que meditação, mas um estado ou característica da mente humana, sendo a meditação uma das técnicas mais utilizadas para obter essa característica. Níveis elevados de habilidades *mindfulness* podem ser atingidos sem meditar, e nem todos os tipos de meditação desenvolvem a característica que as meditações *mindfulness* desenvolvem. (DEMARZO; CAMPAYO, 2015).

Considerando os vários tipos de meditações existentes na cultura budista e o que caracteriza as meditações *mindfulness* no contexto ocidental, destaca-se que nas tradições budistas os métodos de meditações são divididos em dois sistemas: um voltado para atingir a concentração e serenidade, e outro voltado para o desenvolvimento de compreensão e *insight*¹ (HIRAYAMA, 2014). Paralelamente, no contexto ocidental de pesquisas ligadas à área médica e a psicoterápica, estão duas categorias de meditação. Uma conhecida como meditação de atenção focada ou de concentração, que visa direcionar a atenção para um objeto específico podendo ser interno ou externo à pessoa, como um único local no corpo ou um som. E outra de meditação de monitoramento aberto, ou meditação *mindfulness*, que tem por objetivo ampliar a atenção para a observação não reativa de qualquer objeto que apareça à consciência (GERMER; SIEGEL; FULTON, 2016).

Germer, Siegel e Fulton (2016) enfatizam ainda que dentro da cultura budista, considerando a linguagem Pali, a característica única da meditação *mindfulness* é o

¹ O termo é usado pelo autor no sentido descrito por (GERMER; SIEGEL; FULTON (2016) como uma

monitoramento aberto. Entretanto, a expressão *mindfulness* como vem sendo usada na cultura ocidental e nos programas baseados em *mindfulness* abrange características dos dois tipos de meditações: atenção focada e monitoramento aberto.

No entanto, mesmo com a diversidade metodológica e de objetivos presentes nesses dois tipos de meditações, existe na literatura demonstrações de que essas práticas nas tradições budistas se interrelacionam e oferecem suporte uma a outra (HIRAYAMA, 2014). Lutz et al. (2008), por exemplo, não as consideram como opostas, mas complementares, para o desenvolvimento de habilidades *mindfulness*, e ressaltam que durante as práticas, principalmente nas iniciais, é comum as orientações serem direcionadas para uma meditação mais focada na atenção, como ocorre com a prática de *mindfulness* na respiração e no escaneamento corporal (*body scan*²), em que a atenção é direcionada para a respiração e para as partes do corpo, respectivamente, e posteriormente com a mente mais calma e concentrada, orienta-se o praticante a expandir sua atenção para as sensações do corpo, pensamento, emoções e outros eventos psicológicos que possam surgir à consciência, realizando a meditação de monitoramento aberto. Embora ambas as meditações compartilhem de um controle da atenção, o importante é a atitude que as pessoas são instruídas a trazerem para esse controle da atenção que é a de não julgamento e aceitação (LUTZ et al., 2008).

Chiesa e Malinowski (2011) afirmaram que frequentemente *mindfulness* e outras práticas de meditação são resumidas ao termo “práticas contemplativas”, fato que os autores consideram controverso no que se refere à meditação *mindfulness*, pois o termo contemplação sugere um compromisso ativo com um conteúdo específico de pensamento ou experiência, enquanto *mindfulness* enfatiza o não engajamento com conteúdos específicos. No entanto, ao considerar a abrangência da terminologia, a complexidade, a diversidade e, às vezes, a confusão das construções para deixar o termo mais compreensível, destacam a impossibilidade de capturar todo o espectro de significados com uma definição simples.

Partindo dessa perspectiva, Germer, Siegel e Fulton (2015, p. 5) enfatizam que a palavra *mindfulness* pode ser usada para descrever um “*construto* teórico (a ideia de *mindfulness*), *exercícios* para cultivar *mindfulness* (como a meditação) ou *processos* psicológicos (mecanismos de ação na mente e no cérebro)”. Keng, Smoski e Robins

² Essa prática consiste em manter a atenção no momento presente por meio observação das sensações de cada parte do corpo, que são analisadas em detalhes e progressivamente, mantendo uma atitude de abertura e aceitação frente ao que surgir, conforme Kabat-Zinn (1990).

(2011) afirmaram que embora alguns pesquisadores foquem quase exclusivamente os aspectos da atenção plena, a maioria segue o modelo de Bishop et al. (2004), descrito anteriormente, que propôs que a meditação *mindfulness* engloba os componentes da autorregulação, da atenção e da adoção de uma determinada orientação em direção às experiências.

Vandenberghe e Sousa (2006) apontam que a proposta da prática de meditação *mindfulness* é promover uma maneira mais flexível de lidar com os eventos do momento, sem modos rígidos e limitados de reagir ao ambiente. Grabovac, Lau e Willett (2011) enfatizaram que essa forma de reagir possibilita uma maior compreensão de que os processos internos (ou mais especificamente os eventos psicológicos como sentimentos, pensamentos, lembranças) são passageiros; a falta de consciência acerca do automatismo com que se reage a eles leva ao sofrimento e esses processos não refletem o que a pessoa é. Para Leahy, Tirch e Napolitano (2013, p. 111) “o treinamento da atenção plena visa fomentar um estado de abertura para experimentar as emoções de forma completa, ficar em contato com o presente e sem apresentar reatividade comportamental intensa.”

Segundo Kabat-Zinn (1990) e Hayes e Fedman (2004), os dois elementos fundamentais da atenção plena, ou seja, a consciência e a aceitação sem julgamento da experiência de momento a momento, são considerados como antídotos potencialmente eficazes contra formas comuns de tensão psicológica – ruminação, ansiedade, preocupação, medo, raiva e assim por diante – muitos dos quais envolvem as tendências para evitar, suprimir ou envolver-se excessivamente com os pensamentos e as emoções angustiantes.

Embora promovido há pelos menos 2.550 anos em práticas budistas e outras tradições espirituais, a aplicação de meditações *mindfulness* para saúde psicológica em contextos de saúde mental e medicina ocidental é um fenômeno recente (KENG; SMOSKI; ROBINS, 2011). O marco mais importante para a integração das práticas de meditações *mindfulness* em contextos médicos e científicos foi a fundação, em 1979, do Centro de *Mindfulness*, na Universidade de Massachussets (EUA), por Jon Kabat-Zinn, que desenhou o programa pioneiro *Mindfulness-Based Stress Reductions (MBSR)*, que pode ser traduzido para Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (CAMPAYO, 2008; DEMARZO; CAMPAYO, 2015; KABAT-ZINN, 1990).

Desde a criação do MBSR, várias outras intervenções também foram desenvolvidas utilizando princípios relacionados com práticas de *mindfulness* incluindo

a *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*, traduzido ao português para Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness, de Segal, Williams e Teasdale (2002), *Dialectical Behavioral Therapy (DBT)*, de Linehan, 1993, traduzida para Terapia Comportamental Dialética e *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* de Hayes, Strosahl e Wilson, 1999, traduzida para o português como Terapia de Aceitação e Compromisso.

Baer (2003) sugere que as intervenções baseadas em *mindfulness* são clinicamente eficazes, porém, afirma que as pesquisas na área devem ser melhor projetadas quanto ao aspecto metodológico para uma obtenção consistente dos benefícios dessa prática. Kabat-Zinn (2003) ressalta que devido à incorporação crescente de intervenções baseadas em *mindfulness* na área médica e psicológica é de suma importância que esses profissionais compreendam os fatores associados ao funcionamento das intervenções baseadas em *mindfulness*, bem como suas características e possíveis armadilhas, tanto a nível conceitual quanto de prática.

Partindo dessa perspectiva, Shapiro et al. (2006) realizaram um estudo visando construir uma compreensão mais precisa dos mecanismos primários de ação envolvidos na prática de *mindfulness*, na tentativa de responder ao seguinte questionamento: Como *mindfulness* funciona? E verificar se e como *mindfulness* leva às mudanças positivas encontradas nas pesquisas.

A fim de investigar e explicar os mecanismos de ação das meditações *mindfulness* responsáveis pelas características de mudança, os autores refletiram sobre os principais componentes da prática, embasados na definição de Kabat-Zinn (2005, p. 8) em que *mindfulness* é descrito como “prestar atenção de forma particular, com propósito, no momento presente e sem julgamento” e propuseram três componentes (axiomas) da atenção plena:

- a) Intenção (I) – “com propósito”: é a visão pessoal do praticante que define por que ele está praticando. Muitas vezes essa visão é dinâmica e em evolução e permite ao praticante desenvolver-se com uma visão, consciência e prática de aprofundamento.
- b) Atenção (A) – “prestando atenção”: consiste em observar as operações que acontecem com o próprio indivíduo e externas a ele, em uma determinada experiência momento a momento, sem interpretá-las.
- c) Atitude (A) – “de forma particular”: refere-se à maneira como o indivíduo presta atenção à sua própria experiência e quais atitudes toma diante dessa observação. Através da intencionalidade de trazer as atitudes de paciência, compaixão e não

“lutar” para a prática de atenção plena, se desenvolve a capacidade de não se esforçar continuamente para alcançar experiências agradáveis, ou afastar-se das experiências desagradáveis. O contrário pode resultar na prática que é condenar ou julgar as experiências.

Enfatiza-se que Bishop et al. (2004) também incluem na sua operacionalização do conceito de *mindfulness* o componente atitude, quando se referem à característica de ter uma orientação para a experiência presente: marcada pela curiosidade, abertura e aceitação da realidade dos acontecimentos.

Shapiro et al. (2006, p. 375) destacam que “intenção, atenção e atitude não são processos separados ou estágios – são aspectos interligados de um único processo cíclico e ocorrem simultaneamente”. Os autores sugeriram que os três axiomas, IAA, são os componentes fundamentais da atenção plena e baseados nesses componentes propuseram um modelo dos mecanismos potenciais, que sugere que intencionalmente (I), atentar (A) com abertura e não julgamento (A) leva a uma mudança significativa na forma de interpretar as experiências. Os autores denominaram esse processo de “*reperceiving*” ou no português “nova forma de interpretar” como um meta-mecanismo de ação, que direciona e envolve mecanismos adicionais que levam a mudanças e resultados positivos. Shapiro et al. (2006) enfatizam que “*reperceiving*” é desenvolvido pela prática de meditação *mindfulness*, e é capaz de ajudar os indivíduos a não se identificarem com pensamentos, sentimentos, auto-conceito, memórias e observar a sua experiência de momento a momento com maior clareza e objetividade. Complementam que “na medida que somos capazes de observar o conteúdo da consciência, já não estamos completamente incorporados ou fundidos com tal conteúdo” (p. 378). Por exemplo, em situações de dor, medo ou depressão, uma mudança de perspectiva, permite a não identificação com pensamentos, emoções e sensações corporais que surgem decorrente dessa situação e simplesmente estar com eles ao invés de ser definida ou controlada por eles. Dessa forma, há uma profunda mudança na relação com pensamentos e emoções e o resultado é maior clareza, perspectiva, objetividade e, finalmente, equanimidade (SHAPIRO et al., 2006). Esse processo é semelhante ao conceito de desfusão cognitiva proposto por Hayes, Strosahl e Wilson (1999) na ACT, em que a ênfase está em mudar a relação com os pensamentos, ao invés de tentar alterar o conteúdo do pensamento em si.

De acordo com Shapiro et al. (2006), os mecanismos adicionais, resultante do desenvolvimento dessa “nova perspectiva/interpretação” são:

- a) Autorregulação e auto-gestão: consiste em tornar, por meio da intenção de cultivar a atenção sem julgamentos e aceitação, o indivíduo menos controlado por emoções e pensamentos particulares que surgem e por sua vez, menos propenso a reagir de forma automática a eles. Por exemplo, se a ansiedade surge, e se há um forte controle desse estado emocional, haverá maior tendência para reagir à ansiedade e posteriormente regulá-lo por algum comportamento, como beber, fumar ou comer demais. Por meio de “*reperceiving*” a ansiedade é vista apenas como um estado emocional impermanente que surge e desaparece com o tempo, ajudando o indivíduo a ter uma gama mais ampla e adaptável de habilidades de enfrentamento.
- b) Clarificação de valores: desenvolve a habilidade de refletir sobre os valores pessoais com mais objetividade e escolher os mais significativos para si. Por meio de uma consciência aberta e intencional pode-se escolher os comportamentos que são congruentes com as necessidades, interesses e valores pessoais.
- c) Flexibilidade cognitiva, emocional e comportamental: aumenta a capacidade de observar as experiências como uma atividade sempre mutável e assim permite ver mais claramente os conteúdos psicológicos, que por sua vez promove maior flexibilidade e menos reatividade automática. Possibilita, deste modo, que o indivíduo veja a situação atual tal qual ela acontece no momento, e a responder de acordo com ela, em vez de reagir com pensamentos, emoções ou comportamentos desencadeados por experiências ou hábitos anteriores.
- d) Exposição: o indivíduo aprende por meio da exposição direta às suas emoções, pensamentos ou sensações corporais que elas não são tão esmagadoras ou assustadoras, e que não precisam ser temidas ou evitadas. O que conduz, eventualmente, à extinção das respostas de medo e evitação.

O estudo de Holzel (2011) também identificou alguns mecanismos de ação da prática de meditação *mindfulness* que promovem mudança psicológica, bem-estar físico e mental, além de modificar a estrutura cerebral, descritos como: a) aumento da atenção: capacidade de ficar mais tempo atento ao que se está fazendo, sem pensar em outras coisas e assim ficar mais consciente de suas ações, pensamentos e sentimentos; b) aumento da consciência corporal: adquirida pelo foco colocado nas experiências e sensações corporais, por meio de práticas de meditação *mindfulness* em movimento,

andando, na respiração e *body scan*; c) regulação das emoções: habilidade que o indivíduo desenvolve por meio da observação clara dos conteúdos psicológicos, sem julgamento e aceitação que permite a não identificação com tais conteúdos e conseqüentemente uma menor reatividade a eles; d) desenvolvimento metacognitivo: capacidade adquirida de analisar e perceber como funciona nossa “mente” e assim adquirir a habilidade de não se identificar com os fenômenos psicológicos, encarando-os como inevitáveis, fora de nosso controle, irrealis e impermanentes; e mudança de perspectiva do “eu”: em que o indivíduo aprende a parar o diálogo interno, não relacionando as experiências que acontecem no momento presente com sua história de vida, e a visão construída sobre si mesmo e a probabilidade de acontecimentos futuros. Diante do exposto acerca do que é *mindfulness*, suas definições, características e mecanismos de atuação (KABAT-ZINN, 1990; SEGAL et al., 2002), a fundamentação segue com as descrições dos princípios e características da TCC, que consiste em mais um dos alicerces para os objetivos da presente pesquisa.

2.2 Terapia cognitivo-comportamental (TCC): princípios e características

O modelo cognitivo de Aaron Beck – o qual essa pesquisa se deterá –, desenvolvido na década de 60, propôs que os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do seu futuro, o que denominou de tríade cognitiva (BECK et al., 1997).

Knapp e Beck (2008) e Judith Beck (1997) afirmam que o modelo cognitivo de Beck foi direcionado para depressão, sendo uma psicoterapia breve, com o objetivo de resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais. Knapp e Beck (2008) ressaltam que várias abordagens influenciaram o embasamento teórico da Terapia Cognitiva, e embora existam diferenças consideráveis entre as diversas correntes quanto aos princípios e procedimentos, devido seus idealizadores terem diferentes fundamentos teóricos, elas compartilham bases comuns.

Para Dobson e Dozois (2001/2010) três proposições, ou princípios, fundamentais definem as características que estão no cerne das TCCs: primeira, que a atividade cognitiva influencia o comportamento; segunda, que a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e terceira, que o comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva.

O modelo cognitivo de Beck enfatiza especialmente a influência negativa do modo distorcido de perceber os acontecimentos, bem como as avaliações cognitivas irrealistas desses fatos sobre os afetos e o comportamento do indivíduo, propondo que os transtornos psicológicos decorrem dessas percepções distorcidas ou disfuncionais de estruturar a realidade (BECK et al., 1997). Esse modelo propõe ainda a existência de uma interação recíproca entre pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente, podendo as emoções influenciarem os processos cognitivos e os comportamentos influenciarem a avaliação de uma dada situação pela modificação da própria situação ou por evocar respostas de outras pessoas. Todos esses aspectos modificam-se e interagem entre si, criando um sistema dinâmico, complexo e independente do ponto onde o ciclo começou. Assim, a cognição tem papel importante e é o foco fundamental para a intervenção (J. BECK, 1997).

Um componente fundamental no modelo cognitivo de Beck é o conceito de esquema – presente na estrutura organizacional do pensamento. De acordo com Beck et al. (1997) o indivíduo nas suas interações volta-se seletivamente para estímulos específicos, combina-os num padrão e conceitualiza a situação. Os autores enfatizam ainda que “padrões cognitivos relativamente estáveis formam a base da regularidade nas interpretações de conjuntos específicos de situações. O termo ‘esquema’ designa esses padrões cognitivos estáveis” (p. 26), assim quando uma pessoa se depara com uma circunstância particular, um esquema relacionado àquela circunstância é ativado, sendo o esquema a base para a ativação dos dados em cognições, influenciando dessa maneira, a diferenciação e codificação dos estímulos com que se confronta o indivíduo, que categoriza e avalia suas experiências conforme a sua matriz de esquemas (BECK et al., 1997).

Dattilio e Freeman (1995) afirmam que os esquemas são derivados da acumulação do aprendizado e experiências do indivíduo e que podem ser deduzidos dos pensamentos automáticos e dos comportamentos. Conforme Beck et al. (2005), os esquemas são os responsáveis pelo processamento de informação, sendo eles que respondem desde a recepção dos estímulos até a resposta comportamental final. Esses autores estabelecem a distinção entre estruturas e conteúdos cognitivos, segundo os quais as estruturas correspondem aos esquemas e os conteúdos às crenças, sendo os conteúdos os verdadeiros responsáveis por produzir afetos, pensamentos e comportamentos correspondentes.

Greenberger e Padesky (1999) afirmam que a TCC identifica e trabalha três níveis de cognições: pensamentos automáticos (PAs), crenças intermediárias e crenças nucleares. Os PAs são espontâneos e ocorrem a partir de acontecimentos do dia a dia. Geralmente não são percebidos conscientemente, pois aparecem de forma rápida e involuntária, mas podem ser identificados após um treinamento adequado. Podem surgir sob a forma de palavras (p. ex., “Serei despedido”), de imagem (p. ex., ter se visto como uma indigente, empurrando uma carroça) ou recordações (lembrar de ter apanhado na mão com a régua de sua professora da quinta série ao cometer um erro). Os PAs têm um papel importante na psicopatologia porque influenciam tanto as emoções como as ações do indivíduo em resposta aos eventos da vida e também são conhecidos por apresentar diversas distorções cognitivas.

Segundo Beck et al. (1997), essas distorções são consideradas erros sistemáticos no pensamento, e contribuem para aumentar a crença na validade das interpretações negativistas a despeito de evidências contraditórias, promovendo assim um processamento falho de informações e, conseqüentemente, o desenvolvimento de quadros psicopatológicos. De acordo com Beck et al. (1997) e J. Beck (1997) as distorções cognitivas mais comuns são:

1) Inferência arbitrária/leitura mental: tirar conclusões, sem evidências, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Ex: “Ele está pensando que eu não sei nada sobre esse projeto”.

2) Abstração seletiva: consiste em focalizar detalhes extraídos do contexto, ignorando outras características mais salientes da situação e conceitualizando a experiência total com base nesse fragmento. Ex: “Porque eu tirei uma nota baixa na minha avaliação, que também continha várias outras notas altas, eu estou fazendo um trabalho deplorável”.

3) Hipergeneralização: refere-se ao padrão de extrair uma regra geral ou conclusão com base em um ou mais incidentes isolados e aplicá-la em amplas situações relacionadas ou não. Ex: “Porque eu não me dei bem no encontro, eu não tenho o que é necessário para fazer amigos”.

4) Maximização e minimização: quando o indivíduo se auto-avalia, avalia outra pessoa ou uma situação, aumentando irracionalmente o aspecto negativo e/ou minimizando o aspecto positivo. Ex: “Tirar uma nota baixa na prova mostra o quanto eu sou um fracasso”; “Tirar uma nota alta na prova não significa que eu sou inteligente”.

5) Personalização: refere-se a uma forte tendência do paciente a relacionar eventos externos a ele próprio quando não há base para fazer tal conexão. Ex: “O encanador foi rude comigo porque eu fiz algo errado”.

6) Pensamento dicotômico, absolutista: é manifestado em uma tendência a classificar todas as experiências em uma de duas categorias opostas. Ex: “Se eu não sou um sucesso total, eu sou um fracasso”.

7) Catastrofização: refere-se a prever o futuro negativamente sem considerar outros resultados mais prováveis. Ex: “Eu ficarei tão aborrecida que não serei capaz de agir direito”.

8) Desqualificando ou desconsiderando o positivo: quando não são consideradas qualidades e experiências positivas, que conflituam com a visão negativa, por não contarem ou serem consideradas triviais. Ex: “Eu fiz bem aquele projeto, mas isso não significa que eu seja competente; eu apenas tive sorte”.

9) Argumentação/raciocínio emocional: quando se pensa que algo deve ser verdade só porque “sente” que seja (na realidade, acredita) nisso de maneira tão convincente que acaba por ignorar ou desconsiderar evidências contrárias. Ex: “Eu sei que eu ainda faço muitas coisas certa no trabalho, mas eu ainda me sinto como se eu fosse um fracasso”.

10) Rotulação: quando se coloca um rótulo global e fixo em si mesmo, nos outros ou em uma situação, sem considerar que as evidências poderiam ser razoavelmente conduzidas a uma conclusão menos desastrosa. Ex: “Eu sou um perdedor”, “Ele não presta”.

11) Declarações do tipo “deveria” (imperativos): quando se desenvolve uma ideia exata de como as coisas, os outros ou a própria pessoa deveriam ser ou se comportar, em vez de considerar como as coisas são e ainda superestimar quão ruim é o fato das expectativas não serem correspondidas. Ex: “É terrível que eu tenha cometido um erro. Eu deveria sempre dar o melhor de mim”.

Assim, as intervenções terapêuticas da TCC visam auxiliar o paciente a detectar os pensamentos disfuncionais e a corrigir as distorções cognitivas presentes nesses pensamentos, e em seguida desenvolver pensamentos mais realistas (BECK, et al., 1997).

As crenças intermediárias são atitudes, regras e suposições que o indivíduo adota e que guiam sua conduta. Essas crenças influenciam sua visão de uma situação, o que, por sua vez, influencia como ele pensa, sente e se comporta. Elas estão presentes

na maioria das situações, aparecendo geralmente sob a forma de pressupostos e regras (J. BECK, 1997). Os pressupostos caracterizam-se por apresentar um estilo condicional de pensamento do tipo “Se... então” (p. ex., “Se as pessoas me conhecerem mais profundamente, então irão me rejeitar”). As regras são usualmente expressas na forma de declarações relacionadas a dever, do tipo: “tenho que”, “devo” (p. ex., “Eu tenho que me mostrar tranquilo e seguro ao conversar com as pessoas) (BECK, 1997). O autor afirma que as crenças intermediárias refletem ideias ou entendimentos mais profundos e são mais resistentes à mudança que os pensamentos automáticos, constituindo-se em uma forma que o indivíduo encontra para reduzir o sofrimento provocado pela crença central.

As crenças centrais são mais abstratas e gerais, consistindo no nível mais aprofundado de representação dos pensamentos e são compostas por ideias rígidas, gerais e absolutistas que um indivíduo tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo (J. BECK, 1997). Essas crenças desenvolvem-se na infância e se fortalecem ao longo da vida, influenciando a percepção e a interpretação dos eventos, e contribuindo para o desenvolvimento de padrões rígidos de ser ou agir, mesmo diante de experiências que as desconfirmem (BECK, 1997; GREENBERGER; PADESKY,1999). De acordo com Beck (1997) as crenças centrais, as crenças intermediárias e os pensamentos automáticos estão interligados no funcionamento cognitivo de uma pessoa com transtorno psicológico. Assim, uma crença central dá origem a suposições e regras, e torna as pessoas mais propensas a terem pensamentos automáticos disfuncionais nas situações em que precisam ter algum desempenho.

O processo terapêutico busca produzir mudanças nos pensamentos e no sistema de crenças do paciente, com o propósito de promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras (BECK et al., 1997). As técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar a veracidade do pensamento em situações concretas e corrigir conceituações, distorções e crenças disfuncionais subjacentes a essas cognições. O paciente aprende a dominar problemas e situações anteriormente consideradas insuperáveis, através da reavaliação e correção de seu pensamento. O terapeuta cognitivista ajuda o paciente a pensar e agir mais realística e adaptativamente com respeito a seus problemas psicológicos, reduzindo os sintomas (BECK et al., 1997). Segundo os autores, essa abordagem de intervenção insiste em experiências de aprendizagem altamente específicas, destinadas a ensinar ao paciente as seguintes operações: a) observar e controlar seus pensamentos negativos automáticos; b)

reconhecer os vínculos entre a cognição, o afeto e o comportamento; c) examinar as evidências a favor e contra seus pensamentos automáticos distorcidos; d) substituir as cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real; e e) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predispõe a distorcer suas experiências.

As primeiras sessões focalizam-se na conceitualização, socialização e adesão ao tratamento. A conceitualização é a formulação do caso, embasada na concepção cognitiva dos transtornos emocionais do paciente, a qual requer primeiramente uma avaliação inicial detalhada dos problemas por ele manifesto, que auxiliará o terapeuta e o paciente na obtenção de uma concepção mais ampla e profunda dos mecanismos cognitivos e comportamentais do paciente, além de auxiliá-lo nas escolhas das intervenções terapêuticas e tarefas a serem realizadas (BECK, 1997). O autor afirma ainda que o processo de socialização envolve educar o paciente em relação à Terapia Cognitiva, discutir o seu papel no tratamento, fornecer explicações sobre o seu transtorno e apresentar a conceitualização do caso. Posteriormente, o terapeuta focaliza-se no desenvolvimento das habilidades do paciente para identificar e modificar os pensamentos automáticos responsáveis pela manifestação de emoções negativas e comportamentos desadaptados (FREEMAN, 1998).

À medida que o paciente for capaz de identificar e relacionar situações, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, este é orientado no sentido de avaliar e modificar seus pensamentos negativos. Para isso, o terapeuta se utiliza do questionamento socrático, que consiste em uma série de perguntas sistematizadas, abertas e orientadas para a descoberta da veracidade dos pensamentos, que estimulam o paciente a refletir sobre suas hipóteses distorcidas, influenciadas por seus significados idiossincráticos, explorando as evidências que as confirmam ou desconfirmam, chegando a uma hipótese mais realista ou explicações alternativas que podem ser formuladas (BECK, 1997).

Beck et al. (1997) ressaltam que além de ser um instrumento poderoso e importante para identificar, considerar e corrigir cognições e crenças, o questionamento socrático pode ser utilizado para alcançar outros objetivos como: a) adquirir uma visão global da situação de vida atual do paciente, seus fatores de tensão e rede de apoio social; b) ajudar na formação de uma ideia geral sobre a natureza do problema psicológico do paciente; c) contribuir para traduzir queixas vagas e abstratas em problemas distintos e mais concretos; d) auxiliar o paciente a trazer informações à

consciência; e) promover o aprendizado do paciente, orientando-o a utilizar o método na resolução de seus problemas.

Por meio do questionamento socrático o paciente consegue realizar a reestruturação cognitiva, dito de outra maneira, a desenvolver um novo pensamento mais realista para as situações, utilizando as etapas anteriormente mencionadas. Considerando que a aquisição dessas habilidades requer treinamento, o paciente é orientado a aplicar o que aprende nas sessões às suas experiências diárias. Assim, é ensinado a escrever em um registro apropriado, denominado de Registro Diário de Pensamento (RDP), sempre que experimentar mudança significativa de humor, a situação na qual ocorreu a mudança de humor, o pensamento automático negativo (especificando o nível de crença de 0 a 100%) e o tipo de emoção (especificando a intensidade de 0 a 100%) e em seguida a fazer a reestruturação cognitiva do pensamento negativo, tal como aprendeu na sessão. Esses diários são discutidos posteriormente nas sessões (BECK, 1997). Após desenvolver habilidades para identificar e reestruturar seus pensamentos automáticos, o paciente é orientado na modificação de crenças intermediárias e centrais, por meio de técnicas variadas: flecha descendente, análise de vantagens e desvantagens de manter as crenças disfuncionais, questionamento socrático, experimentos comportamentais, *continuum* cognitivo, *role-play*, reestruturação de memórias antigas, dentre outras (BECK, 1997). Finalmente, ainda de acordo com Beck (1997), estratégias para a prevenção de recaídas são implementadas, e incluem: aumentar o intervalo entre as sessões de uma vez por semana para uma vez a cada duas semanas e, depois uma vez a cada três ou quatro semanas, além do uso de técnicas cognitivas e comportamentais para preparar o cliente para a ocorrência de retrocessos, de modo a que procure resolver suas dificuldades antes de chamar o terapeuta.

Segundo Beck (1997), a Terapia Cognitiva faz uso de estratégias comportamentais para se alcançar uma mudança cognitiva. Essas estratégias podem ocorrer nas formas de exposição e de experimentos comportamentais. Nas técnicas de exposição os clientes são expostos a estímulos temidos tanto internos (sensações físicas e pensamentos desconfortáveis) quanto externos (situações temidas). E são importantes para eliciar pensamentos automáticos e para desafiar crenças e pensamentos automáticos negativos (WELLS, 1997). Os experimentos comportamentais são utilizados para trabalhar diversas demandas presentes nos quadros clínicos dos pacientes, como: a socialização, que proporciona uma maneira de demonstrar os princípios da formulação cognitiva, que relaciona pensamentos, emoções e

comportamentos, por exemplo: um paciente com pânico pode ser orientado a prestar atenção em partes do seu corpo como uma forma de entender o efeito do pensamento sobre a percepção de sintomas; a reatribuição, quando usada para desafiar crenças disfuncionais, acumulando e assimilando dados para modificação de crenças; e a modificação do afeto, quando usada para prover alívio temporário de sintomas e interromper ciclos cognitivos, afetivo e comportamentais que interferem no engajamento do tratamento, como por exemplo: o planejamento de atividades em casos de depressão pode ser utilizado para demonstrar como a modificação do comportamento e a distração de pensamentos negativos podem afetar o humor (BECK, 1997; WELLS, 1997). Dobson e Dozois (2001/2010) afirmam que nos planos de tratamento da TCC a mediação cognitiva é sempre um componente importante e necessário de ser demonstrado, sendo a mudança cognitiva e comportamental os dois principais indicadores de melhora terapêutica.

Diante do exposto, observa-se que alguns elementos fazem parte da fundamentação lógico teórico da TCC, e devem ser considerados nas suas intervenções terapêuticas para resultados mais eficazes e duradouros.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Discutir como os fundamentos teóricos do MBSR e da TCC são integrados no MBCT, bem como possíveis razões e implicações da inclusão de estratégias *mindfulness* na TCC.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais estratégias de intervenção do MBSR e do MBCT;
- Descrever o modo como os conteúdos cognitivos são trabalhados no MBSR, no MBCT e na TCC;
- Comparar as estratégias de intervenção do MBCT e TCC;
- Identificar as principais implicações da inclusão de estratégias *mindfulness* para a TCC.

4 MÉTODO

A presente pesquisa foi exploratória, do tipo teórica. Considerada segundo a *American Psychological Association* (APA) (2012), como o tipo de pesquisa em que os

autores utilizam-se da literatura existente para aperfeiçoar a teoria, por meio de um estudo aprofundado para expandir e refinar seus construtos, para apresentar uma nova teoria ou para analisar falhas e vantagens de uma teoria sobre outra. No caso dessa pesquisa foi realizada a análise da integração de meditações *mindfulness* às estratégias de TCC, no programa MBCT, por meio da comparação das bases teórico-filosóficas de ambas as propostas de intervenção.

4.1 Materiais

Para a realização dessa pesquisa foram utilizados artigos disponibilizados na internet, livros e capítulos de livros sobre a temática.

4.2 Procedimentos

4.2.1 Coleta de dados

Esses materiais foram obtidos por meio do uso de ferramentas como as Bibliotecas Digitais de base internacional: Medline, Psycinfo, Lilacs, PsycNet e de base nacional: Scielo, Google acadêmico e livros de referência sobre a temática. Na busca online foram utilizadas as palavras chaves: *mindfulness*, *cognitive-behavioral therapy*, *mindfulness based cognitive therapy*, *mindfulness based stress reductions*.

4.2.2 Seleção do material

Alguns critérios foram utilizados para selecionar o material da pesquisa. Para isso foram definidos como critérios de inclusão, os materiais que: 1) comparassem TCC tradicional com Terapia Cognitiva baseada em *mindfulness*; 2) descrevessem os procedimentos de intervenção do programa MBCT; 3) fossem estudos de grupo controle envolvendo TCC e *mindfulness*; 4) descrevessem os procedimentos do programa original MBSR; 5) definissem conceitos e características das meditações *mindfulness*. Como critérios de exclusão, foram delimitados os seguintes: 1) validação psicométrica de escalas de *mindfulness*; 2) utilização de estratégias de *mindfulness* envolvendo abordagens diferentes da TCC e do MBCT; 3) outras abordagens aplicadas à temática, como estudos farmacológicos e de alteração neurobiológica.

Os idiomas definidos para a seleção do material foram inglês, português e espanhol. Como a pesquisa foi teórica, não houve restrição quanto ao ano na seleção dos

materiais, justamente, por haver necessidade de usar artigos clássicos para fundamentar a pesquisa.

4.2.3 Análise dos dados

Após a seleção, a análise do material foi realizada em três etapas. Inicialmente, fez-se uma leitura exploratória para verificar em que medida a obra consultada interessava à pesquisa, por meio do exame do resumo, introdução e/ou conclusão. Esse processo serviu tanto como crivo para seleção, quanto para analisar o material.

Na segunda etapa foram elaboradas fichas para registrar os dados encontrados, os comentários e as ideias contidas na obra, e ainda construídos quadros comparativos entre as intervenções analisadas para destacar as informações mais relevantes.

Por fim, na terceira etapa, os dados analisados foram organizados e divididos entre os que fundamentavam as bases teóricas de *mindfulness* e da TCC, e os que caracterizavam os programas MBSR e MBCT. Em seguida, quando já se havia familiaridade com cada fundamentação teórica, foi realizada uma comparação entre os modelos teóricos de *mindfulness* e TCC. Para isso, foram comparadas quatro concepções: cognição, comportamento, ambiente e visão de patologia. A delimitação dessas concepções foi motivada tanto pela percepção delas estarem presentes nas discussões de diversos modelos teóricos, como por servir de base para nortear as intervenções terapêuticas, dependendo da visão e importância atribuída a elas por cada modelo teórico. Além de serem aspectos que contribuem para esclarecer o foco das intervenções na TCC e nos programas MBSR e MBCT.

A fim de ampliar a comparação, a análise comparativa incluiu também as intervenções da TCC e MBCT, por meio da análise de trechos de sessão.

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados será feita em três tópicos e seguirá a sequência dos objetivos da pesquisa. Desse modo, no primeiro e no segundo tópico serão descritos

os fundamentos e as principais estratégias de intervenção dos programas MBSR e MBCT, respectivamente. No terceiro tópico, será realizada a comparação teórica entre TCC e os programas MBSR e MBCT, por meio da análise das concepções de cognição, comportamento, ambiente e visão de patologia, bem como de seus processos de intervenção.

5.1 MBSR: princípios, estrutura e características

Segundo Kabat-Zinn (2011), o MBSR é um programa de intervenção originalmente desenvolvido para auxiliar no tratamento da dor crônica e doenças relacionadas ao estresse, com o objetivo de ajudar os pacientes a melhorar sua relação com a dor e o estresse e, conseqüentemente, obter uma melhor qualidade de vida, e não reduzir diretamente a dor e os problemas que provocam o estresse. Kabat-Zinn (2011) enfatiza que o MBSR consiste em um complemento ao tratamento médico e não um substituto deste. Logo, não consiste em um modelo psicoterapêutico.

O MBSR possui uma abordagem educacional sistemática centrada no paciente, faz uso de treinamentos relativamente intensivo em meditação *mindfulness* como núcleo de um programa para ensinar as pessoas a cuidar melhor de si e viver de maneira mais adaptativa e saudável (KABAT-ZINN, 1996, p.161 APUD SANTORELLI, 2014).

O protótipo do programa foi desenvolvido por Jon Kabat-Zinn, em 1979, para a Clínica de Redução de Estresse da Universidade de Massachusetts Medical Center, sendo esse o marco da inserção e aplicação do MBSR nos contextos de saúde mental e medicina ocidental (KABAT-ZINN, 1990).

Kabat-Zinn (2003) ressalta que o MBSR oferece uma abordagem prática, ao invés de uma intervenção de terapia de grupo convencional e, como tal, permite grupos numerosos, em torno de 15 a 40 participantes; é limitado no tempo, acontecendo em um período de oito semanas e baseia-se no desenvolvimento participativo do grupo, através do levantamento de diálogos orientados em torno da experiência direta dos próprios participantes e de suas intenções em cultivar e integrar em suas vidas as diversas práticas, abordagens e atitudes propostas pelo programa.

O núcleo desse programa é o ensino bem definido e sistemático do treino em meditações *mindfulness* para auxiliar as pessoas a compreender a influência mútua entre corpo e mente, levando-as ao desenvolvimento de maior consciência acerca dessa relação, tendo como ensinamento fundamental ajudá-las a perceber as reações

automáticas da mente, e trazê-la de volta às experiências do momento presente, principalmente, ao que está acontecendo no corpo naquele momento (KABAT-ZINN, 2003). Segundo Keng, Smoski e Robins (2011) a premissa do MBSR é que, com o treino contínuo em práticas de meditação *mindfulness*, indivíduos eventualmente vão aprender a ser menos reativos e críticos em direção às suas experiências e mais capazes de reconhecer e libertar habituais padrões de pensamento e comportamento disfuncionais.

Kabat-Zinn (2015) ressalta que esse modelo tem sido utilizado com sucesso e com modificações apropriadas em vários outros contextos, tais como escolas, prisões, programas de treinamento atlético e no ambiente de trabalho.

Segundo Kabat-Zinn (1996), apesar de o programa poder ser estruturado de diferentes maneiras, existem princípios fundamentais e aspectos do MBSR universalmente importantes a considerar em qualquer modelo e contexto de ensino. Entre eles estão:

- a) Tornar a experiência de meditação *mindfulness* um desafio, ao invés de mais uma tarefa a fazer para se ter uma vida saudável;
- b) Valorização da motivação e esforço individual para manter-se disciplinado na prática regular da meditação;
- c) Comprometimento com o tempo diário de meditação;
- d) Flexibilidade com a abordagem, pois embora o tempo de meditação diário seja importante, o essencial é a sinceridade com a realização da prática;
- e) Orientações voltadas para a educação e a aprendizagem da meditação *mindfulness*, ao invés de uma orientação terapêutica para o problema do participante;
- f) Possibilidade de participação de um público variado, sem segregação por diagnóstico e intervenções específicas.

A participação no programa é iniciada com a realização de uma sessão prévia de orientação um *workshop* em grupo com duração de duas horas e meia em que os candidatos conhecem mais sobre o MBSR, a prática de meditação *mindfulness*, e têm a oportunidade de esclarecer suas dúvidas, e caso decidam participar são convidados a definir três motivos que os levaram a inscrever-se. Antes da conclusão da sessão de orientação, instrutores reúnem-se brevemente com cada candidato para rever os formulários de avaliação, responder a perguntas individuais e tomar decisões de rastreio e determinações sobre a adequação do candidato para o grupo. Durante as oito semanas do programa são realizados, semanalmente, encontros presenciais de aproximadamente

duas horas e meia, em que os participantes são incentivados a praticar *mindfulness* e a envolver-se em uma combinação de exercícios formais e informais (KABAT-ZINN, 1990).

As práticas formais são maneiras de desenvolver a atenção plena através dos diversos modelos de meditação (meditação sentada, *body scan*, movimentos de yoga, e meditação caminhando³). Embora essas práticas sejam diferentes em termos de procedimentos, elas compartilham o mesmo objetivo de ensinar os participantes a se tornarem mais conscientes dos pensamentos e sentimentos e a mudarem sua relação com eles (KABAT-ZINN, 1990). O programa também propõe práticas informais que são maneiras de incluir a prática de *mindfulness* no cotidiano durante a realização de tarefas, tais como: comer, dirigir, escovar os dentes, manter um diálogo, visando desenvolver o treino de manter-se plenamente atento e presente (KABAT-ZINN, 1990; ROEMER; ORSILO, 2010). Além disso, faz parte da estrutura do MBSR a participação em um retiro em silêncio durante um dia inteiro que ocorre na sexta semana do programa, com duração de sete horas e meia, conhecido como o dia do silêncio (KABAT-ZINN, 1990).

Os participantes são solicitados a manter sua prática pessoal (formal e informal) nos dias em que não há encontro presencial, por um período de 45 minutos de prática formal e de 5 a 15 minutos de prática informal, seis dias por semana, durante toda a duração do programa (KABAT-ZINN, 1990).

De acordo com Kabat-Zinn (1990), o programa MBSR não é um protocolo rígido e as sessões permitem certa flexibilidade para o uso das práticas de *mindfulness*, podendo ser composto pelas seguintes sessões, descritas no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Sessões do programa MBSR

Sessão 1:	Entendendo o que é Mindfulness e saindo do Piloto Automático
Objetivo	Ajudar o participante a compreender o conceito de <i>mindfulness</i> , por meio da experiência, a perceber o funcionamento frequente do piloto automático e a explorar os benefícios de se manter consciente no momento presente.
Práticas	<i>Mindfulness</i> da uva-passas;

³ O leitor interessado em conhecer essas práticas pode ir ao anexo 1, onde encontrará a descrição das práticas conforme Demarzo e Campayo (2015).

	Escaneamento corporal. Práticas para casa: escaneamento corporal; fazer uma refeição de maneira <i>mindful</i> ; preencher o registro de práticas da semana, responder o desafio de 9 pontos.
Sessão 2	Mindfulness na Respiração
Objetivo	Auxiliar o participante a se conectar consigo mesmo e com as experiências do momento presente, usando a respiração como âncora.
Práticas	Escaneamento corporal; Meditação na posição sentada de 5-10 minutos com atenção plena na respiração. Dicas sobre as posturas na meditação e os desafios que aparecem durante a prática. Práticas para casa: escaneamento corporal; 5 minutos de meditação na respiração; realizar uma atividade rotineira (escovar os dentes) e preencher um diário de eventos prazerosos ocorridos na semana.
Sessão 3	Mindfulness na vida diária
Objetivo	Aumentar a percepção de atenção plena à vida diária e aprender meios de estabilizar a mente e concentrar atenção.
Práticas	<i>Mindfulness</i> da respiração; Meditação caminhando. Práticas para casa: manter a prática de atenção plena na respiração (10 minutos), escaneamento corporal, meditação caminhando (formal), realizar uma atividade rotineira (caminhada do dia a dia) e preencher o diário de eventos desagradáveis;
Sessão 4	Mindfulness e situações desafiadoras
Objetivo	Ensinar uma maneira diferente de se relacionar com emoções intensas e desagradáveis, sensações e pensamentos através, da permanência no momento presente.
Práticas	Meditação da Respiração, Sons, Pensamentos e Sensações; <i>Mindfulness</i> dos movimentos (HathaYoga). Discussão sobre o ciclo de reação ao estresse e as diversas maneiras de responder e reagir a ele. Práticas para casa: prática da meditação da respiração, sons, sensações e pensamentos, mesclar a prática de escaneamento corporal com a de <i>mindfulness</i> dos movimentos, preencher o diário de comunicações difíceis.
Sessão 5	Mindfulness e Aceitação
Objetivo	Ensinar a desenvolver uma atitude de aceitar as experiências como elas são, sem interferir, ou seja, sem exigir que se modifiquem ou sejam diferentes do que elas são.
Práticas	<i>Mindfulness</i> dos movimentos (HathaYoga); Meditação sentada de 3 minutos em pares: trabalhando com dificuldades. Exercício: leitura e discussão do poema de Rumi (“A casa de hóspedes”). Prática para casa: Meditação sentada de 3 minutos, manter a prática de <i>mindfulness</i> dos movimentos.
Sessão 6	Dia do Silêncio
Objetivo	Reconectar o participante consigo mesmo e com suas experiências de momento a momento, bem como proporcionar um momento de reflexão sobre suas intenções e continuidade com as práticas. Obs: os participantes entram, praticam e saem em silêncio (menos o instrutor).
Práticas	Meditação da Respiração, Sons, Pensamentos e Sensações; Meditação caminhando; <i>Mindfulness</i> dos movimentos (HathaYoga); Escaneamento corporal. Prática para casa: escolha livre da prática formal e realizar diálogos com atenção plena durante a semana.

Continua

Sessão 7	Mindfulness e escolha de vida
Objetivo	Incentivar os participantes a usarem as práticas de <i>mindfulness</i> como uma forma de autocuidado. Preparação para o término.

Práticas	<i>Mindfulness</i> dos movimentos (HathaYoga); Meditação sentada; Escaneamento corporal. Prática para casa: escolher uma prática formal de sua preferência.
Sessão 8	Mindfulness para a vida
Objetivo	Discutir o que foi aprendido e como manter no dia a dia.
Práticas	Meditação dos movimentos e meditação caminhando. Discutir com o grupo maneiras de incorporar uma prática regular de <i>mindfulness</i> , desafios, facilitadores. Meditação das pedras. Prática para casa: refletir sobre as propostas de práticas para a vida.

Fonte: Kabat-Zinn (1990).

O programa conta ainda com discussões em grupo ao final de cada encontro, quando são explorados os obstáculos presentes no desenvolvimento das habilidades *mindfulness* e da capacidade de autorregulação (KABAT-ZINN, 1990). O autor ressalta que durante esse período de discussão o instrutor deve aguçar sua capacidade de ouvir com atenção, sem julgamento e abster-se do impulso para dar conselhos e focar-se diretamente na realidade da experiência direta do participante, orientando-o a deixar de usar respostas formuladas quando confrontados com as experiências difíceis e desconfortáveis ocorridas durante as práticas. Essa estratégia é conhecida como *inquiry*. Além disso, o instrutor deve deixar claras as regras básicas de participação dos encontros, enfatizando uma combinação de responsabilidade individual, confidencialidade entre os membros do grupo e uma atmosfera de respeito e mútua descoberta.

Por se tratar de um programa de abordagem prática e educacional, Santorelli (2014) chama a atenção para o cuidado que se deve ter ao apresentar e discutir os aspectos formais e informais da prática de meditação *mindfulness*. O autor enfatiza que deve ser sempre explicitado os vocábulos da língua, os sistemas de crenças, dogmas e contextos culturais em que se originaram, bem como as instruções das práticas para o desenvolvimento sistemático da atenção plena. Incentivando a manutenção do foco primordial no cultivo das atitudes de atenção sem julgamento, sem esforço, momento-a-momento, por meio de um compromisso suave, mas persistente da prática diária (SANTORELLI, 2014).

Considerando a estrutura, método e as principais características do MBSR, algumas precauções e contraindicações para o uso do programa foram informalmente estabelecidas por Jon Kabat-Zinn em 1970, e posteriormente formalizadas em 1993 e 2014, levando em consideração o estilo de vida, questões psicológicas e atitudes dos candidatos, dentre elas estão: pessoas com baixa motivação, hipercríticas e com atitudes

opositoras, pacientes em quadro agudo de qualquer transtorno, em crise dissociativa, com deterioração cognitiva grave ou muito medicados. Demarzo e Campayo (2015) afirmam que devido a essas contraindicações e precauções é recomendável a indicação de uma avaliação clínica antes de participar de grupos de meditação *mindfulness*.

Apesar das restrições relacionadas anteriormente, Demarzo e Campayo (2015, p. 218) apontam que “não há nenhuma contraindicação absoluta para o uso *mindfulness*”, pois isso depende da experiência do profissional que medeia o grupo, em saber adaptar a prática de *mindfulness* à doença específica do participante.

Um programa de abordagem experiencial, como o MBSR, exige o engajamento na prática de atenção plena tanto por parte do instrutor quanto por parte dos participantes. Sobre essa exigência Demarzo e Campayo (2015, p. 222) salientam que:

Não basta ter conhecimentos teóricos de *mindfulness* ou ter participado de cursos de formação. Já está comprovado que, se o profissional não pratica *mindfulness* com regularidade, não poderá ensinar de forma adequada, pois não será capaz de responder as perguntas dos pacientes, em geral relacionadas à prática. Além disso, caso se trate de uma terapia, não será efetiva.

Esse compromisso pessoal por parte do instrutor serve de exemplo para os participantes observarem que as atitudes propostas nas práticas de meditação *mindfulness* são desenvolvidas com a prática constante e não algo que se “deveria ter”. Essas atitudes fundamentais estão conectadas umas às outras e incluem não realizar julgamentos sobre si ou sobre as situações, ter paciência, mente de principiante, confiança, não se esforçar, aceitação e deixar ir, conforme apresentadas na fundamentação (KABAT-ZINN, 1990).

Após a conclusão do programa, os instrutores oferecem aos participantes uma série de recomendações para promover a continuidade da prática de *mindfulness* e auxiliar na sustentação do compromisso com o novo estilo de vida e as mudanças de atitudes adotadas durante o programa, fornecendo informações sobre leituras, centro de retiros, inscrições em curso de redução de estresse avançado, entre outras (KABAT-ZINN, 1990).

O MBSR serviu de base para o desenvolvimento de outras intervenções relacionadas com práticas de *mindfulness*, entre elas o programa MBCT, que será discutido posteriormente e de grande relevância para os fins deste estudo.

5.2 MBCT: proposta, estrutura e características

O MBCT traduzido para o português como Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* é um programa de intervenção psicoterapêutica, estruturado rigidamente, aplicado em grupo que combina práticas de *mindfulness* com elementos da TCC, desenvolvido por Segal, Williams e Teasdale (2002), com a finalidade específica de trabalhar a prevenção de recaída em pacientes com quadros clínicos de depressão recorrente (três ou mais episódios) (DEMARZO; BARROS; OLIVEIRA, 2015; EISENDRATH et al., 2014; OMINI et al., 2013).

O MBCT, atualmente, tem sido recomendado pelo *National Institute for Clinical Excellence*⁴, como um programa efetivo, com diretrizes clínicas baseadas em evidências, para o tratamento de depressão maior e quadros de depressão recorrentes.

Dimidjian et al. (2010) ressaltam que os criadores do MBCT foram profundamente influenciados pelo MBSR e que ao aprenderem sobre o programa de Kabat-Zinn perceberam a relevância das estratégias usadas e como elas poderiam contribuir para os mesmos tipos de processos cognitivos que permeavam os episódios de recaída em indivíduos depressivos, os quais eles estudavam. Ao formatar o MBCT, os autores deram ênfase à adição de recursos associados à Terapia Cognitiva – especialmente às práticas ligadas a identificar precocemente uma possível recaída de depressão como, por exemplo: identificação de pensamentos ruminativos negativos, percepção de uma visão negativa de si mesmo, automonitoramento de baixa de humor, psicoeducação sobre a relação pensamento, emoção e comportamento e esquiva de situações desconfortantes – com a finalidade de adequá-lo aos indivíduos com quadro de depressão recorrente (TURNER, 2012).

O MBCT é baseado na concepção de que indivíduos com histórico de depressão são vulneráveis durante estados disfóricos, no qual padrões de pensamentos automáticos, que estiveram presentes em episódios anteriores, são reativados e podem desencadear o aparecimento de um novo episódio depressivo (TEASDALE et al., 2002). Segal et al. (2002) ressaltam que esse reativamento de padrões de pensamentos e sentimentos pode perpetuar em um episódio depressivo maior.

Partindo dessa perspectiva, o programa MBCT foi formatado com vistas a alterar a maneira automática e reativa de como os indivíduos se relacionam com seus

⁴ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/4-Research-recommendations>

pensamentos, sentimentos e sensações que pode precipitar uma recaída, ensinando-os a reconhecer especificamente os padrões ruminativos e intrusivos associados ao desenvolvimento de quadros depressivos (SEGAL et al., 2002).

A inserção da proposta de *mindfulness*, conforme Kabat-Zinn (2005), de ficar atento de momento a momento, de forma intencional, com atitudes de não julgamento, no contexto do MBCT, auxilia o participante a perceber e aceitar seus pensamentos como mais um evento que ocorre ao invés de uma verdade que os define. Assim, com a prática de *mindfulness* o indivíduo aprende a alterar a relação com os pensamentos, de tal forma que eles ficam menos propensos a influenciar comportamentos e sentimentos subsequentes (OMIDI et al., 2013). Segal et al. (2002) enfatizam ainda que durante as práticas os participantes aprendem a manter a concentração, aumentar a consciência sobre os pensamentos e sentimentos e ao mesmo tempo desenvolvem aceitação e não se esquivam desses eventos.

A estrutura do programa MBCT é composta de oito sessões semanais, com duração de duas horas (TURNER, 2012). Ainda, de acordo com Turner (2012), cada sessão tem um tema e um protocolo a ser seguido, e inclui práticas de meditação formal (meditação sentada, *body scan*, movimentos de yoga) e informal (escovar os dentes, comer, manter um diálogo). Há no programa outra prática formal chamada de “*three-minute breathing space*” (Espaço de respiração de 3 minutos), que é uma forma de integrar a prática formal à vida diária. Inicialmente é utilizada em momentos específicos a cada dia, mas com o tempo pode ser utilizada sempre que os sentimentos desagradáveis forem percebidos. Durante esse exercício, no primeiro minuto/passo, o terapeuta convida o participante a tomar conhecimento de quaisquer pensamentos, sentimentos e sensações físicas que se fizeram presente. Na segunda etapa, o terapeuta pede ao participante para trazer a atenção para sua respiração. Finalmente, na terceira etapa, o participante é convidado a expandir sua consciência para incluir uma sensação da respiração e do corpo como um todo (SEGAL et al., 2002; TEASDALE et al., 2016).

As sessões do MBCT podem conter ainda exercícios práticos ou atividades lúdicas para contextualizar a temática, ou desenvolver uma habilidade específica como, por exemplo, aumentar a percepção de gatilhos que predisõem um episódio depressivo (TEASDALE et al., 2016). O programa conta ainda com o treino para casa, em torno de 45 minutos de atividades, que incluem práticas formais, informais e diários de práticas, que enfatizam a experiência direta em manter a consciência plena durante os outros seis dias da semana, até o final do programa (TURNER, 2012).

De acordo como o manual desenvolvido por Segal et al. (2002), o programa MBCT é composto pelas seguintes sessões, descritas no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Sessões do programa MBCT

Sessão 1:	Piloto Automático
Objetivo	Ajudar o participante a perceber o funcionamento frequente do piloto automático e a explorar os benefícios de se manter consciente no momento presente.
Práticas	<i>Mindfulness</i> da uva-passas; Escaneamento corporal. Práticas para casa: escaneamento corporal; fazer uma refeição de maneira <i>mindful</i> ; realizar uma atividade rotineira (ex: escovar os dentes).
Sessão 2	Lidando com experiências adversas
Objetivo	Auxiliar o participante a explorar as experiências por meio dos sentidos e ensiná-lo a reconhecer quando fica perdido em pensamentos e a se reconectar com o conhecimento direto e consciente do corpo.
Práticas	Escaneamento corporal; Prática de sentimentos e pensamentos; Meditação na posição sentada de 10 minutos com atenção plena na respiração. Práticas para casa: escaneamento corporal; 10 minutos de meditação na respiração; realizar uma atividade rotineira e fazer um diário de eventos prazerosos ocorridos na semana.
Sessão 3	Reunindo a mente dispersa
Objetivo	Aumentar a percepção do participante do seu modo de reagir em situações conflituosas e auxiliá-lo na percepção de uma nova relação com essas situações, por meio da conexão com a respiração e o uso de atitudes <i>mindfulness</i> .
Práticas	<i>Mindfulness</i> da respiração; <i>Mindfulness</i> dos movimentos; Espaço de respiração de 3 minutos. Práticas para casa: <i>mindfulness</i> dos movimentos, respiração de 3 minutos (três vezes ao dia) e diário de eventos desagradáveis.
Sessão 4	Reconhecendo a aversão
Objetivo	Ensinar uma maneira diferente de se relacionar com sentimentos intensos e desagradáveis, sensações e pensamentos, através, da permanência no momento presente e da percepção da aversão.
Práticas	Meditação de sons e pensamentos; Meditação sentada. Práticas para casa: Meditação sentada, prática de 3 minutos (três vezes ao dia) e prática de 3 minutos quando surgir sentimentos, sensações ou pensamentos intensos e desconfortantes.
Sessão 5	Desenvolvendo a Aceitação
Objetivo	Ensinar a desenvolver uma atitude de aceitar as experiências como elas são, sem interferir, ou seja, sem exigir que se modifiquem ou sejam diferentes do que elas são.
Práticas	Meditação sentada: trabalhando com dificuldades. Exercício: leitura e discussão do poema de Rumi (“A casa de hóspedes”). Prática para casa: Meditação sentada, prática de 3 minutos (três vezes ao dia) e prática de 3 minutos quando surgir sentimentos, sensações ou pensamentos intensos e desconfortantes.

Continua

Sessão 6	Pensamentos são apenas pensamentos
Objetivo	Ajudar os participantes a perceber os pensamentos apenas como produtos da mente e não uma verdade sobre si ou sobre a realidade, permitindo a desidentificação com eles.

Práticas	Meditação sentada – com foco em relacionar-se com os pensamentos como eventos mentais; Espaço de respiração de 3 minutos. Exercício: Desenvolvendo um sistema de advertência precoce da depressão. Prática para casa: Meditação sentada, prática de 3 minutos (três vezes ao dia) e prática de 3 minutos quando surgir sentimentos, sensações ou pensamentos intensos e desconfortantes.
Sessão 7	A bondade em ação: cuidando de nós mesmos
Objetivo	Ensinar os participantes a melhor cuidar de si, por meio do reconhecimento cuidadoso dos sinais que avisam quando podem recair ou agravar o quadro de depressão, e a utilização das atitudes <i>mindfulness</i> .
Práticas	Meditação sentada: com foco em relacionar-se com os pensamentos como eventos mentais; Espaço de respiração de 3 minutos. Exercícios: Fazer uma lista de atividades que dão prazer e energia, e outra que tiram o prazer e a energia; aprender a ligação entre pensamento, emoções e comportamentos, identificar padrões pessoais de recaída. Prática para casa: escolher uma prática formal de sua preferência, prática de 3 minutos (três vezes ao dia ou quando surgirem situações desagradáveis) e preparar um plano de ação.
Sessão 8	Mindfulness para a vida: lidando com humores no futuro
Objetivo	Discutir o que foi aprendido e como manter no dia a dia.
Práticas	Escaneamento corporal; Meditação das pedras. Exercício: revisar os gatilhos que predisõem ao episódio depressivo, discussão de como manter as práticas formais e informais no dia a dia, avaliação do curso. Prática para casa: planejar as práticas pessoais.

Fonte: Segal et al. (2002).

Segundo Felder et al. (2012), a parte inicial do MBCT, composta de quatro sessões, foca no ensino de práticas de atenção plena dos participantes, destinadas a desenvolver a habilidade de prestar atenção nos pensamentos negativos sobre diversas situações e pessoas (incluindo o próprio indivíduo) e intencionalmente direcionar a atenção a um foco único relativamente neutro. As quatro últimas sessões concentram-se em maneiras de lidar habilmente com turnos de humor negativo, com o objetivo de cultivar o bem-estar sustentado e a proteção contra a recaída. Felder et al. (2012) ressaltam ainda que as práticas de *mindfulness* são conduzidas no contexto do MBCT com um espírito de colaboração e reciprocidade, e em seguida discutidas através de uma conversa entre terapeuta e participante sobre a experiência direta deste último com os exercícios de *mindfulness*. Essa discussão, ou *inquiry*, é orientada para a experiência pessoal com a prática e para o reconhecimento de padrões mentais e modos de reagir (CRANE et al., 2014).

De acordo com Segal et al. (2002), durante as oito sessões é dedicado um tempo em cada uma delas para discutir a conexão entre o estilo de pensamento depressivo, ruminação e o papel da atenção plena na prevenção de recaída, com a finalidade de fazer com que os participantes entendam o propósito por trás das práticas e assim

tenham uma melhor adesão ao programa. Os autores enfatizam que a atitude de não fugir é uma das principais características associadas com a prática de meditação *mindfulness* no MBCT.

Segundo Turner (2012), quando as pessoas que sofrem de depressão recorrente praticam *mindfulness*, elas entram em contato com o humor reduzido, com a ruminação dos pensamentos e outros elementos associados à recaída. E a prática de *mindfulness* funciona interrompendo um padrão de reatividade a esses eventos, ao direcionar os participantes a se conectar continuamente com sua respiração e com o momento presente. Shapiro et al. (2006) enfatizam que a medida que o participante começa a perceber os pensamentos apenas como eventos mentais e não como verdades absolutas sobre si, ocorre uma profunda mudança na relação com pensamentos e emoções e uma desidentificação com esses eventos mentais. Esse processo foi chamado pelos autores de “*reperceiving*”, conforme descrito na fundamentação.

5.3 TCC e *Mindfulness*: comparando as concepções teóricas e os processos de intervenção

Para a comparação teórica entre o modelo da TCC de Aaron Beck e os modelos de intervenção baseados em *mindfulness*, MBSR e MBCT, será realizada, inicialmente, uma análise comparativa entre as concepções de cognição, ambiente, comportamento, e visão de patologia presentes nos modelos de intervenção analisados, destacando-se as diversificações existentes nos princípios teóricos e nos processos de intervenção. Em seguida a comparação focará nos princípios práticos desses modelos.

Na TCC a **cognição** tem um papel mediacional sobre o comportamento e os sentimentos dos indivíduos, sendo que esses são considerados consequências das cognições (DOBSON; DOZOIS 2001/2010). Para os cognitivistas-comportamentais, as emoções e os comportamentos são influenciados pelas avaliações cognitivas que são feitas dos fatos. Embora se considere que exista uma interação recíproca entre cognição, emoção, comportamento, fisiologia e ambiente, no sentido de que não apenas as cognições precedem esses elementos, mas que eles podem preceder e influenciar consideravelmente as cognições, é a mediação cognitiva o foco fundamental da intervenção (BECK et al., 1997; FREEMAN et al, 1990; J. BECK, 1997; MAHONEY; LYDDON, 1988). No processo de intervenção, são usadas técnicas para corrigir o pensamento distorcido, substituir o conteúdo deles por outros mais significativos e

alcançar uma reestruturação cognitiva. Mas como enfatiza Beck (1997), não são as técnicas que definem a TCC, mas a ênfase que o terapeuta dá ao papel dos pensamentos na causa e na manutenção dos problemas mentais. A TCC ainda diferencia as cognições em três níveis: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais (GREENBERGER; PADESKY, 1999).

Os programas MBSR e MBCT compartilham com a TCC a ideia de que a forma como se avalia cognitivamente uma experiência influencia o aparecimento de sentimentos e comportamentos disfuncionais. Apesar dessa semelhança, o papel e a importância do pensamento diferem na TCC e nos programas MBSR e MBCT. Nesses programas a cognição (termo usado como sinônimo de pensamento) é compreendida como um evento mental, assim como as emoções e as sensações (TEASDALE et al., 2016; FULTON; SIEGEL, 2016). Ela não possui caráter causal, sendo considerada uma consequência da forma de reagir a uma dada experiência, seja interna ou externa ao indivíduo, ou seja, os diferentes tipos de pensamentos são resultados das diferentes atitudes mentais manifestadas durante a vivência da experiência.

Para um melhor entendimento, seguem dois exemplos⁵: 1) Joaquim está se sentindo triste porque discutiu com um colega de trabalho. Pouco depois, Joaquim está no corredor e encontra outro colega de trabalho que passa correndo dizendo que está com muita pressa e não pode parar. A discussão gerou uma atitude mental em Joaquim de autocrítica, que influenciou a sua forma de interpretar o fato do colega não ter parado para cumprimentá-lo, desencadeando pensamentos, do tipo: “Ele não parou porque está com raiva de mim”, “Ele deve ter ouvido alguma coisa ruim ao meu respeito”, além de gerar sentimentos de aborrecimento e preocupação. 2) Joaquim e seu colega de trabalho receberam elogios pelo bom desempenho em um trabalho realizado. Pouco depois, Joaquim encontrou outro colega de trabalho no corredor que passou correndo dizendo que estava com muita pressa e não podia parar. O elogio gerou uma atitude mental mais positiva em Joaquim, que influenciou sua forma de interpretar o fato do colega não ter parado para cumprimentá-lo, desencadeando pensamentos do tipo: “Ele deve estar indo para uma reunião” e gerando sentimentos de compreensão.

Segundo Teasdale et al. (2016), os diferentes pensamentos são resultados das diferentes atitudes mentais que se levam para as experiências, e estas refletem o que foi vivenciado nessas experiências. As atitudes mentais também são influenciadas pelas

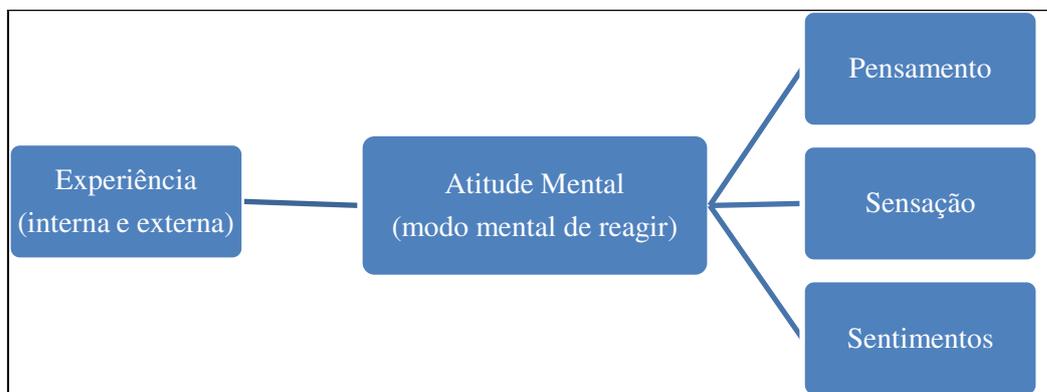
⁵ Exemplos construídos a partir de um exercício prático “O escritório” de Teasdale et al. (2016, p.161).

disposições de ânimos e influenciam amplamente os padrões de pensamentos subsequentes, sendo consideradas pelos autores a lente pela qual uma pessoa vê o mundo.

O foco da intervenção nos programas MBSR e MBCT consiste no treino em observar com atenção como essas reações (julgamento, autocrítica, aversão, apego, etc) são sentidas/percebidas pelo indivíduo e quais consequências produzem (sentimentos desagradáveis, pensamentos negativos, desconforto físico, inquietação), por meio da exploração de um padrão de reações corporais ou de modos de pensar/reagir que alimentam as relações disfuncionais com essas cognições (KABAT-ZINN, 2005; TEASDALE et al., 2016; WILLIAMS; PENMAN, 2015). As intervenções no MBCT focam-se em ensinar os participantes a perceber padrões ruminativos e intrusivos de pensamentos que predisõem um quadro depressivo maior, e a mudar sua forma automática e reativa de relacionar-se com eles (SEGAL et al., 2002), assemelhando-se nesse ponto à TCC.

Uma esquematização do processo de pensamentos nos programas de *mindfulness* (MBSR e MBCT) seria a seguinte:

Figura 1 – Relação entre experiência, atitude mental, pensamentos, sensações e sentimentos.



Fonte: Produção da autora.

Resumindo, enquanto a TCC coloca nos pensamentos a causa direta dos transtornos mentais e suas intervenções visam modificar o conteúdo desses pensamentos e/ou reduzir a crença neles, os programas MBSR e MBCT não concedem aos “pensamentos nenhum *status* especial, e eles são observados em seu surgimento e extinção exatamente como se poderia notar uma coceira ou um som passageiro”

(FULTON; SIEGEL, 2016, p. 46). Essa diferença no papel e na importância concedida aos pensamentos é essencial para entender em que ponto a TCC e os programas com base em *mindfulness* se afastam um do outro.

Na TCC de Aaron Beck, o **ambiente**⁶ é considerado um evento ou uma situação externa ao indivíduo e é responsável por ativar variáveis internas acerca dos eventos, e estas influenciarão de forma direta respostas emocionais e comportamentais. Segundo Ellis (1997) os indivíduos trazem seus objetivos, pensamentos e expectativas para seu ambiente e por esse motivo eles são considerados ativadores de pensamentos. Nos programas MBSR e MBCT, o ambiente é compreendido como tudo que acontece interna ou externamente ao indivíduo e que mantém relação com ele. Desse modo, os programas MBSR e MBCT incentivam o contato com a experiência vivenciada de forma que o indivíduo consiga discernir o que acontece com ele, por meio da tomada de consciência, que envolve a atenção com os elementos dos órgãos de sentido (audição, visão, paladar, tato, olfato), com os sentimentos, com as associações realizadas pelas percepções e com a atitude tomada com o que está acontecendo na experiência (OLENDZKI, 2016).

Essa diferença dos elementos contidos no ambiente, considerado pela TCC e no ambiente considerado pelos programas MBSR e MBCT, é fundamental para entender como metodologicamente uma intervenção vai diferir da outra.

Em relação à **concepção de comportamento**, na TCC, o comportamento é entendido como uma ação externa influenciada pelas avaliações cognitivas realizadas diante de um acontecimento interno ou externo como um evento estressante, comentários, memórias do passado e sensações corporais (WRIGH; BASCO; THASE, 2008; BECK et al., 1997). Para os cognitivistas-comportamentais, o comportamento também desempenha um papel importante na manutenção das emoções e das cognições disfuncionais, contribuindo para reforçar um ciclo vicioso de pensamentos, emoções e comportamentos (BECK et al., 1997; J. BECK, 1997; WRIGH; BASCO; THASE, 2008). Assim, por exemplo, quando um indivíduo com ansiedade evita sair de casa para um almoço de família, por acreditar que essa atividade o levará a ser criticado ou a ficar constrangido, ele está adotando um comportamento evitativo que preserva a ideia de inadequação e mantém a ansiedade frente a eventos sociais.

⁶ Ressalta-se que nos programas MBSR, MBCT e na TCC é dada pouca ênfase ao ambiente. Fato que restringe dados sobre esse aspecto.

Dessa forma, os experimentos comportamentais utilizados na TCC têm a finalidade de desafiar esquemas e pensamentos automáticos negativos, auxiliar o paciente a entender o efeito dos pensamentos sobre a percepção dos sintomas, coletar e assimilar dados para a modificação de crenças. E com isso aumentar o engajamento em comportamentos positivos (GREENBERGER; PADESKY, 1999; WELLS, 1997). Diante desses objetivos, os cognitivistas-comportamentais consideram, como afirmado anteriormente, que as intervenções comportamentais são um meio poderoso para a mudança cognitiva (BECK, 1997).

Nos programas MBSR e MBCT o comportamento, aparecendo na literatura como sinônimo de reação (TEASDALE et al., 2016; WILLIAMS; PENMAN, 2015), é compreendido como uma relação estabelecida com a experiência seja esta interna ou externa ao indivíduo e está relacionada ao modo como ele reage à experiência, por exemplo, com aversão, evitando vivenciar sentimentos ou situações desagradáveis, ou com aceitação, disposto e aberto para o que vivencia. Essas reações podem ser uma ação externa, como deixar de ir a um evento, ou interna, como realizar uma autocrítica ou um julgamento de si mesmo (TEASDALE et al., 2016). O modo de reagir proporciona efeitos no corpo, nos pensamentos e nos sentimentos do indivíduo e o coloca em um ciclo vicioso de reações automáticas como forma de evitar o contato com experiências desagradáveis (TEASDALE et al., 2016; WILLIAMS; PENMAN, 2015).

Por meio do desenvolvimento de habilidades *mindfulness*, ensinadas durante os programas MBSR e MBCT, o indivíduo é incentivado a investigar com atenção interessada, curiosa e gentil a própria experiência e a maneira de reagir à ela, e é ensinado a observar como as experiências desagradáveis se manifestam no corpo, quais sensações elas provocam, que sentimentos e pensamentos aparecem, e qual o padrão característico dessa forma de reagir – com a finalidade de que o praticante aprenda a responder às experiências de modo intencional e com maior clareza, em vez de reagir com aversão automática (KABAT-ZINN, 2005; KUYKEN et al., 2010; TEASDALE et al., 2016). Williams e Penman (2015, p. 134) enfatizam que “é mais eficiente trabalhar com o corpo porque a mente tende a tentar suprimir a negatividade ou resolver o que está incomodando”, por meio de análises ou “remoendo” pensamentos. Em vez disso, o objetivo é voltar à atenção para o corpo, de modo a perceber, momento a momento, as reações físicas aos pensamentos e aos sentimentos desagradáveis.

A partir do que foi exposto, é possível afirmar que, de um lado os programas MBSR e MBCT se assemelham à TCC, ao considerar que o comportamento

desempenha um papel mantenedor de pensamentos e sentimentos disfuncionais ao reforçar um ciclo vicioso de evitações. E de outro, se distingue radicalmente, ao se considerar a intervenção realizada sobre a variável comportamento: enquanto na TCC a intervenção comportamental visa alcançar uma mudança cognitiva, nos programas MBSR e MBCT a intervenção visa aumentar a percepção das respostas e reduzir o automatismo.

No tocante à **visão de patologia**, a TCC parte do pressuposto de que os transtornos psicológicos são decorrentes do modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando os afetos e o comportamento (BECK et al., 1997). Para a TCC, os sintomas psicopatológicos podem ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro; esses três padrões cognitivos foram denominados de tríade cognitiva (BECK et al., 1997). Por exemplo, um indivíduo depressivo se percebe como defeituoso, inadequado e, por causa disso, considera-se como indesejado e sem valor, percebe o mundo como cheio de obstáculos insuperáveis e se vê derrotado diante das suas experiências. Além disso, prevê um futuro negro, cheio de sofrimentos, frustrações e perdas (FALCONE, 2001).

Os sintomas afetivos e comportamentais das psicopatologias são influenciados por esses padrões cognitivos negativistas (BECK, 2005). Outra premissa é de que nos diferentes transtornos há prevalência significativa de distorções de pensamentos, ou distorções cognitivas, que podem levar o indivíduo a conclusões equivocadas mesmo tendo uma percepção apurada da situação. Beck et al. (1997) ressaltam que nos problemas psicológicos o pensamento, além de se tornar mais distorcido, também se torna mais rígido, com julgamentos mais absolutos e generalizados e com crenças mais inflexíveis. Os autores enfatizam ainda que cada transtorno têm um conteúdo cognitivo específico, ou seja, uma temática própria, por exemplo: perigo e ameaça, seriam temas típicos dos transtornos de ansiedade, desvalorização e perda, dos transtornos depressivos, perigos específicos, das fobias.

Nos programas MBSR e MBCT, assim como na TCC de Aaron Beck, também são enfatizados que o modo como se percebe e interpreta um acontecimento é mais determinante para o sofrimento do indivíduo que o próprio evento em si, sendo estas (percepção e interpretação) responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção de transtornos psicológicos (KABAT-ZINN, 2005; TEASDALE et al., 2016; WILLIAMS; PENMAN, 2015). Os transtornos e o sofrimento são mantidos pela incapacidade do

indivíduo de estar onde se está, pela dificuldade em ficar atento à forma como se relaciona com a experiência, pelo baixo nível de consciência corporal e consequentemente pelas respostas automáticas às experiências (KABAT-ZINN, 2005; TEASDALE et al., 2016; WILLIAMS; PENMAN, 2015). A forma como reagem às experiências desagradáveis, sejam elas externas ou internas, é capaz de transformar o que normalmente poderia ser uma emoção desagradável breve e passageira em insatisfação e infelicidade persistentes (TEASDALE et al., 2016).

Nas práticas de *mindfulness* essa relação com a experiência é alterada pela observação consciente de tudo que vem à “mente” e/ou ao corpo, bem como o seu reconhecimento, sem condenar ou perseguir, tomando conhecimento que os julgamentos são inevitáveis e limitados a uma experiência pessoal, sendo o foco o contato direto com a experiência em si (KABAT-ZINN, 2005). Durante as práticas são incentivadas atitudes de amabilidade, generosidade, paciência, confiança e aceitação que contribuem para reduzir os julgamentos e consequentemente alterar a relação com os pensamentos, de forma que eles se tornem menos propensos a influenciar comportamentos e sentimentos subsequentes (OMIDI et al., 2013). A importância não está no conteúdo dos pensamentos, nem em modificar qualquer conteúdo, e sim no modo como o indivíduo se relaciona com ele – se deix que o influenciem ou não, se o ver como verdades absolutas sobre si, ou apenas como pensamentos (DEMARZO; CAMPAYO, 2015; KABAT-ZINN, 2005; TEASDALE et al., 2016; WILLIAMS; PENMAN, 2015).

Com a finalidade de sistematizar e visualizar melhor as principais informações discutidas até aqui, a Quadro 3 ilustra os aspectos apresentados de forma resumida.

Quadro 3 – Comparação entre a TCC de Aaron Beck e os programas MBSR e MBCT

Variáveis	TCC	MBSR	MBCT
Papel da cognição	Causal	Não causal	Não causal
Natureza da intervenção	Psicoterapêutica e Educacional	Educacional	Psicoterapêutica e Educacional

Tipo de cognição	Pensamentos automáticos Crenças centrais Crenças intermediárias	Pensamentos	Pensamentos Ruminativos
Ambiente	Situações externas ao indivíduo e que promovem variáveis internas mediacionais	Situações internas e externas ao indivíduo e que mantem relação com ele	Situações internas e externas ao indivíduo e que mantem relação com ele
Comportamento	Ações externas influenciados pelas cognições	Reações externas e internas influenciadas pela experiências.	Reações externas e internas influenciadas pela experiências.
Visão de patologia	Forma distorcida de perceber e interpretar os eventos desagradáveis	Forma automática e desatenta de reagir às experiências desagradáveis	Forma automática e desatenta de reagir às experiências desagradáveis
Foco de intervenção	Pensamentos automáticos disfuncionais, Crenças centrais Crenças intermediárias Comportamento	Comportamento/ reações às experiências	Pensamentos ruminativos Comportamento/ reações às experiências

Fonte: Produção da autora.

As análises feitas até aqui são importantes por demonstrar as concepções teóricas que fundamentam as propostas de intervenção analisadas e com isso demarcar alguns limites de integração entre as proposições teóricas da TCC e dos programas MBSR e MBCT, contribuindo também para um questionamento de como essas proposições se refletem no processo terapêutico e ampliando a reflexão sobre a possibilidade ou não de integração entre elas, com vistas a evitar uma contradição na prática clínica.

Com a finalidade de demonstrar como essas proposições aparecem no processo terapêutico das intervenções cognitivo-comportamentais e dos programas MBSR e MBCT, segue-se com a análise de dois fragmentos de sessões, um conduzido por um terapeuta cognitivo-comportamental e outro conduzido por um terapeuta MBCT, com foco no processo de questionamento socrático e *inquiry*, respectivamente. Enfatiza-se que embora a análise parta de fragmentos reduzidos das sessões, considera-se que será útil por evidenciar aspectos importantes de como cada profissional intervém de acordo com o modelo proposto.

Fragmento Ilustrativo de uma Intervenção Cognitivo-Comportamental

Fonte: J. Beck (1997, p. 119-122).

Dados sobre a cliente e a queixa: Sally é uma estudante universitária, 18 anos vivendo em um alojamento de calouros com uma colega de quarto. Apresenta um quadro de depressão maior moderado, com um único episódio, ansiedade, dificuldades de concentração, retração social, aumento de sono, autocrítica. Frequenta aulas, mas tem dificuldades em estudar e fazer trabalhos e procura evitar problemas com a colega de quarto. Filha mais nova de dois irmãos, mãe altamente crítica em relação a ela, pai oferece mais apoio, mas é ausente por conta do emprego que é muito exigente. Mantem boa relação com o irmão.

Terapeuta: Então, quando você encontrou sua amiga, Karen, a caminho da biblioteca, você teve o pensamento: “Ela realmente não se importa com o que acontece comigo”. E esse pensamento a deixou triste?

Paciente: Deixou.

Terapeuta: E quanto você acreditou naquele pensamento naquele momento?

Paciente: Oh, muito. Uns 90%.

Terapeuta: E quão triste você se sentiu?

Paciente: Talvez 80%.

Terapeuta: Você lembra do que nós discutimos na semana passada? Às vezes, os pensamentos automáticos são verdadeiros, às vezes eles acabam não sendo verdadeiros e às vezes eles têm uma parcela de verdade. Nós podemos examinar esse pensamento sobre Karen agora e ver quão preciso ele parece?

Paciente: OK.

Terapeuta: Aqui está uma lista de perguntas que eu gostaria que nós consultássemos (Ver Figura 2). Você pode ficar com esta cópia. Nós examinaremos as primeiras cinco perguntas. Deixe-me perguntar a você que evidências houve de que o pensamento era verdadeiro, de que ela realmente não se importava com o que aconteceria com você?

Figura 2 – Questionando pensamentos automáticos

1. Quais são as evidências?
 - Que apoiam essa ideia?
 - Que são contra essa ideia?
2. Existe uma explicação alternativa?
3. Qual o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso?
O que é o melhor que poderia acontecer?

Fonte: Figura extraída de J. Beck (1997).

Paciente: Bem, quando nós passamos por Locust Walk, parecia como se ela tivesse realmente com pressa. Ela apenas disse rapidamente “Oi, Sally, te vejo depois” e continuou andando rápido. Ela mal olhou pra mim.

Terapeuta: Alguma coisa a mais?

Paciente: Não...nada que eu consiga lembrar agora. Exceto que, às vezes, ela está ocupada e não tem muito tempo pra mim.

Terapeuta: Alguma outra coisa?

Paciente: Não. Eu acho que não.

Terapeuta: Ok, agora há qualquer evidência do outro lado, de que talvez ela de fato se preocupa com o que acontece com você?

Paciente: (Respondendo em termos gerais) Bem, ela é bastante simpática. Nós somos amigas desde que a escola começou.

Terapeuta: Que tipos de coisas ela faz ou diz que poderiam mostrar que ela gosta de você?

Paciente: Hummm...ela geralmente pergunta se eu quero sair para jantar com ela. Às vezes, nós ficamos acordadas até bem tarde conversando sobre coisas.

Terapeuta: Ok. Então, por um lado, nessa ocasião, ontem, ela passou por você com pressa, não dizendo muita coisa. E houve outros momentos, também, quando ela esteve bastante ocupada. Mas, por outro lado, ela a convida pra jantar e vocês ficam, às vezes, acordadas até tarde conversando. Certo?

Paciente: Certo.

Terapeuta: Bem. Agora examinemos a situação de novo. Poderia haver um outro meio de explicar o que aconteceu, além do fato de ela não se importar com o que ocorre com você?

Paciente: Eu não sei.

Terapeuta: Ela poderia ter passado por você apressadamente por algum outro motivo?

Paciente: Não tenho certeza. Ela poderia ter tido uma aula. Ela poderia estar apressada para alguma coisa.

Terapeuta: Ok. Agora, qual seria o pior que poderia acontecer nessa situação?

Paciente: Que ela verdadeiramente não gostasse mim, eu acho. Que eu não poderia contar com o apoio dela.

Terapeuta: Você sobreviveria a isso?

Paciente: Sim. Mas eu não ficaria feliz com isso.

Terapeuta: E o que seria o melhor que poderia acontecer?

Paciente: Que ela de fato gosta de mim. Que ela apenas estava com pressa naquele momento.

Terapeuta: E qual é o resultado mais realista?

Paciente: Eu acho que realmente penso que ela ainda gosta de mim.

Terapeuta: E qual o efeito do seu pensamento de que ela não gosta de você?

Paciente: Ele me torna triste. Eu penso que ele me afasta dela de alguma forma.

Terapeuta: E qual poderia ser o efeito de mudar o seu pensamento?

Paciente: Eu me sentiria melhor.

Terapeuta: E o que você pensa que deveria fazer sobre essa situação?

Paciente: Huh... Eu não estou certa do que você quer dizer.

Terapeuta: Bem, você se afastou dela de alguma maneira desde que isso aconteceu, ontem?

Paciente: É, eu acho que sim. Eu não disse muita coisa quando e a vi esta manhã.

Terapeuta: Então, nesta manhã, você ainda estava agindo como se aquele pensamento original fosse verdadeiro. Como você poderia agir diferentemente?

Paciente: Eu poderia conversar mais com ela, ser eu mesma, mais amistosa.

Terapeuta: Bom. Agora, quanto você acredita neste pensamento: “Karen realmente não se importa com o que acontece comigo”?

Paciente: Não muito. Talvez 20%.

Terapeuta: Ok. E quão triste você se sente?

Paciente: Não muito também. 20%

Terapeuta: Bom. Parece que esse exercício foi útil.

Fragmento Ilustrativo de uma Intervenção baseada no programa MBCT

Fonte: Felder, Dimidjian e Segal (2012, p. 182-184)

Dados sobre a cliente e a queixa: Anne é uma mulher de 39 anos, casada, asiática com dois filhos. Foi encaminhada por seu psicoterapeuta ao grupo MBCT para aprender habilidades de prevenção de recaída de depressão. Preencheu critérios para transtorno depressivo maior recorrente. Apresenta pensamentos ruminativos sobre como deveria ter agido no passado, além de preocupações excessivas sobre coisas que poderiam acontecer no futuro. Depois de falar com Anne sobre fatores de história de vida e precipitadores de sua depressão, o terapeuta de grupo forneceu uma breve fundamentação sobre o MBCT e explorou com Anne as maneiras em que o programa pode reduzir suas tendências ruminativas e como isso pode evitar futura depressão.

No fragmento seguinte, o grupo tinha acabado de praticar o espaço 3 minutos de respiração pela primeira vez, conforme explicado anteriormente.

Terapeuta: O que você notou: pensamento, emoções ou sensações?

Paciente: Eu notei que eu me sentia muito tensa. Minhas mãos estavam muito frias, e eu queria aquecê-las. Senti-me muito tensa.

Terapeuta: Então, você notou o desejo de aquecer as mãos. E, você notou a sensação de aperto ou tensão em algum lugar em particular no seu corpo?

Paciente: Nem mesmo percebi isso até que você pediu que eu observasse, mas, sim, na verdade, eu notei algo no meu rosto.

Terapeuta: Isso é muito interessante. Você notou isso em alguma parte específica do seu rosto?

Paciente: Sim, na verdade, senti no meu queixo. Senti que minha mandíbula estava cerrada. Então, quando você deu a primeira dica de prestar atenção aos nossos pensamentos, notei que tinha muita conversa de fundo, um monte de pensamentos e emoções sobre um incidente que aconteceu em casa ontem à noite.

Terapeuta: Então, você está dizendo que você notou que os pensamentos e as emoções estavam presentes.

Paciente: Sim, eles eram muito frequentes.

Terapeuta: E você estava assistindo?

Paciente: Bem, eu estava assistindo. Senti que me observava pensando sobre tudo o que aconteceu ontem à noite. Embora, em algum momento, eu acho que eu parei de assistir os pensamentos e emoções e eu comecei a participar deles e realmente elaborava sobre eles. Eu me perdi neles por um tempo.

Terapeuta: Então, estas emoções e pensamentos difíceis estiveram presentes em sua consciência.

Paciente: Muito presente.

Terapeuta: Você estava assistindo-os, e eles pegaram sua atenção. Em seguida pode se soltar dos pensamentos, e voltar-se para o foco da respiração na barriga. Como foi isso para você?

Paciente: Hum. Eu me senti capaz de fazê-lo. Eu não sei exatamente como aconteceu, mas eu estava ciente quando aconteceu. Foi um alívio afastar o conteúdo dos meus pensamentos e emoções. Era o passo onde estávamos fazendo respiração na barriga?

Terapeuta: Sim.

Paciente: Não sinto minha respiração na barriga. Eu percebo mais fortemente no peito. Então, lembro que tive que fazer conscientemente minha barriga entrar e sair e ter aquela sensação para poder pensar em fazer.

Terapeuta: Então, levou algum esforço?

Paciente: Sim, exatamente.

Terapeuta: E o terceiro passo?

Paciente: No terceiro passo senti-me levemente calma e tive a sensação que poderia fazê-lo. Mas também tive a sensação que assim que minha mente se direcionar para o conteúdo dos pensamentos eu poderia voltar para eles. Então, os pensamentos não pararam totalmente.

Terapeuta: De que modo esta prática foi diferente para você?

Paciente: Muitas vezes acho que meus pensamentos e emoções se intensificam, especialmente quando eu tenho um dia difícil, ou estou me sentindo triste. É como se eles controlassem minha mente. Mas nesta prática, senti-me um pouco mais no controle de minha mente, meus pensamentos e sentimentos. Minha mente vagava ainda, mas não com tanto automatismo.

Terapeuta: De que forma este tipo de prática pode ser relacionado para prevenir a depressão?

Paciente: Eu estava pensando, como isso vai ser útil? Como isto vai ajudar-me quando me sentir triste ou estressada? Pensei que é apenas 3 minutos. Eu realmente posso definir a intenção de ficar com minha respiração ou estar onde estou por apenas 3 minutos, porque tudo o que está me estressando e me aborrecendo estará lá quando eu terminar. Mas eu posso me permitir parar e ficar aqui. Sem qualquer resultado específico.

A análise qualitativa dos fragmentos das sessões visa identificar características que definem um tipo e outro de intervenção. A primeira particularidade relevante que evidencia diferenças entre TCC e o programa MBCT consiste na função dada aos pensamentos, considerando-os como causador de emoções e comportamentos, evidenciando o pressuposto mediacional, como, por exemplo, nesse trecho inicial da sessão: “E esse pensamento a deixou triste?” Depois disso o terapeuta segue investigando quantitativamente o quanto a paciente acredita nesse pensamento e o quanto triste isso a deixou, e após uma série de questões para ajudá-la a reduzir a crença nos pensamentos finaliza a sessão novamente com uma investigação quantitativa de crença nos pensamentos e sentimentos, com fins de demonstrar que reduzindo a crença nos pensamentos por meio da mudança dele, os sentimentos também mudarão. Diferente do terapeuta MBCT, que ao constatar que a paciente identificou pensamentos durante a prática, questiona o modo como ela reagiu quando os percebeu, ou seja, qual foi a relação estabelecida com esses pensamentos, como nesse trecho da sessão: “Então, estas emoções e pensamentos difíceis estiveram presentes em sua consciência?”/ “Você estava assistindo-os, e eles pegaram sua atenção. Em seguida pode se soltar dos pensamentos, e voltar-se para o foco da respiração na barriga. Como foi isso para você?”. Dessa forma, o terapeuta MBCT apenas ajuda a paciente a observar sua maneira de lidar com os pensamentos e sentimentos avaliados como difíceis e a ter mais clareza de suas reações, sem diferenciá-los em causa e consequência, considerando-os como eventos mentais.

Uma segunda distinção sugerida pelos fragmentos de sessão diz respeito ao método que o terapeuta usa para guiar a paciente para uma melhor interpretação dos fatos e conseqüentemente maior redução do sofrimento emocional. O terapeuta cognitivo-comportamental faz isso por meio de uma série de perguntas abertas, conhecida como questionamento socrático, visando obter respostas concretas e específicas às suas perguntas, e com isso auxiliar o paciente a modificar os conteúdos específicos dos seus pensamentos. Já o terapeuta MBCT guia a paciente por meio do *inquiry*, objetivando que ela entre novamente em contato com o que experienciou durante a prática de meditação, e assim consiga descrever em palavras e obtenha uma maior percepção dos seus processos mentais e emocionais.

Outra distinção é a ênfase que o terapeuta MBCT dá à dimensão do corpo, sempre voltando à atenção da paciente para observar e identificar como as emoções e os sentimentos se manifestavam no corpo e com isso, auxiliá-la a perceber alguma

diferença quando a atenção foi direcionada para essa dimensão, com a finalidade de ensinar uma nova maneira de lidar com emoções ou sensações desagradáveis, além de ter uma maior percepção dos seus padrões de reações. Em contraste, o terapeuta cognitivo-comportamental enfatizou o conteúdo dos pensamentos e buscou confrontá-los com a realidade ou situação concreta, visando atingir uma mudança nesse conteúdo e conseqüentemente nos sentimentos provocados por eles.

Diante das distinções mostradas até aqui entre as duas formas de intervenção, pode-se dizer que a ênfase na condução do processo terapêutico cognitivo-comportamental está na mudança cognitiva do paciente, com foco na mudança de conteúdo desses pensamentos. Diferentemente, no processo de intervenção do MBCT a ênfase está nas reações dos pacientes frente às suas experiências, com foco na exploração intencional e atenta das reações corporais.

Com fins a organizar e proporcionar uma melhor visualização das informações discutidas até aqui, o Quadro 4 ilustra de forma resumida e sistemática os principais aspectos das intervenções na TCC e no MBCT.

Quadro 4 – Comparação entre aspectos da intervenção na TCC de Aaron Beck e do MBCT

Aspectos	TCC	MBSR
Intervenção diante de pensamentos	Busca-se reduzi-los ou alterá-los	Busca-se que eles sejam observados, assim como as próprias reações diante deles
Técnica para lidar com pensamentos e sentimentos	Questionamento socrático	<i>Inquiry</i>
Dimensão do corpo	Não aparece como foco de intervenção	Busca-se que sejam identificadas regiões do corpo relacionadas às emoções e aos sentimentos

Fonte: Produção da autora.

6 DISCUSSÃO

Diante do exposto ao longo deste estudo, verificou-se que a adição das estratégias *mindfulness* na TCC gera controvérsias e dúvidas no que se refere às concepções teóricas que fundamentam os processos de intervenções psicoterapêuticas

(HERBERT; FORMAN, 2010) mas, ao mesmo tempo, a junção de estratégias de *mindfulness* e TCC tem se consolidado e quatro hipóteses foram levantadas para explicar essa inserção e adesão crescente às práticas de *mindfulness*. As duas primeiras foram elaboradas pela pesquisadora e as duas últimas retiradas da literatura.

A primeira hipótese refere-se ao fato que desde o seu desenvolvimento a TCC é influenciada por várias abordagens teóricas, que vão da formação psicanalítica de Aaron Beck, ao uso de estratégias comportamentais, de treinamento auto-instrucional, processamento de informação, modelação e auto-eficácia (BECK et al., 1997). Essa diversidade na formação da TCC pode ter contribuído para que a TCC tenha uma maior flexibilidade na inserção de uso de técnicas advindas de diferentes origens.

A segunda hipótese refere-se à existência de uma constante mudança epistemológica que vem ocorrendo dentro das TCCs, que leva ao questionamento frequente das concepções básicas dessa orientação terapêutica, em especial a ênfase dada à mediação cognitiva. Essas mudanças favorecem o surgimento de um variado número de orientações sobre o rótulo de terapias cognitivas, e com isso permite uma maior flexibilidade para entrada de uma diversidade de técnicas (ABREU; ROSO, 2003; MAHONEY; LYDDON, 1988), principalmente as estratégias vivenciais e experienciais que auxiliam o paciente a ultrapassar a compreensão racional, característica da TCC tradicional, como forma de intervir, por exemplo, em situações em que os pacientes apresentam esquemas rígidos, além do uso de práticas que incentivam atitudes de aceitação e de não julgamento (MELO, 2014; VANDENBERGHE; VALADÃO, 2013; YOUNG et al., 2008).

Os questionamentos sobre as concepções básicas da TCC trazem vantagens e desvantagens tanto sobre o processo de intervenção, quanto sobre a base teórica da abordagem. Uma vantagem consiste na ampliação do papel da cognição, que além de ser vista como mediadora da relação entre organismo e ambiente, passa a ser mais enfatizado o seu papel metacognitivo. Uma desvantagem é que ocorre a redução da supremacia da cognição sobre as emoções, ou seja, a mediação cognitiva é colocada em cheque. Esse fato proporciona a adesão ao processo terapêutico de técnicas e intervenções mais vivenciais e que valorizam a construção de significados e as emoções no processo terapêutico. Ao mesmo tempo que isso pode proporcionar maiores oportunidades de tratamento aos pacientes, pode levar o terapeuta a realizar intervenções sem considerar os fundamentos teóricos que as sustentam, simplesmente visando um resultado positivo.

Essa parece ser a posição de alguns psicólogos cognitivo-comportamentais que julgam as técnicas como mais relevantes na condução de intervenções terapêuticas em detrimento das orientações filosóficas que as embasam, como citado por Rangé (2001, p. 4) “Se o comportamento de terapeutas frente a seus clientes são semelhantes e conduzem a resultados semelhantes, que diferença faz, na prática, que o modelo que o descreva para terapeutas de orientações filosóficas diferentes sejam diversos?”.

Encarar as intervenções terapêuticas dessa maneira descaracterizam tanto as bases teóricas-filosóficas dos modelos psicoterapêuticos, pois são elas que distinguem um modelo de outro e que justificam todo o arcabouço de práticas usadas, quanto pode levar o terapeuta a um ecletismo técnico e teórico desenfreado, a ponto de realizar uma contradição performática na prática clínica. E o que poderia ser uma difusão de procedimentos que beneficiasse mais pessoas pode colocar em risco o próprio benefício.

A terceira hipótese está relacionada à demonstração empírica dos efeitos dessas intervenções, qualificando as abordagens em *mindfulness* como práticas baseadas em evidências, mostrando-se igualmente eficazes às intervenções da TCC (CHIESA; SERRETTI, 2011, SEGAL et al., 2002). Desde a fundação da TCC houve uma busca por evidências empíricas que demonstrassem a eficácia das práticas e técnicas utilizadas (BECK, 2005).

A quarta hipótese que contribui grandemente para essa integração e talvez a que gere mais controvérsias, é o fato de existirem importantes paralelos entre os pressupostos teóricos que embasam tanto as práticas de *mindfulness*, como a Terapia Cognitiva (RANGÉ; SOUZA, 2015; SIPE; EISENDRATH, 2012). O modelo cognitivo propõe que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento (BECK et al., 1997). Esse pressuposto também é difundido nas práticas de *mindfulness* que enfatizam a relação que o indivíduo estabelece com sua atividade mental, isto é, a percepção ou interpretação dos eventos é mais determinante na forma com que se sente e se comporta, do que o evento propriamente dito (WILLIAMS; PENMAN, 2015).

Diante do exposto, verifica-se que diversos fatores contribuem para a inserção de novas técnicas nas TCCs, favorecendo suas múltiplas possibilidades de atuação. Mesmo diante dessa pluralidade, a literatura considera como núcleo presente em todas as TCCs os três princípios propostos por Dobson e Dozois (2001/2010): o primeiro parte do pressuposto de que a atividade cognitiva influencia o comportamento; o segundo, que a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e o terceiro, que o

comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva, esses princípios, na TCC de Aaron Beck, enfatizam a mediação cognitiva como foco de todo o processo de intervenção terapêutico.

Considerando esses pressupostos e traçando um paralelo com as propostas de *mindfulness*, verifica-se que o primeiro princípio propõe que a atividade cognitiva influencia as respostas emocionais e comportamentais diante das situações vivenciadas, endossando a ideia de que o modo como o indivíduo se constrói ou interpreta a realidade é central para a maneira como se sente ou se comporta. Essa é uma premissa que também é encontrada nas bases filosóficas e práticas de *mindfulness*. Com as práticas de *mindfulness*, o indivíduo pode desenvolver maior clareza, perspectiva e objetividade dos conteúdos mentais, desarmando o gatilho que o faz reagir de forma automática às experiências (WILLIAMS; PENMAN, 2015).

O segundo princípio afirma que o conteúdo e o processo de pensamento é passível de ser conhecido, e que com treinamento apropriado e atenção, as pessoas podem se tornar cientes de seu próprio pensamento. Essa ideia é intencionalmente colocada nas meditações *mindfulness*, em que o treino em atenção plena envolve a proposta de observar todos os conteúdos internos e externos ao indivíduo, suspendendo todas as maneiras de interpretar a experiência e apenas observar como ela acontece no momento presente (SHAPIRO et al., 2006), assemelhando-se, nesse ponto, com o princípio de que a atividade cognitiva é passível de ser monitorada.

O terceiro princípio estabelece que pelo fato de as cognições serem passíveis de conhecimento e mediar as respostas às situações, pode-se intencionalmente modificar a maneira como se responde aos acontecimentos, obtendo respostas mais funcionais e mais adaptativas por meio da compreensão das próprias reações emocionais e comportamentais, assim como usar as estratégias cognitivas sistematicamente. O treino em atenção plena propõe por meio das atitudes de não julgamento e aceitação dos conteúdos mentais (KABAT- ZINN, 1990), encorajar o rompimento dos hábitos de pensamentos e comportamentos autocríticos e julgadores responsáveis por pensamentos e emoções angustiantes, e assim estabelecer uma nova forma de se relacionar com os conteúdos mentais (WILLIAMS; PENMAN, 2015).

Partindo desses paralelos, observa-se que o que é considerado como núcleo dentro das TCCs não é descaracterizado ao se incluir estratégias do tipo *mindfulness* em suas intervenções. Então, pode-se apontar três aspectos em que as estratégias de *mindfulness* podem ser integradas às de TCC:

1) As estratégias de *mindfulness* não serem incompatíveis com os pressupostos considerados núcleo para as TCCs;

2) As estratégias de *mindfulness* proporcionarem um meio para a desidentificação e redução de crenças nos pensamentos;

3) As atitudes de aceitação e não-julgamento presentes nas estratégias *mindfulness* contribuírem para quebrar o ciclo pensamentos, emoção e comportamento disfuncional.

Alguns autores defendem a existência de similaridades e complementariedade entre as práticas de TCC e de *mindfulness* (DEMARZO; BARROS; OLIVEIRA, 2015; RANGÉ; SOUZA, 2015), afirmando que as duas intervenções, mesmo metodologicamente diferentes, possuem objetivos relativamente similares e citando as práticas de *mindfulness* como uma alternativa à reestruturação cognitiva – habilidade a ser desenvolvida pela TCC em processo psicoterapêutico.

Mesmo diante dos posicionamentos que reafirmam essas similaridades entre *mindfulness* e TCC, o que se verificou ao fazer a comparação com as concepções teóricas foi uma grande divergência nos pressupostos epistemológicos e práticos dos modelos de intervenção comparados (TCC, MBSR e MBCT).

No modelo tradicional de TCC, atribui-se ao pensamento um caráter causal e determinante e à sua disfunção diferentes psicopatologias (BECK et al., 1997; MAHONEY, 1998). Assim, as intervenções desse modelo visam desenvolver estratégias para correções dos conteúdos cognitivos, como, por exemplo, os registros de pensamentos, as técnicas de reestruturação cognitiva, e de identificação e correção de crenças irracionais, que ainda hoje são usadas na prática clínica para corrigir padrões de pensamentos disfuncionais e alcançar como objetivo final uma reestruturação cognitiva, ou seja, um novo pensamento sobre aquela situação (BECK et al., 1997; J. BECK, 1997).

No MBSR e no MBCT, não é dado ao pensamento esse caráter causal e determinista, e ele é visto apenas como um evento mental, assim como as emoções, sensações e os comportamentos, e o que é considerado fonte de intervenção é a relação estabelecida com esses eventos mentais, pois a forma disfuncional de se relacionar com eles seria a responsável por diferentes psicopatologias e sofrimentos (KABAT-ZINN, 2005; TEASDALE et al., 2016; WILLIAMS; PENMAN, 2015). Assim, as intervenções nesses modelos utilizam exercícios experienciais que proporcionem a identificação de padrões de reação disfuncionais, a desconexão e desidentificação com os pensamentos,

visando promover a desfusão cognitiva (HAYES et al., 2012), bem como o desenvolvimento de atitudes de aceitação e não julgamento.

Percebe-se que mesmo existindo similaridades, essas podem ser consideradas superficiais. Além disso, o objetivo final de cada estratégia de intervenção é bem diferente, e o que norteia toda a fundamentação teórica e prática das TCCs, a mediação cognitiva (BECK et al., 1997; FREEMAN et al, 1990; J. BECK, 1997; MAHONEY; LYDDON,1988) não é considerada nas práticas e nos modelos de intervenção baseados em *mindfulness*. Sugere-se que essas práticas ao serem integradas proporcionam uma verdadeira revolução nas bases teóricas e práticas da TCC, principalmente por não considerar o foco de intervenção – a mediação cognitiva. Como afirma Martí (2016), nas intervenções baseadas em *mindfulness* deixa-se de dar atenção aos conteúdos das cognições para centrar-se no modo como a experiência se processa. E isso não é simplesmente um novo modo de lidar com os pensamentos, mas um novo modo de entender as cognições, que conseqüentemente muda a forma de intervir sobre elas, e para isso precisa de uma base teórica que sustente essas intervenções.

Além disso, esse novo modo de entender as cognições possibilita a inclusão de termos, oriundo das bases filosóficas de *mindfulness*, até então pouco frequentes no *setting* terapêutico de um cognitivista-comportamental, tais como: aceitação, não julgamento, consciência do momento presente, entre outros relacionados às posturas proposta por Kabat-Zinn (1990).

Diante do exposto, e retomando ao título da pesquisa, conclui-se que aceitar e mudar pensamentos não são necessariamente processos opostos, mas diferentes. E a inserção de práticas de *mindfulness* no processo terapêutico da TCC implica em formas diferentes de intervir com as cognições, pois aceitá-las implica diretamente em não precisar fazer nenhum esforço para mudá-las; basta percebê-las e encará-las como são, o que pode proporcionar uma mudança na relação com esses pensamentos e não necessariamente uma mudança no pensamento em si.

Por fim, embora existam algumas similaridades e divergências entre as práticas de *mindfulness* e de TCC, ainda há muito o que ser esclarecido sobre essa possibilidade de integração que vão desde as próprias concepções teóricas às bases de intervenção.

É importante salientar que as argumentações expostas nesta pesquisa não se basearam na premissa da existência de uma forma mais refinada ou melhor de se realizar psicoterapia, mas sim de que os modelos analisados partem de diferentes premissas epistemológicas para a intervenção. Discussões como essas proporcionam

uma reflexão sobre as bases teóricas e a compatibilidade entre os modelos analisados e contribuem para o esclarecimento das intervenções no contexto clínico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pretendeu-se identificar como os fundamentos teóricos do MBSR e da TCC são integrados no MBCT, por meio da identificação das principais estratégias dos programas MBSR e MBCT, e da comparação das concepções teóricas e práticas dos modelos analisados, contribuindo para o levantamento de questões

relacionadas às intervenções e ampliando a reflexão sobre a possibilidade de integração ou compatibilidade entre as propostas.

Diante das análises realizadas, foram sintetizadas algumas semelhanças entre as intervenções da TCC e das estratégias *mindfulness* que justificam a junção dessas estratégias no processo terapêutico. Uma delas, provavelmente, a principal, é que as estratégias de *mindfulness* não demonstram incompatibilidade com os pressupostos considerado núcleo para as TCCs; outra semelhança é das estratégias de *mindfulness* proporcionarem um meio para a desidentificação e redução de crenças nos pensamentos, objetivo também almejado nas intervenções da TCC, e por último, que as atitudes propostas pelas intervenções *mindfulness* de aceitação e não-julgamento contribuem para a quebra do ciclo pensamentos, emoção e comportamento disfuncional.

Apesar de serem identificadas semelhanças e algumas compatibilidades entre os paralelos teóricos da TCC e dos programas MBSR e MBCT, a diferença significativa entre os dois modelos está no modo como entendem as cognições, pois enquanto na TCC ela é causal e determinista, nos programas MBCT e MBSR a cognição é apenas um evento mental. Essa diferença, por mais sutil que pareça, influencia toda a metodologia das intervenções e se afasta da fundamentação teórica das TCCs, não porque cada modelo é rígido demais, mas porque suas intervenções são embasadas em pressupostos teóricos diferentes.

Verificou-se que as controvérsias tornam-se claras quando se considera o modelo cognitivo clássico de Aaron Beck, pois nesse modelo a ênfase colocada sobre a mediação cognitiva sustenta todo o referencial teórico e as intervenções, no entanto, ao se observar modelos mais flexíveis de TCC, como por exemplo, a Terapia

Construtivista⁷ verifica-se maior flexibilidade de inserção das estratégias *mindfulness*, pois o referencial teórico desse modelo terapêutico enfatiza em seu processo de intervenção a construção de significados e as emoções como foco de intervenção, apresentando maior compatibilidade com as intervenções *mindfulness*.

A ênfase dada à mediação cognitiva é algo já questionado dentro das TCCs, fato que provoca uma “crise” epistemológica, e ainda precisa ser discutido e analisado com mais cautela para que se obtenha um consenso sobre as bases que fundamentam a TCC e para que se possa incluir intervenções de outros modelos teóricos sem proporcionar uma incompatibilidade teórica e prática.

Durante a realização desse trabalho, foram identificadas dificuldades e limitações. Dentre as dificuldades estavam algumas confusões conceituais e dificuldades de posicionamento quanto a questões teóricas tanto da TCC, quando de *mindfulness* e dos programas MBSR e MBCT. No tocante às limitações, a única identificada foi a análise ter partido apenas da Terapia Cognitiva tradicional de Aaron Beck. Talvez a análise ou comparação com outras terapias consideradas cognitivo-comportamentais levaria a uma visão mais ampliada sobre as compatibilidades de *mindfulness* com as intervenções em TCC contemporâneas.

O tema discutido nesse estudo pode ser melhor desenvolvido por trabalhos futuros com a realização de uma análise de como os princípios fundamentais de *mindfulness*: aceitação, não julgamento, deixar ir, não lutar, mente de principiante poderiam ser usados no processo terapêutico da TCC, e qual a contribuição do uso desses termos para os resultados terapêuticos. Ou mesmo estudos que enfatizem ou demonstrem o uso integrado de intervenções *mindfulness* no contexto clínico da TCC,

⁷ Ao leitor interessado em obter maior informações sobre a Terapia Construtivista pode consultar a seguinte referência: ABREU, C. N.; ROSO, M. (e col.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista – novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

que possam contribuir para uma possível discussão sobre o quanto as intervenções baseadas em *mindfulness* se fazem eficazes, em detrimento das práticas tradicionais.

Espera-se, com este trabalho, despertar o olhar mais crítico sobre as intervenções realizadas no processo terapêutico e as bases teórico-filosóficas que sustentam tais práticas. E assim como muitos outros trabalhos é considerada como um ponto para despertar trabalhos posteriores sobre a temática e contribuir para um avanço no campo psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N.; ROSO, M. Cognitivismo e Construtivismo. In: ABREU, C. N.; ROSO, M. (e col.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista – novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BAER, R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. **Clinical Psychology: Science and Practice**, n. 10, p. 125-143, 2003.

BECK, A. T. The past and future of cognitive therapy. **The Journal of Psychotherapy Practice and Research**. v. 6, n. 4, p. 276-84, 1997.

BECK, A. T; RUSH, A. J; SHAW, B. F; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, A.T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. e cols. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. (Traduzido por Maria Adriana Veríssimo Veronese)

BISHOP, S.R., LAU, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N., CARMODY, J., et al. Mindfulness: a proposed operational definition. **Clinical Psychology**, 11, 230-241, 2004.

BOWEN, S.; CHAWLA, N.; MARLATT, G. A. **Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide**. New York: Guilford Press, 2011.

CAMPAYO, J. G. La práctica del estar atento (*mindfulness*) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. **Atencion Primaria**, v. 40, n. 7, p. 363-6, 2008.

CARDACIOTTO, L.; HERBERT, J. D.; FORMAN, E. M.; MOITRA, E.; FARROW, V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the philadelphia mindfulness scale. **Assessment**, n. 15, p. 204-223, 2008.

CHIESA, A.; MALINOWSKI, P. Mindfulness-based approaches: are they all the same? **Journal of Clinical Psychology**, v. 67, n. 4, p. 404-424, 2011.

CHIESA, A.; SERRETTI, A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 187, n. 3, p.441-453, 2011.

COSTA, N. **Terapia analítico-comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista**, 1. ed., Santo André: ESETec Editores Associados, 2002.

CRAIGHEAD, L.W.; CRAIGHEAD, W.E; KAZDIN, A.E.; MAHONEY, M.J. **Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems**. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1994.

CRANE, R. S. et. al. Disciplined improvisation: characteristics of inquiry in Mindfulness-Based Teaching. **Mindfulness**, v. 5, n. 6, 2014.

DATTILIO, M.F.; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tratamento de problemas clínicos**. Campinas: Editorial Psy, 1995. (Traduzido por M. Lopes e M. Carbajal).

DEMARZO, M.; CAMPAYO, J. G. **Manual prático mindfulness: curiosidade e aceitação**. São Paulo: Palas Athena, 2015.

DIMIDJIAN, S. et.al. Mindfulness-based cognitive therapy. In: KAZANTZIS, N. et al. **Cognitive and behavioral theories in clinical practice**. 1st ed. New York: Guilford Press, 2010, c.10.

DOBSON, K.S.; DOZOIS, D.J. Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies. In: DOBSON, K.S, editor. **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 3tr ed. New York: Guilford Press, 2010. c. 01. (Originalmente publicado em 2001).

EISENDRATH, S. J. et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 14, n. 95, p. 1-11, 2014.

ELLIS, A. Extending the goals of behavior therapy and cognitive behavior therapy. **Behavior Therapy**, 28, 33-339, 1997.

FALCONE, E. Psicoterapia cognitiva. In: RANGÉ, B. (Org) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** (p. 47-61). Porto Alegre, Artmed, 2005.

FELDER, J. N. DIMIDJIAN, S. SEGAL, Z. Collaboration in mindfulness-based cognitive therapy. **Journal of Clinical Psychology: In Session**, v. 68 n. 2, p. 179-186, 2012.

FREEMAN, A. Desenvolvimento das conceituações de tratamento na terapia cognitiva. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F. M. (Orgs.). **Compreendendo a terapia cognitiva.** Campinas: Editorial Psy, 1998. (Traduzido por M. Lopes e M. Carbajal)

FULTON, P. R.; SIEGEL, R. D. Psicologia budista e psicologia ocidental. In: GERMER, C. K., SIEGEL, R.D., FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia.** (p. 37-58) Porto Alegre, Artmed, 2016.

GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia.** Porto Alegre, Artmed, 2016.

GERMER, C. K. **El poder del mindfulness.** Barcelona: Paidós, 2011.

GRABOVAC, A. D.; LAU, M. A.; WILLETT, B. R. Mechanisms of mindfulness: a buddhist psychological model. **Mindfulness**, n. 2, p. 154-166, 2011.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor.** Porto Alegre: Artmed, 1999. (Traduzido por Andrea Caleffi).

HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; LEVIN, M. E. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. **The Counseling Psychologist**, v. 40, n.7, p. 976-1002, 2012.

HAYES, A.M.; FELDMAN, G.C. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. **Clinical Psychology Science and Practice**, n. 11, p. 255-262, 2004.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy.** New York: Guilford Press, 1999.

HERBERT, J. D., FORMAN, E. M. **Acceptance and mindfulness in cognitive**

behavior therapy: understanding and applying the new therapies. Hoboken, NJ: Wiley, 2010.

HIRAYAMA, M. S. **Freiburg Mindfulness Inventory:** adaptação cultural e validação para a língua portuguesa no Brasil. 2014. 173 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

HOLZEL, B. K. et al. How does mindfulness meditation work? proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. **Association for Psychological Science**, v. 6, n. 6, p. 537-559, 2011.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness has huge health potential – but McMindfulness is no panacea. **The Guardian**. outubro, 2015. Disponível em: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/oct/20/mindfulness-mental-health-potential-benefits-uk> Acesso em: 29/01/2016.

_____. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. **Contemporary Buddhism**, v. 12, n. 1, p.281-306, 2011.

_____. **Wherever you go there**. New York: Delta, 2005.

_____. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. **Clinical Psychology Science and Practice**, v. 10, n. 3, p. 144-156, 2003.

_____. Mindfulness meditation: what it is, what it isn't, and it's role in health care and medicine. In: HARUKI, Y.; ISHII, Y.; SUZUKI, M. **Comparative and psychological study on meditation**. Eburon, Netherlands, p. 161-169, 1996.

_____. **Full catástrofe living:** using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delta, 1990.

KENG, S. L.; SMOSKI, M. J.; ROBINS, C. J. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. **Clinical Psychology Review**, n. 31, p.1041-1056, 2011.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. n. 30, p. 54-64, 2008.

KUYKEN, W., et. al., How does mindfulness-based cognitive therapy work? **Behaviour Research and Therapy**, n. 48, p. 1105-1112, 2010.

LEAHY, R. L., TIRCH, D., NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LUTZ, A.; SLAGTER, H. A.; DUNNE, J. D.; DAVIDSON, R. J. Attention regulation and monitoring in meditation. **Trends in Cognitive Science**, 12, 163-169, 2008.

MAHONEY, M. J. **Processos humanos de mudanças: as bases científicas da psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MAHONEY, M. J.; LYDDON., W. Recent developments in cognitive approaches to acounseling and psychotherapy. **Counseling Psychology**, v. 16, p. 190-234, 1988.

MANUAL DE PUBLICAÇÃO DA APA/ American Psychological Association. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2012. (Traduzido por Daniel Bueno)

MELO, W.V. **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

OLENDZKI, A. As raízes de mindfulness. In: GERMER, C. K., SIEGEL, R. D., FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia**. (p. 268-289). Porto Alegre: Artmed, 2016.

OMIDI, A. et al. Comparing mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior therapy with treatments as usual on reduction of major depressive disorder dymptoms. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 15, n. 2, p. 142-146, 2013.

OSPINA, M. B. et al. Meditation practices for health: state of the research. **Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services**, n. 155, p. 1-263, 2007.

RANGÉ, B.; SOUZA, I. C. W. Semelhanças e diferenças entre mindfulness e as técnicas cognitivas tradicionais no trabalho psicoterapêutico. In: SANTOS, P. L.; GOUVEIA, J. P.; OLIVEIRA, M. S. **Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 81-103.

RAPGAY, L.; BYSTRISKY, A. Classical mindfulness: an introduction to its theory and practice for clinical application. **Annals of the New York Academy of Science**, n. 1172, p. 148-162, 2009.

ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. **A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SANTORELLI, S. F. **Mindfulness-based stress reduction (MBSR): standards of practice**. The Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society University of Massachusetts Medical School, 2014.

SIEGEL, R. D.; GERMER, C. K.; OLENDZKI, A. Mindfulness: what is it? Where did it come from? In: DIDONNA, F. (Ed.), **Clinical Handbook of Mindfulness**. New York: Springer, 2009. p. 17-35.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J. M. G.; TEASDALE, J. D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse**. New York, NY: The Guilford Press, 2002.

SIPE, W. E. B.; EISENDRATH, S. J. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 2, p. 63-69, 2012.

SHAPIRO, S. L.; CARLSON, L. E.; ASTIN, J. A.; FREEDMAN, B. Mechanisms of mindfulness. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 3, p. 373-386, 2006.

SHINOHARA, H. O. Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. In: BANACO, R. A.(Org.), **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. São Paulo: ARBytes, 1997. p. 1-5.

TEASDALE, J.; WILLIAMS, M.; SEGAL, Z. **Manual prático de mindfulness: (meditação da atenção plena): um programa de oito semanas para libertar você da depressão, ansiedade e do estresse emocional**. São Paulo: Pensamento, 2016.

TEASDALE, J. D. et al. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 70, n. 2, p. 275-287, 2002.

TURNER, C. J. **Mindfulness-based cognitive therapy**: theoretical considerations and practical implications for health care systems. 2012, 101 f. Professional Psychology Doctoral Projects. University of St. Thomas, Minnesota.

VANDENBERGHE, L.; VALADÃO, V. C. Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 9, n. 2, p. 126-135, Rio de Janeiro, 2013.

VANDENBERGHE, L.; SOUSA, A. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 2, n. 1, p. 35-44. Rio de Janeiro, 2006.

WELLS, A. **Cognitive therapy of anxiety disorders**: a practice manual and conceptual guide. Chichester: Wiley, 1997.

WILLIAMS, M.; PENMAN, D. **Atenção plena**. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E., **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema**: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANEXO 1

PRÁTICA DE MEDITAÇÃO SENTADA

Nessa prática utiliza-se a própria respiração como âncora, e baseia-se nas experiências e sensações de “respirar sabendo que se está respirando”, isto é, com atenção na respiração, momento a momento.

1. Encontre uma posição cômoda sentada, permitindo que o corpo se estabilize, lentamente, nessa posição. Faça uma ou duas respirações mais profundas para levar a atenção ao corpo e, aos poucos, comece a notar as sensações nesse momento (contato do corpo com o chão, com a cadeira, a temperatura da pele, sensações em geral).
2. Aos poucos comece a tomar consciência da respiração. Pode-se levar a atenção aos movimentos do tórax e do abdômen durante a inspiração e a expiração e/ou às sensações da passagem do ar que entra e sai pelas narinas durante a respiração. É importante seguir o fluxo natural da respiração, sem tentar alterá-la, apenas observando-o e tomando consciência dele.
3. Eventualmente a sua mente divagará para longe do foco na respiração e começará a planejar, sonhar acordada, ficar à deriva, isso é perfeitamente aceitável, é o que as mentes fazem. Não se trata de fracasso ou de um erro. Quando você notar que sua atenção não está mais na respiração, gentilmente e com delicadeza tome consciência de que a mente está divagando e deixe que as distrações passem, sem irritar-se ou julgá-las e, devagar, volte a dirigir a atenção para a respiração.
4. Antes de terminar a sessão volte à atenção para as sensações de todo o corpo neste momento e, aos poucos, finalize a prática.

PRÁTICA DE BODY-SCAN

Na prática de Body-scan (escaneamento corporal) usa-se as sensações de cada parte do corpo como âncora, para manter a atenção no momento presente. Essas sensações são observadas com detalhes e mantendo-se uma atitude de abertura e aceitação frente ao que surgir.

1. Decida a posição que vai querer praticar (deitado ou sentado), relaxe o corpo onde estiver acomodado da forma mais confortável possível.
2. Durante alguns minutos entre em contato com o movimento da sua respiração e as sensações do seu corpo, principalmente, dos movimentos do peito e do abdômen.
3. Agora decida se vai começar a prática pela cabeça ou pelos pés, de acordo com a preferência, a comodidade ou a necessidade.
4. Se escolher começar pela cabeça, pode-se explorar as sensações em todo o couro cabeludo, da base do pescoço até a testa, observando, devagar e conscientemente, todas as sensações nessa parte do corpo (temperatura, contato com o ar, com as roupas, o chão, a esteira etc.), incluindo as sensações agradáveis mas também os possíveis pontos de tensão, dor ou desconforto. Do mesmo modo deve-se percorrer toda a cabeça, incluindo a testa, as sobrancelhas, os olhos, os lábios e a boca, as orelhas, ambos os lados do rosto e a mandíbula. Em seguida, explora-se a região ao redor do pescoço, na frente e atrás. Depois a atenção se desloca para os ombros e para outras partes do corpo: mãos e braços, peito e abdômen, toda a extensão das costas, quadris e finalmente, as pernas e pés.
Caso opte por começar pelos pés, explore primeiro as sensações da temperatura deles, de preferência um pé de cada vez, incluindo os dedos. Do mesmo modo, continua-se explorando as pernas e demais partes do corpo até chegar ao topo da cabeça.
5. Se observar qualquer tensão, desconforto ou dor em alguma região específica do corpo durante a prática, além de explorar “mais de perto” a natureza dessa tensão, desconforto ou dor, imagine-se suavizando a região ou “respirando” com essas partes do corpo.
6. Antes de encerrar a prática, deve-se explorar por algum tempo as sensações do corpo como um todo. Em seguida, realiza-se algumas respirações mais profundas e movimentos lentos de alongamento de todo o corpo, para facilitar a fase de transição, até que finalize totalmente a prática.

PRÁTICA DE MEDITAÇÃO CAMINHANDO

Caminhar com atenção plena é uma forma simples de praticar mindfulness no dia a dia. Nesta prática, a âncora para trazer a atenção para o momento presente são as experiências e as sensações que se produzem ao “andar sabendo que se está andando”. Pode ser realizada em qualquer local, desde que se tome os devidos cuidados para evitar acidentes durante a prática.

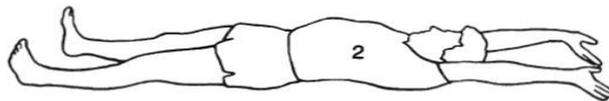
1. Permaneça em pé, em uma posição confortável e equilibrada. Em geral, a técnica é praticada de preferência descalço, e de olhos abertos, porém com o olhar relaxado, sem focar em um ponto específico. Deve-se evitar olhar para os pés ao andar o que constitui um reflexo natural durante a prática, e focar a atenção nas sensações de cada movimento, sem olhá-los. Pode-se também fechar os olhos, se preferir e se estiver em um local seguro.
2. Em pé, pode-se começar realizando uma ou duas respirações mais profundas, levando lentamente a atenção para o corpo. Depois, pouco a pouco, vai-se tomando consciência das sensações nos pés nesse momento: o contato com o chão, o peso do corpo sobre a superfície do solo e sobre os pés, as pernas, os quadris, a temperatura do chão e qualquer outra sensação de conforto ou desconforto nos pés e em todo o corpo nesse momento, não se esquecendo de prestar atenção na respiração.
3. A partir deste momento, pode-se iniciar a prática em si, começando pelo movimento de andar habitual, porém realizado de forma muito lenta e consciente de cada movimento dos pés e das pernas e/ou das sensações nos pés ao caminhar, movimento a movimento. Nota-se a textura do solo, a sensação de contato do corpo com o ar ao deslocar-se, o balanço dos braços ao andar etc.
4. Quando surgir alguma distração, pensamento ou sentimento, simplesmente deve-se tomar consciência, de modo gentil, de que a mente está divagando e, suavemente, deixar que as distrações passem, sem se irritar e sem julgá-las. Em seguida, lentamente, volta-se a atenção para a observação dos movimentos e sensações do corpo ao andar.
5. Antes de concluir a prática, deve-se levar mais uma vez a atenção às sensações do corpo como um todo e, aos poucos, finalize a prática.

PRÁTICA DE MOVIMENTOS COM ATENÇÃO PLENA

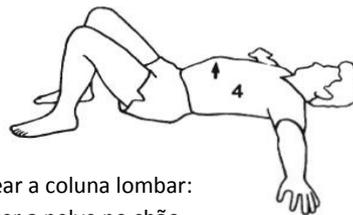
Esta prática utiliza movimentos corporais e alguns exercícios de hatha yoga como âncora para uma observação consciente do momento presente. Os movimentos e

as posturas são realizadas lentamente e com atenção plena em cada movimento. O ideal nesta prática é harmonizar o movimento e as posturas com o ritmo normal de respiração, tratando de integrar as duas ações de uma forma natural e consciente, explorando cada nova sensação que se apresenta. Em seguida, veremos os movimentos e posturas que compõe essa prática que pode ser realizado tanto deitado quanto sentado.

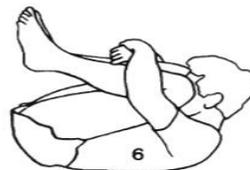
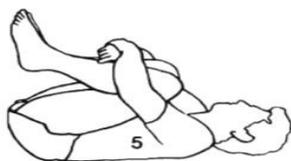
⁸MOVIMENTOS CONSCIENTES



Pressionar a região lombar
contra o chão



Arquear a coluna lombar:
manter a pelve no chão.



Ambos os lados



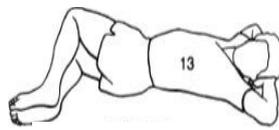
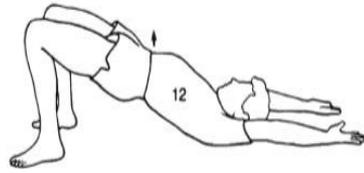
⁸ Figuras adaptadas de Kabat-Zinn (1990).



Ambos lados



Ambos lados



Ambos lados

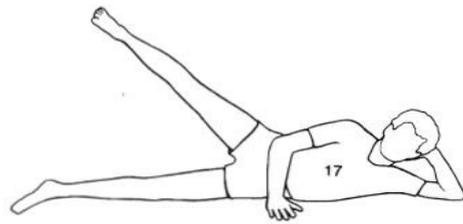
Ambos lados



Ambos lados



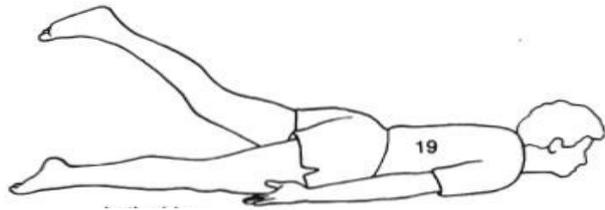
Ambos lados



Ambos lados

Ambos lados





Ambos os lados

