

***Mindfulness* nas Terapias Cognitivas e Comportamentais**

*Luc Vandenberghe**
*Ana Carolina Aquino de Sousa***

Resumo

O presente artigo aborda um conceito com origem nas práticas meditativas orientais, que passou a fazer parte da medicina comportamental a partir dos programas de redução de estresse de Kabat-Zinn. *Mindfulness* é definida como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento. Significa estar plenamente em contato com a vivência do momento, sem estar absorvido por ela. Só durante a década passada ganhou destaque nas literaturas comportamentais e cognitivas, enquanto anteriormente estava implicitamente presente nas práticas clínicas destas tradições. O artigo apresenta *Mindfulness* da forma em que é praticada em diferentes terapias contemporâneas. Discute-se ainda, as possibilidades terapêuticas que este conceito traz a partir de diferentes perspectivas teóricas.

Palavras-chave: meditação; terapia cognitivo-comportamental; aceitação.

Abstract

This article approaches a concept that originated in Oriental meditative practices, and became part of behavioral medicine starting with the stress reduction program of Kabat-Zinn. Mindfulness is defined as a specific mode of paying full attention – concentrated on the present moment, intentionally and non-judgmentally. It means being in contact with the present and not being involved in memories or in thoughts about the future. Although implicitly present in clinical practices of traditional behavioral and cognitive therapy, it only gained full visibility in the literature during the past decade. Mindfulness is presented in this article in the way it is practiced in different contemporary behavioral and cognitive therapies. The therapeutic possibilities that this concept opens up from different theoretical perspectives are discussed.

Key words: meditation; cognitive-behavior therapy; acceptance.

* Doutorado em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás, Psicólogo clínico.

** Mestrado em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás, Psicóloga clínica.

Introdução

A prática de *mindfulness* passou a fazer parte da medicina comportamental a partir dos programas de redução de estresse de Kabat-Zinn (1982). O conceito, cuja origem está nas práticas orientais de meditação (Hanh, 1976), despertou, logo no início dos anos de 90, o interesse de clínicos fora da área da medicina comportamental. Tomou de assalto as terapias comportamentais contextualistas, que já tinham afirmado sua identidade durante a década anterior (Zettle & Hayes, 1986; Kohlenberg & Tsai, 1987; Linehan, 1987) e se estabeleceu como uma característica central destas (Hayes, 2004). O presente artigo pretende apresentar *mindfulness* da forma em que é praticada em diferentes terapias comportamentais e cognitivas contemporâneas. Em seguida argumenta que a noção já estava implicitamente presente em práticas clínicas tradicionais, presença esta, que talvez explique a rápida absorção de um conceito aparentemente exótico por comunidades tão conscientes da sua herança conceitual como as dos terapeutas comportamentais e cognitivos.

Kabat-Zinn (1990) define *mindfulness* como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento. Concentrar-se no momento atual significa estar em contato com o presente e não estar envolvido com lembranças ou com pensamentos sobre o futuro. Considerando que as pessoas funcionam muito num modo que o autor chama de piloto automático, a intenção da prática de *mindfulness* seria exatamente trazer a atenção plena para a ação no momento atual. ‘Intencional’ significa que o praticante de *mindfulness* faz a escolha de estar plenamente atento e se esforça para alcançar esta meta. Está em contradição com a tendência geral das pessoas de estarem desatentas, ou de se perderem em julgamentos e reflexões que as alienam do mundo que as cerca. Para estar com atenção concentrada no momento atual, os conteúdos dos pensamentos e dos sentimentos são vivenciados na maneira em que se apresentam. Eles não são categorizados como positivos ou negativos. ‘Sem julgar’ significa que o praticante aceita todos os sentimentos, pensamentos e sensações como legítimos. A atitude de não julgar está em contraste com a tendência automática das pessoas de investirem na luta contra vivências aversivas, deixando de viver o resto da sua realidade. O praticante não trata de forma diferenciada, determinados

sentimentos (por exemplo, raiva contra uma pessoa admirada ou medo de algum aspecto de si mesmo), pensamentos (como idéias imorais) ou sensações (por exemplo, dor na ausência de uma lesão ou diagnóstico que a justifiquem). São suspensas as racionalizações pelas quais as pessoas costumam truncar suas percepções de eventos inquietantes para encaixá-los nas suas opiniões preconcebidas.

Uma idéia central na literatura sobre *mindfulness* é que viver sob o comando do piloto automático não permite à pessoa lidar de maneira flexível com os eventos do momento. Confiar no piloto automático promove modos rígidos e altamente limitados de reagir ao ambiente. Na vida urbana moderna, agimos muitas vezes sem estar emocionalmente envolvidos em nossas ações, ou fazemos várias coisas ao mesmo tempo, às vezes sem percebermos que as diferentes atividades têm diferentes objetivos e atrapalham entre si. Assim, podemos agir rápido e nos projetar como eficientes e produtivos. Em outros casos, permitimo-nos ficar tão emaranhados em nossos pensamentos e sentimentos sobre passado ou futuro, ou em nossas racionalizações sobre a nossa vivência, que perdemos contato com o que está acontecendo no momento atual (Hayes, 2004; Linehan, 1993; Kabat-Zinn, 1990).

Muitas vezes vivemos desta forma porque o contato com certos aspectos importantes do nosso cotidiano é doloroso. Evitamos pensamentos, sentimentos e situações que nos deixam tristes, inseguros ou envergonhados ou porque achamos que não agüentariamos. Esta esquivia experiencial, ou esquivia da vivência emocional, foi descrita por Hayes (1999) como a tentativa de não ter determinados sentimentos, pensamentos, memórias, ou estados físicos, por estes serem avaliados negativamente. Trata-se de uma estratégia adaptativa e socialmente aprovada que ocorre quando eventos privados passam a ser alvos de controle verbal. Esta estratégia visa a promover um ‘sentir-se bem’ com a ênfase em ‘bem’, mas isto ocorre ao custo da capacidade de ‘sentir-se bem’ com ênfase no ‘sentir-se’. A pessoa acaba evitando em curto prazo ‘sentir-se mal’, mas perde o contato com aspectos aversivos (porém importantes) da sua vivência (Hayes, Pankey & Gregg, 2002). Uma falha importante desta estratégia adaptativa é que a pessoa procura excluir sensações e sentimentos negativos, enquanto que estes não são danosos em si, mas sim sinais de condições de vida que deveriam ser enfrentados. Outra falha é que muitas

vezes a recusa de vivenciar essas sensações e sentimentos os torna mais insistentes. Quanto mais a pessoa tenta não tê-los, mais os terá (Hayes, 1987; Hayes, Pankey & Gregg, 2002). Pesquisa empírica também mostrou que tentativas de supressão, ou esquivas de conteúdos aversivos facilitam ruminação mental e levam ao aumento involuntário da atenção seletiva para tais conteúdos (Roemer & Borkovec, 1994), enquanto o treino de *mindfulness* reduz estes processos (Teasdale, 1999b).

Mindfulness no treino de redução de estresse

Tradicionalmente, o programa de redução de estresse é feito com grupos de 30 pacientes, com 8 sessões semanais, e com duração de cerca de 2 horas cada. O treino inclui muitas tarefas de casa. Cada participante é solicitado a dedicar até uma hora diária à prática e a planejar um dia intensivo de *mindfulness* por semana. Ocorre através de exercícios formais e informais (Kabat-Zinn, 1990). Um dos primeiros exercícios formais é uma varredura mental do corpo com atenção concentrada. Neste exercício, parte por parte do corpo é observada. O praticante vai notando todas as sensações que percebe e concentra a atenção intencionalmente nesta vivência. Aprende-se a estar atento diante de diferentes posições corporais: sentado, em pé ou deitado. Num outro exercício típico, o participante está sentado na cadeira ou com as pernas cruzadas em cima de um travesseiro e concentra sua atenção na experiência da respiração. Se a pessoa se distrai ou se uma emoção ou sinal corporal é percebido, este é intencionalmente reconhecido. Logo depois, volta-se a atenção para a respiração. O que o participante aprende é a aceitar, sem julgar, cada distração, sem se deixar comandar por esta.

Os exercícios formais incluem, além da varredura mental do corpo e a meditação em posição sentada, com concentração na respiração, também práticas de alongamento (explorando em detalhes sensações corporais como tensão, dor, outros); e técnicas meditativas adotadas do yoga. O alvo é vivenciar a respiração, os pensamentos, e os outros conteúdos sem querer mudá-los ou controlá-los, ou seja, permitir-se conscientemente observar o que está acontecendo no presente.

Os exercícios informais consistem em vivenciar situações do cotidiano de maneira plenamente consciente, com a atenção focada no que está acontecendo, sem julgar ou racionalizar. Pode tratar-se de subir a escada, trabalhar, fazer atividades em casa, estar junto com amigos, ou qualquer outra atividade. Estes exercícios enfatizam vivenciar plenamente e sem preconceito experiências positivas e negativas. Ao estar intencionalmente atento no aqui e agora, permite-se lidar de maneira criativa com situações cotidianas.

Há estudos indicando que este treino é eficaz na diminuição de problemas psicossomáticos (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2003), dor crônica (Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1986), fibromialgia (Kaplan, Goldenberg & Galvin, 1993), transtornos de ansiedade (Kabat-Zinn et al., 1992; Roemer & Orsillo, 2002), psoríase (Kabat-Zinn et al., 1998) e outros.

Mindfulness na prevenção de recaída de depressão

Teasdale (1999a; 1999b) propõe um modelo psicológico detalhado – o modelo de subsistemas cognitivos interativos - para fundamentar o uso do treino de *mindfulness* na prevenção de recaída da depressão em pessoas que passaram com sucesso pela terapia cognitiva. A intenção deste treino é que a pessoa aprenda a detectar, reconhecer amistosamente e logo depois soltar (permitir que vão embora) os pensamentos e os sentimentos depressogênicos, antes que estes reiniciem o espiral rumo à depressão. O programa padrão de Segal, Williams e Teasdale (2002) inclui, como o de Kabat-Zinn (1990), oito sessões com intervalos semanais, mas os grupos são menores, normalmente atendendo doze participantes, sendo que estes não podem estar deprimidos à época em que participam do treino. Primeiro, discute-se o fenômeno do piloto automático. Depois, as habilidades de *mindfulness* são treinadas. Finalmente, ensina-se como usá-las para lidar com pensamentos automáticos e como cortar o espiral depressivo no seu início.

No modelo do engenho central da cognição de Teasdale (1999a; 1999b), entradas sensoriais ativam esquemas cognitivos que dão sentido a essas informações. Os esquemas contêm informação abstrata e geral que a pessoa precisa para filtrar e entender suas percepções. Eles constituem o sistema implicacional. Este sistema,

sendo ativado por um dado estímulo, gera interpretações, inferências e atribuições em forma de pensamentos formulados como proposições lógicas. Estes pensamentos automáticos constituem o sistema proposicional que produz emoções e reações somáticas, além de direcionar a ação. Grandes números destas proposições concretas, por sua vez, podem ser sintetizados em crenças abstratas que são armazenados no sistema implicacional. As sensações somáticas (por exemplo: fadiga, desânimo) e emoções (por exemplo: tristeza), que são resultados de pensamentos automáticos, também fornecem novas entradas no sistema implicacional, onde podem alimentar esquemas depressogênicos.

Quando ambos os sistemas funcionam sem tampão (*buffer*), os sentidos gerados pelo sistema implicacional dominam o sistema proposicional diretamente e as emoções e sensações somáticas geradas pelo sistema proposicional entram diretamente no sistema implicacional. A pessoa reage de forma cega, sem visão do contexto, sob controle imediato da emoção isolada. O comportamento é impulsivo e irracional.

Quando o sistema proposicional funciona no modo de *buffer*, as informações provenientes do sistema implicacional serão compactadas junto com os elementos contextuais às quais são relacionadas. Isto resulta na elaboração racional dos conteúdos em redes de proposições claras e ordenadas. A pessoa pensa e reflete, julga e avalia. O sistema implicacional, funcionando sem *buffer*, porém, reage diretamente às entradas do momento, o que quer dizer que o sentido de tudo isto será vivido em nível bem superficial e sem integração com a visão da existência completa. Os significados mais amplos e mais sutis das vivências não entram no jogo e as implicações imediatas e concretas dominam.

Quando o sistema implicacional funciona no modo de *buffer*, as informações relativas às implicações dos conteúdos são compactadas e contextualizadas junto com as novas entradas provenientes de emoções, sensações e pensamentos. Estas informações permitem uma perspectiva mais ampla em relação aos conteúdos que são processados. Os eventos externos (entrada sensorial), os pensamentos (proposições) e as percepções de efeitos somáticos e emocionais da atividade do sistema proposicional serão processados como parte de um todo muito amplo. Ao mesmo tempo, o sistema implicacional reage diretamente às entradas do momento, sem *buffer*, o que significa que a razão está inteiramente dedicada ao momento, livre de

preconceitos, categorias e regras provenientes de fontes alheias à vivência que está sendo processada. Esta terceira forma de interação entre os subsistemas, Teasdale (1999a) a chama de *mindfulness*.

O ponto principal do raciocínio de Teasdale, Segal e Williams (1995) é que não são os pensamentos disfuncionais que causam a recaída na depressão, mas a forma em que a pessoa os processa. *Mindfulness* é um modo de funcionamento cognitivo incompatível com a configuração cognitiva que leva à recaída. Os exercícios copiados do programa de Kabat-Zinn (1990) permitem ao cliente aprender a perceber os primeiros sinais de perturbação emocional, e, ao mesmo tempo, manter uma perspectiva adequada sobre os pensamentos depressogênicos que emergem.

Teasdale et al. (2000) e Ma e Teasdale (2002) mostraram que as pessoas que têm mais ganho com este treino de *mindfulness* são aquelas com episódios depressivos recorrentes. Isto pode ser compreendido, já que se ensina aos participantes que o círculo vicioso depressivo é iniciado não pelo sentimento ou pensamento negativo, mas pelas tentativas emocionais ou racionais de esquiva que levam a um aumento dos conteúdos que eles tentam suprimir. Os participantes aprendem a não iniciar a ruminação depressogênica (Ramel, Goldin, Carmona, & McQuaid, 2004), mas, pelo contrário, aceitar plenamente o momento atual, incluindo seus aspectos negativos, e dedicar seus esforços para atividades relevantes.

As pesquisas de Segal e Ingram (1994), Segal, Williams, Teasdale e Gemar (1996), Williams, Teasdale, Segal e Soulsby (2000) e Teasdale et al. (2002) mostram que, entre os clientes que passaram com sucesso pela terapia cognitiva para depressão, os que têm maior probabilidade de recaída são aqueles que reagem à reocorrência de sintomas depressivos com tentativas de supressão do pensamento ou algum tipo de rejeição de sentimentos, produzindo assim, involuntariamente, cascatas de pensamentos negativos. O risco desse grupo de pessoas desenvolver episódios de depressão maior ou de transtorno de ansiedade generalizada é alto. O alvo do treino de *mindfulness* é reduzir nesses expacientes, a reatividade cognitiva a mudanças de humor. A terapia cognitiva baseada em *mindfulness* promove a recuperação de um maior leque de modos de reagir, como alternativos à ruminação depressiva. A aceitação de variações de humor e, especialmente, de sentimentos e sensações negativas é fundamental neste processo.

Com as técnicas de *mindfulness*, o cliente aprende a detectar o momento em que o humor está abaixando e a impedir a passagem que o piloto automático faz do humor negativo para o pensar negativo. Ele desenvolve a capacidade de aceitar o humor triste como parte do cenário e não como o aspecto central de sua existência. Aprende, através dos exercícios de *mindfulness*, a estar no momento presente, sem precisar acessar idéias a respeito do passado ou do futuro que estão de acordo com o modelo, contidos em esquemas depressogênicos.

O uso de *mindfulness* na Terapia Comportamental Dialética

A Terapia Comportamental Dialética é um programa desenvolvido por Linehan (1987), especificamente para o transtorno de personalidade *borderline*. Linehan (1993) introduz o treino de *mindfulness* no princípio do treino de habilidades sociais, uma das partes essenciais do programa.

Os componentes desta habilidade (*mindfulness*) são: (1) Observar: estar atento a eventos, a emoções e a diversos aspectos do próprio comportamento. Esta habilidade pretende que o participante aprenda a detectar e reconhecer estes eventos e a não usar estratégias de esquiva ou controle das emoções. Ele observa os conteúdos como sendo distintos de si mesmo. Com isto, sentimentos e pensamentos aversivos deixam de ser ameaçadores. (2) Descrever: refere-se ao relato verbal dos eventos e das próprias reações a eles. Aqui a escolha de uma linguagem que seja realmente descritiva, e não avaliativa ou explicativa, é importante. (3) Participar plenamente sem promover atividades paralelas como racionalizar ou justificar. As qualidades que definem estas habilidades na prática são: (1) Não julgar, isto é: não avaliar, categorizar, descartar ou desqualificar. (2) Estar atento, de forma integral, a somente uma coisa de cada vez. (3) Agir de forma efetiva, em total acordo com seus valores e alvos de vida.

Os exercícios no grupo são muito variados e incluem estar intencionalmente atento às sensações corporais, como por exemplo, as sensações de sentar numa cadeira, de colocar a mão numa superfície, e exercícios focando a observação dos próprios pensamentos e sentimentos, aprendendo que devem ser reconhecidos como simplesmente pensamentos e sentimentos e nada mais.

Linehan (1993) faz distinção entre três modos de funcionar: mente emocional; mente racional; e mente sábia. A mente emocional refere-se ao modo de ação impulsiva, dirigida pelo que sentimos. É genuína e intuitiva, mas instável e imprevisível. A mente racional seria o modo de funcionar sob controle do pensamento lógico. Garante a racionalidade, mas tem a desvantagem de ser frio, calculista e alienado. A mente sábia refere-se à sabedoria profunda que a pessoa tem, o que sente estar certo. É altamente intuitiva, mas direcionada pelos valores profundos da pessoa e a visão ampla que constrói de sua existência.

A diferença entre a mente racional e as outras duas mentes é que estas estão relacionadas ao sentir, e não ao pensar. O que parece ser verdadeiro ou certo enquanto o calor da emoção está no seu auge se refere à mente emocional. Se a pessoa espera e deixa esse calor passar, e ainda sente que aquilo é verdadeiro, pode se tratar da mente sábia. A mente emocional pode ser reconhecida pela intensidade da emoção, enquanto que a mente sábia é marcada pela continuidade. A pessoa encontra-se neste modo de funcionar quando suas emoções e sua razão estão em sintonia, facilitando ação sábia, mesmo quando sua vida ou as circunstâncias estão realmente difíceis. Neste modo, a pessoa pode abraçar cada momento como é e não como gostaria (ou temeria) que fosse. Isto não só permite que a pessoa participe mais plenamente de momentos felizes da vida e entenda com mais clareza os seus problemas, mas também que não crie desnecessariamente mais sofrimento para si mesma e atue com mais agilidade quando for necessário.

Enquanto o transtorno de personalidade *borderline* é marcado por variações de humor bruscas, por mudanças radicais entre idealização e desvalorização de outros nos relacionamentos íntimos e significativos e por padrões de relacionamento interpessoal caótico, como também por instabilidade e fragmentação da percepção de si, na filosofia dialética de Linehan (1993) conceitos como 'bom', 'mau', ou 'inadequado' são comparáveis a fotografias instantâneas que representam momentos arbitrariamente escolhidos de um processo dinâmico que não se deixa categorizar em termos tão unipolares. Para a pessoa com este transtorno, *mindfulness* é uma habilidade útil para o enfrentamento de emoções e desejos extremos e contraditórios. Representa a construção do meio termo, sem precisar abrir mão de sentimentos contraditórios, mas genuínos, sem abrir mão das posições fortes, e sem tentar controlar

ou reprimir sentimentos intensos. O objetivo é praticar e vivenciar a mente sábia.

Tendo acesso à mente sábia, a pessoa é capaz de acolher conteúdos aversivos ao invés de fugir ou esquivar-se deles. Com a diminuição da esQUIVA vivencial, sentimentos e pensamentos aversivos se tornam mais toleráveis. Assim, cria-se uma relação mais amistosa com conteúdos negativos e aumenta-se a capacidade de entrar em contato plenamente com os sentimentos. Com esta habilidade, pode-se aprender a entender quando, como e em que circunstâncias terá emoções e pensamentos negativos. Uma vez que detecta os determinantes das suas próprias reações, é possível agir sobre as causas. E com esta habilidade refinada, a pessoa pode se conhecer melhor, bem como suas tendências e vieses. Conhecendo-se melhor, será capaz de lidar melhor consigo mesma e se respeitar mais. Trata-se da forma de viver que a terapia comportamental dialética promove (Linehan, 1993).

Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

A ACT (da expressão original em inglês *Acceptance and Commitment Therapy*) foi desenvolvida a partir da releitura contextualizadas do processo psicoterapêutico (Hayes, 1987). Um dos alvos principais da ACT é a redução da esQUIVA experiencial, que é vista pela teoria como uma das maiores fontes do sofrimento humano. A ACT promove uma atitude de aceitar pensamentos e emoções como realmente são, e não como parecem ser. Uma vez livre da luta contra as próprias avaliações, pensamentos e sentimentos, as pessoas podem agir de modo produtivo sobre seu ambiente.

O modelo postula que os transtornos de ansiedade são decorrentes da socialização da pessoa de acordo com quatro contextos sócio-verbais patogênicos, que resumem uma variedade de armadilhas embutidas na forma em que se faz uso da linguagem no ato de pensar (Hayes, Pankey & Gregg, 2002). O contexto de literalidade refere-se à tendência de idéias e pensamentos a se tornarem fonte de regulação de emoções e comportamentos mais importantes. Assim, não há espaço suficiente para o efeito regulador saudável da experiência direta. Os conceitos podem determinar nossas reações como se fossem literalmente fatos, e

esquecemos que não são nada mais do que produtos verbais. Se o controle verbal se torna excessivo, as pessoas começam a viver em função dos conceitos, crenças e vieses. O contexto de avaliação refere-se à tendência automática de categorizar eventos em termos de bons ou ruins. Se estas avaliações não são baseadas nas vivências diretas e contextualizadas em ampla visão das mesmas, podem influenciar nossas reações de maneiras injustas e rígidas. Isto acontece principalmente quando são baseadas em regras sociais ou construções verbais.

O contexto de controle refere-se à tendência de tentar-se eliminar os sentimentos, pensamentos e sensações avaliados como negativos. Trata-se de tentar rejeitar aspectos de sua própria vivência, ao invés de enfrentar as condições no contexto da vida que os geram. O contexto de dar razões refere-se a tentativas de criar explicações literais para os problemas, tornando estes últimos socialmente aceitáveis ou ao menos compreensíveis. Enquanto a cultura em geral oferece amplo apoio a esta estratégia, mostrando mais compaixão, tolerância e outras vantagens às pessoas que conseguem explicar bem suas ansiedades e seus comportamentos auto-destrutivos, esta produção de razões lógicas e aceitáveis pode afastar as pessoas cada vez mais do contato com as condições que realmente poderiam mudar para resolver seus problemas.

Mindfulness pode ajudar a enfraquecer os diferentes contextos sócio-verbais patogênicos: (1) O contexto de avaliação, porque os exercícios de *mindfulness* levam a habilidades de vivenciar seus conteúdos como realmente são, sem categorizá-los ou atribuir conceitos e significados derivados de outras fontes. (2) O contexto de controle, porque a pessoa aprende a respeitar pensamentos e sentimentos positivos e negativos. (3) O contexto de dar razões, porque nos exercícios de *mindfulness* a pessoa aprende a vivenciar o momento sem racionalizar. (4) O contexto de literalidade, porque o cliente aprende a reagir a pensamentos pelo que são – nada mais do que pensamentos - mesmo quando são desagradáveis.

Hayes e Gregg (2000) distinguem três níveis da vivência de si. O Eu Conceitual é o que pensamos sobre nós mesmos. São conceitos que explicam o que a pessoa percebe a respeito de si mesma. Identificar-se demasiadamente com seu Eu Conceitual gera atitudes defensivas, rígidas e desonestas. A pessoa que cai nesta armadilha terá dificuldade de aceitar ou até mesmo

entender aspectos da sua vivência que não cabem na camisa de força do seu auto-conceito e se dedicará a disfarçar ou negar estes aspectos. Muito importante no processo de distanciar-se deste Eu é que a pessoa retira o caráter literal de seus pensamentos e regras, aprende que estes não são o que parecem significar. Neste processo, o cliente aprende que ele não é o que pensa sobre si mesmo. Pode descobrir que seus pensamentos são nada mais do que seus próprios comportamentos verbais e, portanto, não podem impor nenhuma realidade ao que ele deveria se adequar.

O Eu Vivencial é a vivência dos sentimentos, sensações e pensamentos. Neste nível, a pessoa se reconhece no fluxo perpétuo de mudanças. Ter contato com o Eu Vivencial leva a características saudáveis como atitudes flexíveis, genuínas, abertura para a experiência e capacidade de crescimento. Porém, realmente identificar-se com estes conteúdos mutáveis e imprevisíveis caracteriza-se por um modo de ser altamente instável e impulsivo.

O Eu Observador corresponde à perspectiva transcendente, em que a pessoa tem consciência que não é nem os conceitos que ela tem sobre si, nem os conteúdos que vivencia, que todos estes são eventos com os quais lida, mas que são distintos dela mesma. O contato com este nível de ser permite que a pessoa se reconheça como expectadora dos seus problemas e conflitos e, assim, consegue entendê-los melhor porque não se confunde com eles. Esta tomada de distância em relação aos pensamentos e sentimentos aumenta a tolerância aos mesmos, bem como permite ver suas implicações mais amplas com mais clareza.

Mindfulness, na ACT, é praticar o Eu como perspectiva e não como conteúdo. A intenção é aumentar a consciência que a pessoa pode ter de sua vivência interior (emoções, pensamentos, sensações) por habilidades que envolvem observação e aceitação. A aceitação de sentimentos e sensações (que não são sempre o que desejamos) facilita a disposição para agirmos num mundo que não está sob nosso controle, mas em que podemos ter efeitos importantes, com a condição de nos envolvermos ativamente nele, ao invés de vivê-lo em nossa cabeça. Desta perspectiva, a pessoa não é seu fluxo de consciência, já que todos os conteúdos passam, enquanto ela permanece. Aprende a tomar a posição de observador que permite um contato íntimo com os conteúdos e o fluxo dos momentos da vida, sem se confundir com estes, podendo enxergar o sentido mais

amplo dos mesmos. Assim, a pessoa torna-se capaz de agir de acordo com seus valores e não sob o controle dos contextos sócio-verbais descritos acima.

Mindfulness nas terapias comportamentais de primeira e segunda geração

O movimento da terapia comportamental conheceu três ondas. Na primeira, o modelo clássico pautado na teoria pavloviana, técnicas de exposição dominam o tratamento. Representantes atuais da terapia comportamental clássica, como os programas de tratamento para transtornos de ansiedade usando exposição ao vivo, têm apoio empírico importante (Eysenck, 1994). A segunda onda se caracterizou pelo modelo cognitivo racionalista, com base em processos psicológicos mediados por sistemas de crenças subjacentes. São as terapias cognitivo-comportamentais argumentativas, cuja área de aplicação mais tradicional é a dos transtornos de humor (Beck, 1995).

A terceira onda prima pela procura de epistemologias alheias, como o construtivismo cognitivo, releituras contextualistas do behaviorismo radical, ou vários novos modelos cognitivos mais interativos e menos lineares. É pautada numa visão contextual de eventos privados e relações interpessoais (Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993; Linehan, 1993; Hayes, 2004), diferente das tentativas diretas de modificar pensamentos ou sentimentos, como foi a prática das duas ondas anteriores. Um princípio central nas terapias da terceira onda é que pensamentos não devem controlar diretamente a ação. A pessoa deveria agir de acordo com seus valores, algo muito mais intuitivo. A racionalidade implacável é objeto de desconfiança (Hayes, Pankey & Gregg, 2002). A noção de *mindfulness* é claramente coerente com estas preocupações e foi bem recebida pelas vertentes da terceira onda, tanto na ala cognitiva quanto na comportamental.

Para poder perguntar-nos se *mindfulness* é uma inovação inusitada ou é um novo nome para um princípio que já fez parte das práticas comportamentais e cognitivas tradicionais, sem ter sido identificadas explicitamente na teoria, precisamos resumir *mindfulness* numa definição operacional. A diversidade de compreensões da prática nas diferentes terapias

chamou para tentativas de criar uma descrição dos processos psicológicos envolvidos. Bishop et al. (2004) propuseram um modelo de *mindfulness* consistindo de dois componentes. O primeiro é a regulação intencional da atenção, focada na vivência imediata. Isto permite a detecção de eventos privados no momento em que ocorrem. O segundo componente envolve a orientação para a experiência, caracterizada por curiosidade, abertura e aceitação.

O primeiro componente implica capacidades de sustentar a atenção e trocar o foco da atenção intencionalmente e de maneira flexível quando houve uma distração. O resultado desta prática é que a pessoa não fica presa na elaboração automática e desnecessária da experiência e das suas associações, que podem levar a processos de ruminação. Assim, a prática de *mindfulness* libera recursos cognitivos presos nessa elaboração secundária da vivência, o que leva à capacidade de processar diretamente maior variedade de eventos. Isto possibilita uma perspectiva mais ampla das vivências.

O segundo componente é a abertura vivencial para a realidade do momento atual. Depende de uma decisão consciente de abandonar suas tentativas de não viver o momento como é, e de permitir que pensamentos, sentimentos e sensações se apresentem espontaneamente. É uma atitude receptiva frente à própria experiência. Ao invés de perceber a vida através de um filtro de crenças, suposições, expectativas e defesas, uma visão muito mais ingênua da vivência é possível. Esta prática deve diminuir as estratégias de esquiva, e estilos de *coping* repressivos. Mudando o contexto subjetivo em que sentimentos e sensações negativos são vivenciados, torna estes últimos menos ameaçadores.

A terapia comportamental clássica foi desde os primórdios direcionada para a eliminação de respostas problemáticas. Eysenck (1959; 1963) declarou que um transtorno psicológico é tratado quando as reações emocionais condicionadas são eliminadas. Em oposição total à filosofia de *mindfulness*, o alvo dos procedimentos é eliminar conteúdos inadequados. A diferença salta imediatamente aos olhos. Já que *mindfulness* não promove a mudança dos conteúdos, ela parece destoante da terapia comportamental clássica (que procura a mudança das respostas emocionais) e da cognitiva (que promove a reestruturação dos pensamentos e das crenças).

Também deve ser observado que o “eliminacionismo” das abordagens de cunho pavloviano exigem o envolvimento intencional e intenso da parte do cliente (Eysenck, 1963; Rachman, 1998). O tratamento indicado para transtornos de ansiedade consiste de trabalhos de exposição ao vivo, através de exercícios em que o cliente entra em contato com os pensamentos e sentimentos que mais provocam ansiedade, sem tentar esquivar ou fugir e aceitando a ansiedade sem avaliá-la negativamente ou tentar suprimi-la. Nos exercícios de casa, que consistem em levar o cliente a expor-se no dia a dia às situações ansiogênicas, há a intenção de ajudá-lo a aprender a tolerar as mesmas de forma consciente, como também os pensamentos e as emoções que elas provocam, sem elaborá-los em sentidos catastróficos. Durante todo o trabalho de exposição, a pessoa intencionalmente encara o que antes considerou insuportável, e tolera os sentimentos negativos decorrentes desta atitude. Neste ponto, a prática tradicional da exposição ao vivo mostra um componente importante de *mindfulness*.

A primeira vista, as terapias pertencentes à segunda onda são as menos compatíveis com *mindfulness*. Na terapia cognitivo-comportamental tradicional, a saúde mental é fortemente identificada com o que é racional. Enquanto as práticas de *mindfulness* promovem uma mudança geral na maneira de lidar com eventos privados, Beck (1995) e Ellis (1974) ensinam a modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas. O cliente aprende a observar e identificar os pensamentos depressogênicos, distorções cognitivas e crenças irracionais e a corrigi-los. Porém, como apontam Segal, Teasdale e Williams (2004), há um aspecto de *mindfulness* que já estava implicitamente presente nestas terapias desde o advento da segunda onda. Participando do trabalho de reestruturação cognitiva, o cliente logo aprende que o que pensa sobre si mesmo não é a representação correta da realidade. Aprende no processo que mudanças em suas atitudes influenciam suas reações emocionais. Também descobre que pode pensar diferentemente e que os conteúdos dos seus pensamentos, longe de serem informações objetivas e confiáveis, são produções subjetivas dele próprio.

Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental tradicional implicitamente promove mudanças amplas na relação que a pessoa mantém com seus pensamentos. Como resultado de repetidamente identificar pensamentos, crenças e distorções e tomar uma atitude

crítica em relação a estes, o cliente pode realizar uma mudança geral em sua perspectiva para com os eventos cognitivos. Ao invés de vê-los como atributos de si mesmo ou representações de fatos, acaba vendo-os como eventos internos que não possuem necessariamente valor literal. É possível que esta similaridade no nível prático (apesar da inovação teórica) tenha facilitado a rápida absorção de *mindfulness* na tradição cognitivo-comportamental.

A maior diferença continua sendo que, de acordo com a prática de *mindfulness*, não é considerado proveitoso entrar no mérito dos conteúdos, ou tentar controlar pensamentos negativos, mas observá-los, não tomá-los pessoalmente e aceitar a sua natureza defeituosa. As técnicas de *mindfulness* não tocam no conteúdo dos pensamentos e não são específicas para o tipo de distorção cognitiva que o cliente apresenta. A prática explícita de *mindfulness*, neste sentido, constitui uma inovação na prática clínica e representa um acréscimo no arsenal de técnicas terapêuticas disponíveis.

Referências Bibliográficas

- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bishop S. R.; Lau M. A.; Shapiro S.; Carlson L.; Anderson N. D.; Carmody J.; Segal, Z. V.; Abbey, S.; Speca, D.; Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Ellis, A. (1974). *Techniques of disputing irrational beliefs*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behavior therapy. *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- Eysenck, H. J. (1963). Behavior therapy, extinction and relapse in neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 109, 12-18.
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behavior Research and Therapy*, 32, 477-495.
- Grossman, P.; Niemann, L.; Schmidt, S. & Walach, H. (2003). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hanh, N. T. (1976). *The miracle of mindfulness: A manual for meditation*. Boston: Beacon.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. Em: N. S. Jacobson (Org.). *Psychotherapists in Clinical Practice* (pp.327-387). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (1999). Acceptance and commitment therapy in the treatment of experiential avoidance disorders. *Clinicians Research Digest*, 17, 1-2.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationships. Em: S. Hayes; V. Follette & M. Linehan (Orgs.). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. & Gregg, J. (2000). Funcional contextualism and the self. Em: J. C. Muran (Org.). *Self-relations in the psychotherapy process* (pp.291-307). Washington: American Psychological Association.
- Hayes, S. C.; Pankey, J. & Gregg, J. (2002). Anxiety and acceptance and commitment Therapy. Em: E. Gosh & R. DiTomasso (Orgs.). *Comparative treatments of anxiety disorders* (pp. 110-136). New York: Springer.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L.; Burney, R. & Sellers, W. (1986). Four-year follow-up of a meditation-based stress reduction program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J.; Massion, A. O.; Kristeller, J.; Peterson, L. G.; Fletcher, K. E.; Pbert, L.; Lenderking, W. R. & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J.; Wheeler, E.; Light, T.; Skillings, Z.; Scharf, M. J. & Cropley, T. G. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kaplan, K. H.; Goldenberg, D. L. & Galvin, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.

- Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1987). Functional analytic psicoterapy. Em: N. Jacobson (Org.). *Psychoterapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp.388-443). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J.; Tsai, M. & Dougher, M. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16 (2), 271-282.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Journal of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Rachman, S. (1998). *Anxiety*. London: Taylor & Francis.
- Ramel, W.; Goldin, P. R.; Carmona, P. E. & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Roemer, L. & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 467-474.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and practice*, 9, 54-68.
- Segal, Z. V. & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 663-695.
- Segal, Z. V.; Teasdale, J. D. & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness based cognitive therapy: Rationale and empirical status. Em: S. Hayes; V. Follette & M. Linehan (Orgs.). *Mindfulness and Acceptance: The new behavior therapies* (pp.45-65). New York: Guilford.
- Segal, Z. V.; Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Segal, Z. V.; Williams, J. M.; Teasdale, J. D. & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26, 371-380.
- Teasdale, J. D. (1999 a). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavior Research and Therapy*, 37, 53-77.
- Teasdale, J. D. (1999 b). Metacognition, mindfulness and the modification of mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D.; Moore, R. G.; Hayhurst, H.; Pope, M.; Williams, S. & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 275-287.
- Teasdale, J. D.; Segal, Z. V. & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavioral Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D.; Segal, Z. V.; Williams, J. M. G.; Ridgeway, V. A.; Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Williams, J. M. G.; Teasdale, J. D.; Segal, Z. V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 150-155.
- Zettle, R. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

Recebido em: 24/05/2006

Aceito em: 10/06/2006