

INTERSEÇÕES POSSÍVEIS ENTRE MINDFULNESS E COMPAIXÃO COM A TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

NAZARÉ DE OLIVEIRA ALMEIDA
MARCELO DEMARZO
CARMEM BEATRIZ NEUFELD

Nazaré de Oliveira Almeida — Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto Paranaense de Terapias Cognitivas (IPTC). Especialista em Dinâmica dos Grupos pela Sociedade Brasileira de Dinâmica dos Grupos (SBDG). Especialista em Políticas Públicas de Avaliação da Educação Superior pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila). Mestre em Educação Tecnológica pelo Centro Federal de Educação Tecnológica (Cefet-MG). Doutoranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto. Instrutora de *Mindfulness* pelo Mente Aberta (Unifesp). Instrutora de Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) pelo Oxford Mindfulness Centre (em formação). Instrutora de Compaixão e Autocompaixão (*mindful selfcompassion* [MSC]) pelo Center for Mindful Self-Compassion (em formação). Instrutora de Mindful Eating pelo Center of Mindful Conscious-Living (Nível 1). Psicóloga. Terapeuta pela abordagem da Terapia Focada na Compaixão. Docente.

Marcelo Demarzo — Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa de Residência Médica do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Doutor em Ciências Médicas pela FMRP-USP. Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Instrutor Certificado de *Mindfulness* pelo Breathworks Institute e pelo Center for *Mindfulness* in Medicine, Health Care, and Society da University of Massachusetts. Coordenador do Mente Aberta — Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde da Unifesp. Responsável pela Especialização em *Mindfulness* da EPM-Unifesp.

Carmem Beatriz Neufeld — Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora em Psicologia pela PUCRS. Pós-Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Livre-Docente pela Universidade de São Paulo (USP). Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) da USP. Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Terapeuta Cognitiva Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC).

■ INTRODUÇÃO

O **enfoque cognitivo-comportamental** na atualidade contempla uma série de abordagens que dele derivam ou a ele se correlacionam. Esse enfoque tem como pressupostos:

- consideração de três diferentes instâncias (pensamentos, emoções e comportamentos), que, apesar de indissociáveis em termos de interação, seguem regras específicas;
- lógica da pesquisa e da prática baseada em evidências;
- ênfase em resultados.

Por sua vez, na atualidade, o **mindfulness** tem ocupado cada vez mais o interesse científico e popular, por meio das práticas meditativas. Variados contextos têm experimentado os benefícios do **mindfulness**, entre eles, a saúde, o esporte, a educação e o mundo do trabalho.

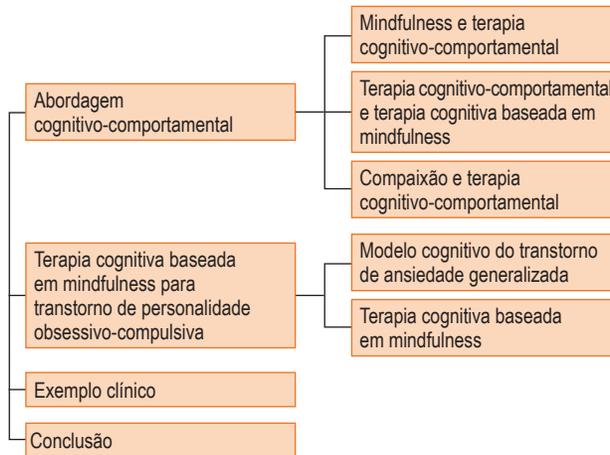
Nos últimos anos, também a **compaixão** — assunto mais abrangente, porém íntima e inseparavelmente correlacionado ao **mindfulness** — tem sido foco de interesse do mesmo público. Essas duas abordagens são exploradas do ponto de vista de suas especificidades, convergências e divergências dentro do enfoque cognitivo-comportamental.

■ OBJETIVOS

Ao final da leitura deste capítulo, o leitor será capaz de

- descrever as abordagens de **mindfulness** com o enfoque cognitivo-comportamental;
- diferenciar as abordagens de **mindfulness** e suas relações com a psicoterapia;
- revisar a terapia cognitiva baseada em **mindfulness** (em inglês, *mindfulness-based cognitive therapy* [MBCT]);
- analisar a noção de **compaixão**;
- avaliar a terapia focada na **compaixão** (em inglês, *compassion focused therapy* [CFT]).

■ ESQUEMA CONCEITUAL



■ ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O enfoque ou a abordagem cognitivo-comportamental é um grupo de teorias ou modelos que têm como pressupostos:

- consideração de três diferentes instâncias (pensamentos, emoções e comportamentos), que, apesar de indissociáveis em termos de interação, seguem regras específicas;
- lógica da pesquisa e da prática baseada em evidências;
- ênfase em resultados.

Esse enfoque ou abordagem cognitivo-comportamental vem incorporando inovações desde o seu surgimento na década de 1960. Segundo Isabel Caro (1997; 2009) e Garcia-Martínez (2014), seus modelos cognitivos podem ser classificados em três diferentes tipos (Quadro 1).

Quadro 1

CLASSIFICAÇÃO DOS MODELOS COGNITIVOS	
Modelos de reestruturação cognitiva	Desenvolvidos por Beck (1982) e Ellis (1997), entre outros, que enfatizam o papel das crenças das pessoas, a resolução de problemas e as mudanças nas atividades defeituosas do processamento da informação características do transtorno psicológico.
Modelos cognitivo-comportamentais	Desenvolvidos por Meichenbaum (1997) e Nezu (1989, 2004), seguidos de Barlow (Barlow & Cerny, 1999) e Lineham (1993, 2010), entre outros (Rangé, Falcone, & Sardinha (2007), considerando o pensamento como um conjunto de autoenunciados encobertos, dessa forma, regidos pelas leis do condicionamento.
Modelos construtivistas	Desenvolvidos por Gonçalves (1997) e Guidano (1983), seguidos de Mahoney (1998) e Neimeyer (1997), entre outros, considerando os seres humanos participantes proativos em suas experiências e seu desenvolvimento pessoal, refletindo processos individualizados, auto-organizadores, que favoreçam a manutenção dos padrões experienciais.

Fonte: Adaptado de Caro (2009).

A classificação de Caro Gabalda (2009) tem larga aceitação na atualidade, e mesmo aquelas teorias integradoras entre os três modelos — por exemplo, a terapia do esquema desenvolvida por Jeffrey Young (Young, Klosko & Weishaar, 2003) — podem ser contempladas pela classificação.

Sobre a **integração**, vale ressaltar que parece ser o movimento comum surgido nas pesquisas teórico-clínicas recentes. Por exemplo, Aaron Beck publicou, em 2016, um artigo integrando seu modelo cognitivo com mecanismos biológicos que sustentam algumas características cognitivas do transtorno.



LEMBRAR

O modelo unificado de Aaron Beck abrange vários níveis de análise e áreas do conhecimento, incluindo clínico, cognitivo, biológico e evolucionista para fornecer um quadro amplo que explique a sintomatologia da depressão e seu curso natural, da predisposição à recuperação.

Dryden e Still (2006) consideram que a inserção decisiva de *mindfulness* no Ocidente — promovendo, como consequência, seu encontro com a abordagem cognitiva — ocorreu principalmente por duas iniciativas simultâneas.

A primeira foi do trabalho de **Ellen Langer** (1989), pesquisadora do pensamento sob o enfoque da psicologia experimental e da psicologia positiva. Ellen Langer (1989), a primeira psicóloga da Harvard University, tornou-se conhecida por suas contribuições para o estudo de *mindfulness* e o conceito chamado por ela de *mindlessness*, que ela dizia tratar-se de uma forma na qual os indivíduos vivem no piloto automático, ao utilizarem, de forma contínua, referências prontas, hábitos, informações antigas, regras cognitivas rígidas e a aceitação do que é socialmente considerado correto.

Dessa forma, de acordo com o conceito de *mindlessness*, as tarefas rotineiras automatizadas funcionam **autonomamente**, por meio de modelos preestabelecidos, faltando, contudo, análise crítica nas atitudes e nos comportamentos já internalizados. Em 1989, Ellen Langer (1989) publicou *Mindfulness*, o definindo como o simples ato de perceber coisas novas. Para Ellen Langer (1989), o *mindfulness* pode ser praticado como uma **atitude**, dentro de um contexto ético, no sentido de Aristóteles, de ser um requisito para viver uma vida boa, em vez de enfatizar a obediência a um código moral.



LEMBRAR

Vale notar a distinção entre as abordagens de Kabat-Zinn, da tradição zen-budista, e a de Langer, da tradição acadêmica. Para o primeiro, para se alcançar *mindfulness*, é necessária a prática permanente e, para a segunda, basta a adoção de uma atitude.

Enquanto as bases empíricas do *mindfulness* situam-se nos estudos ocidentais, a sua filosofia se inspira na tradição oriental budista. A meditação dirigida chamada de **samatha (da tranquilidade)**, na qual se concentra a atenção da mente em um determinado objetivo, é a meditação cujos objetivos mais se assemelham com a prática de *mindfulness*.



Em *samatha*, dirige-se a atenção por meio de palavras, sons, um ponto, um objeto, mantras ou por meio da observação da respiração, objetivando desenvolver a concentração, a introspecção e conseqüentemente a tranquilidade do praticante.

Mesmo que a prática de meditação dirigida tenha se originado entre mestres iogues, foi Sidarta (Buda), interessado em resultados mais eficazes para as práticas meditativas, que criou a **satipatthana**, baseada na atenção no aqui e agora, na vigilância e consciência.

O interesse de Sidarta (Buda) era conduzir o praticante à iluminação e à completa sabedoria: o **nirvana**. Segundo seus ensinamentos, a prática de *satipatthana* pode ser realizada em qualquer atividade diária que se esteja fazendo, na postura sentada, em pé ou qualquer outra.

A segunda iniciativa para inserção decisiva de *mindfulness* no Ocidente foi de **John Kabat-zinn** (2003) e de seu programa *mindfulness-based stress reduction* (MBSR). O programa foi concebido e funciona como uma intervenção de saúde pública, no contexto individual e social/coletivo.

Em um texto escrito depois que já havia se distanciado do contexto acadêmico, Kabat-Zinn (2011) declarou que o MBSR foi desenvolvido como um meio para trazer o **dharm**a do contexto secular, como um diálogo sobre os significados e a essência de *mindfulness*, o seu valor e suas promessas, as armadilhas concomitantes com tais aspirações e os desafios enfrentados individual e coletivamente para a promoção de saúde e bem-estar na sociedade.

Sem falar propriamente de budismo, Kabat-Zinn trouxe, de forma contínua, o conceito de *mindfulness* para o meio acadêmico e clínico de saúde, como conteúdo referente à **vigília, compaixão e sabedoria**. Dessa forma, trouxe os ensinamentos de Buda em relação ao sofrimento humano e à natureza da mente, juntando o *dharm*a com a medicina tradicional e uma série de outros contextos convencionais, sem omitir ou desnaturar sua essência.

A esperança de Kabat-Zinn era que as pessoas atraídas para esse campo viessem a apreciar o profundo potencial transformador do **dharm**a nas suas articulações mais universais e a se tornar hábeis por meio de seu próprio treinamento e prática de meditação; um modo de ser e ver que tem profundas implicações para a compreensão da natureza das mentes e dos corpos próprios e para viver a vida de forma plena.



LEMBRAR

A motivação de Kabat-Zinn era aliviar o sofrimento e catalisar maior compaixão e sabedoria na vida das pessoas e em suas culturas. Além disso, ele queria também elucidar e aprofundar a compreensão da ligação mente e corpo por meio de novas dimensões da investigação científica e também a possibilidade de desenvolvimento de uma forma de vida correta para ele e que pudesse também inspirar um modo correto de vida para as pessoas (Kabat-Zinn, 2011).

Em pouco tempo, Marshal Linehan (1993,2010) se qualificou com Kabat-Zinn para incorporar *mindfulness* em sua **terapia dialética comportamental (em inglês, dialectical behavior therapy [DBT])** como forma de alcançar o descentramento dos pensamentos e sentimentos, criando uma opção de escolha, em vez de os indivíduos serem levados por sentimentos poderosos, como no caso dos portadores de transtorno da personalidade *borderline* (Dryden & Still, 2006).

Mais tarde, John Teasdale, Zindel Segal e Mark Williams adaptaram o MBSR para criar sua MBCT para o tratamento da depressão recorrente. Na sequência, outras abordagens também incorporaram *mindfulness* à sua teoria e prática. Esse foi o caso de Steven Hayes na **terapia de aceitação e compromisso (*acceptance and commitment therapy [ACT]*)** (Hayes, 1984; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Vale salientar as diferenças e similitudes entre essas abordagens. Em primeiro lugar, os programas baseados em *mindfulness*, quando assim se anunciam — por exemplo, MBSR, MBCT, *Mindful Self-Compassion* (MSC), *mindfulness based relapse prevention* (MBRP) e Breathworks —, apesar de contemplarem práticas de psicoeducação, privilegiam a **prática de *mindfulness*** em sessão e fora de sessão em 80% ou mais em sua intervenção, ao passo que as outras podem apenas contemplar *mindfulness*.

Em segundo lugar, as abordagens que se inspiram no budismo — por exemplo, MBSR, MBCT, MSC, MBRP, MBRP, Breathworks, ACT, entre outras — apresentam uma direção diferente das abordagens cognitivas, pois não consideram a mudança no conteúdo dos pensamentos, mas apenas o **descentramento** ou a **desidentificação** com eles; em vez de atacar sintomas negativos e indesejáveis, a ênfase está na aceitação não julgada dos sintomas e no foco em alternativas mais positivas (Dryden & Still, 2006).

Em terceiro lugar, algumas abordagens apresentam *mindfulness* como estratégia ou técnica, mas não se apoiam no paradigma de *mindfulness*, como é o caso das propostas de Davidson (2002), Gilbert (2005) e Seligman (2004). Em quarto lugar, muitos programas são protocolizados e padronizados, mas não se declaram terapia, apesar de serem terapêuticos ou complementares às terapias, enquanto outros são declaradamente uma proposta terapêutica, por exemplo, ACT, CFT e DBT.

MINDFULNESS E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Nas últimas décadas, o interesse científico e popular por *mindfulness* tem crescido de forma significativa. Felver e colaboradores (2016) realizaram um estudo, verificando que, até novembro de 2015, foram publicados mais de 3 mil artigos científicos ($n = 3,350$), sendo que cerca de um terço apenas nos últimos dois anos. Eles buscaram publicações de pesquisas revisadas por pares usando ***mindfulness*** como o principal termo de pesquisa na base PsycINFO.

Os dados mostram também uma aceleração do interesse, demonstrado pelo crescimento exponencial do número de publicações. A diversidade de estudos avaliados em diferentes contextos — incluindo saúde, educação, esportes e gestão (Cullen, 2009) — levou instituições governamentais, por exemplo, o *National Health Service* (NHS-UK), a apoiar e recomendar as **intervenções baseadas em *mindfulness* (IBMs)** para prevenção de recaída de pacientes com depressão nos serviços do sistema nacional de saúde britânico (NICE, 2009).

Além disso, reconhecidas diretrizes de saúde mental — como a Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (Lam, 2016) — recomendam a **MBCT** e a **terapia cognitivo-comportamental (TCC)** como tratamento psicológico de manutenção de primeira linha para o transtorno depressivo maior (TDM).



A descrição mais utilizada de *mindfulness* é de Kabat-Zinn (2003) e se refere a um modo específico de prestar atenção: intencionalmente, no momento presente e sem julgamento.

Devido à natureza experiencial de *mindfulness* e a seu desconhecimento conceitual para modelos ocidentais de cuidado, muitos pesquisadores buscaram esclarecimentos e linguagem para explicar, comparar ou adaptar essa prática e conceito aos sistemas de saúde atuais (Hirayama, 2014). Para isso, a maioria utilizou a **matriz de análise de intervenções em saúde** elaborada por Luz (1997), a qual contribui para a construção de epistemologias comparadas e do conhecimento acadêmico.

Essa matriz de análise de intervenções em saúde é estruturada em **cinco dimensões**, baseadas em uma cosmologia, que auxiliam a promoção da legitimidade teórica e social de uma intervenção para sua formalização e institucionalização (Tesser, 2012; Hirayama, 2014), são elas:

- doutrina médica (explicação da doença, sua origem e cura);
- morfologia (anatomia);
- dinâmica vital (fisiologia);
- sistema de diagnóstico;
- sistema terapêutico.



Visto que não há consenso sobre o que é *mindfulness* e sua conceituação pode diferir entre as próprias escolas budistas e de *mindfulness* contemporâneo cultivado nas IBMs, diversos autores elaboraram definições alternativas à de Kabat-Zinn, por exemplo, perceber o que está acontecendo e escolher a forma de responder às experiências, em vez de ser impelido pelas reações habituais (Burch, 2011).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS

Outra via de encontro entre as abordagens de *mindfulness* e a TCC se deu no final dos anos 1980, quando as ciências da saúde se deram conta de que as pessoas que sofrem de depressão uma vez tendem a se deprimir novamente e que os tratamentos focavam no episódio agudo, aliviando o **sofrimento intenso da depressão atual**.

Em 1989, Zindel Segal visitou Mark Williams e John Teasdale em Cambridge, quando estava a caminho do Congresso Mundial de Terapia Cognitiva, em Oxford naquele ano. Discutiram sobre os enigmas que as pesquisas recentes sobre cognição e emoção estavam lançando e questionavam os avanços na **área da depressão**, em especial, sobre os mecanismos subjacentes às mudanças no pensamento e na emoção que acompanham a depressão, ou seja, o motivo pelo qual muitas pessoas ficam deprimidas novamente depois de se recuperarem de um episódio de depressão.

A literatura acadêmica era escassa e apontava para a reincidência de depressão quando a pessoa mantinha certas atitudes ou crenças básicas após a recuperação. Contudo, várias pesquisas posteriores mostraram que pacientes que se recuperavam verdadeiramente — de modo que seu humor deprimido havia retornado ao nível médio da população em geral — não mostravam evidência desse tipo de estilo de pensamento.

As principais crenças e pontuações de atitude dessas pessoas eram normais, apesar do fato de que essas eram muito propensas a ficarem deprimidas novamente, mantendo incerta a questão da **reincidência da depressão** (Segal, Williams, & Teasdale, 2012).

Cerca de 2 anos depois, David Kupfer — da Psychobiology of Depression Research Network of the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation — pediu a Zindel Segal para desenvolver uma **versão de manutenção** da terapia cognitiva para uso com pacientes deprimidos. Segal contactou Mark Williams e John Teasdale para trabalharem juntos em tal projeto, o que começaram em 1992, em Toronto.

Os pesquisadores queriam fazer algo diferente, ajudando as pessoas a ficarem bem após o término de um episódio de depressão, e reduzir o risco contínuo de recorrência. No início, não sabiam como fazer isso e nem pensaram em utilizar *mindfulness*. Contudo, observando os consistentes resultados dos programas MBSR, inicialmente adicionaram um componente de **treinamento atencional** à intervenção de terapia cognitiva.

Em seguida, os pesquisadores substituíram a estrutura de terapia pela **abordagem de *mindfulness***, que enfatizava a consciência dos pensamentos e das emoções, em vez de tentar mudá-los. Por fim, integraram os princípios básicos da terapia cognitiva com a prática sustentada de *mindfulness* (Ibid.).

No início das intervenções e pesquisas, Segal, Williams e Teasdale não estavam certos a respeito das bases da MBCT. Apesar de Teasdale ter história de práticas de meditação, eles não praticavam da forma que o instrutor de MBSR praticava, mesmo recebendo essa sugestão em consulta a Kabat-zinn. Em uma nova visita a este, Segal, Williams e Teasdale informaram alguns problemas da intervenção piloto, o que de pronto foi apontado por Kabat-zinn: a **falta de prática pessoal do trio** era a causa principal.

A partir de então, Segal, Williams e Teasdale reconheceram que o programa deve ser **baseado em *mindfulness***, ou seja, que tem também como base a qualidade da própria prática diária de *mindfulness* do professor. Isso significa que os professores de MBCT precisam de qualificação profissional em seu próprio campo, mas também a experiência profunda da prática de *mindfulness*. Se o professor de MBCT não tem uma prática contínua de *mindfulness*, o que é ensinado não é MBCT (Ibid.).



LEMBRAR

A MBCT se baseia na integração da TCC para a depressão (Beck et al., 1979) com o programa de MBSR desenvolvido por Kabat-Zinn e colegas (Kabat-Zinn, 1990). Nessa integração, muitos elementos foram mantidos, mas outros foram alterados e acrescidos. Há na MBCT uma ênfase na mudança da consciência em relação ao eu e aos estados de pensamento, à emoção, a sensações e a impulsos, mas nenhuma ênfase na alteração do conteúdo dos pensamentos (Kuyken et al., 2010).

Um pressuposto fundamental da MBCT é que o cultivo de um relacionamento consigo, descentrado dos estados mentais autodepreciativos, funciona como prevenção em momentos de potencial recaída. Nesse sentido, o principal meio de desenvolver esse descentramento é ensinando as pessoas a se tornarem mais conscientes dos estados mentais e a se relacionarem com eles em uma perspectiva mais ampla, reconhecendo-os como **eventos mentais apenas** e não se identificando com eles ou não os reconhecendo como necessariamente reais (Kuyken et al., 2010; Segal, Williams & Teasdale, 2012).



Na MBCT, há uma primazia da aceitação dos pensamentos e estados mentais (emoções, sensações e impulsos) em detrimento da mudança do seu conteúdo. A MBCT inclui uma variedade de práticas de *mindfulness* cujo objetivo é a observação e aceitação de sensações corporais, percepções, cognições e emoções sem julgamento ou reação. Esses estados são vistos como a natureza própria da mente.

O objetivo final do programa com MBCT é ajudar indivíduos a estabelecerem uma mudança radical na sua relação com seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais, os quais contribuem para a **recaída em comportamentos indesejáveis**, por meio de mudanças na compreensão em um nível profundo (Segal, Williams & Teasdale, 2012).



LEMBRAR

A MBCT considera que a recaída envolve a reativação de padrões de pensamentos negativos semelhantes aos presentes em episódios anteriores do transtorno. Esses padrões são uma junção global e integrada de pensamentos, emoções, sensações físicas e impulsos característicos que interagem, retroalimentando-se. A reativação desses padrões é automática, mesmo que sejam indesejáveis.

A mente, dentro dessa perspectiva da MBCT, é motivada, por um lado, para atingir as metas altamente desejadas, por outro, para prevenir ou reduzir estados mentais desagradáveis de sentir, mesmo que estratégias empregadas para atingir esses fins sejam contraproducentes.

Esses dois objetivos se chocam na maior parte do tempo, produzindo as chamadas **ruminações mentais**, no centro das quais se encontra um processo causal chamado de **observador de discrepâncias**, que avalia e monitora continuamente o estado do eu e da situação, trabalhando pela concretização do modelo ou padrão desejado, necessário, esperado ou pela fuga da situação temida (Segal, Williams & Teasdale, 2012).

O impacto do lançamento dos dados dessa intervenção e da primeira versão do manual de MBCT foi muito grande, com a abordagem de *mindfulness* ganhando crescente aceitação entre os terapeutas. Isso somou-se aos resultados bastante consistentes, como uma abordagem altamente eficaz na **redução do risco de recaída** naqueles com história mais longa e mais recorrente de depressão.

Apesar de alguns considerarem que, na história de desenvolvimento da MBCT, houve um rompimento entre ela e a TCC, exceto se estiverem se referindo ao grupo de modelos de reestruturação cognitiva, não parece exata essa afirmação.

A MBCT — apesar de compartilhar com o grupo de clínicos que buscam a mudança de segunda ordem, ou seja, não reestruturar os conceitos que o cliente traz, mas ensiná-lo a aprender a ver esses conceitos como nada mais do que conceitos (Vandenberghe & Assunção, 2009) —, na classificação de Caro Gabalda (2007), é contemplada no enfoque **cognitivo-comportamental**, pois possui os três pressupostos dessa abordagem.



ATIVIDADES

1. Segundo Isabel Caro e Garcia-Martínez, os modelos cognitivos podem ser classificados em três diferentes tipos. Quais são?
 - A) Modelos de reestruturação cognitiva, modelos cognitivo-comportamentais e modelos construtivistas.
 - B) Modelos de reestruturação cognitiva, modelos cognitivistas e modelos construtivistas.
 - C) Modelos de distorção cognitiva, modelos cognitivo-comportamentais e modelos construtivistas.
 - D) Modelos de distorção cognitiva, modelos cognitivo-comportamentais e modelos humanistas.

Resposta no final do capítulo

2. A CANMAT recomenda a MBCT e a TCC como tratamentos psicológicos de manutenção de primeira linha para qual tipo de transtorno?
 - A) TAG.
 - B) Transtorno depressivo menor (TDM).
 - C) TPB.
 - D) Transtorno de humor bipolar (THB).

Resposta no final do capítulo

3. A descrição mais utilizada de *mindfulness* — a qual se refere a “um modo específico de prestar atenção: intencionalmente, no momento presente e sem julgamento” — é de autoria de:
 - A) Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale.
 - B) John Kabat-Zinn.
 - C) Ellen Langer.
 - D) Marshal Linehan.

Resposta no final do capítulo

4. Com relação à abordagem cognitivo-comportamental, assinale **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).
- () A classificação de Caro Gabalda tem larga aceitação na atualidade.
 - () O modelo unificado de Aaron Beck considera o pensamento como um conjunto de autoenunciados encobertos, dessa forma, regidos pelas leis do condicionamento.
 - () O autor John Kabat-zinn inseriu o MBSR no Ocidente. O programa foi concebido e funciona como uma intervenção de saúde pública, no contexto individual e social/coletivo.
 - () A primeira psicóloga da Harvard University, Ellen Langer, tornou-se conhecida por suas contribuições para o estudo de *mindfulness* e o conceito chamado por ela de *satipatthana*.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- A) V — F — V — F.
- B) F — V — F — V.
- C) F — F — V — V.
- D) V — V — F — F.

Resposta no final do capítulo

5. Sobre a descrição de *mindfulness* de Kabat-Zinn, assinale a alternativa correta.
- A) Dirige-se a atenção por meio de palavras, sons, um ponto, um objeto, mantras ou por meio da observação da respiração, objetivando desenvolver a concentração.
 - B) Enfatiza-se o papel das crenças das pessoas, a resolução de problemas e mudanças nas atividades defeituosas do processamento da informação características do transtorno psicológico.
 - C) Refere-se a um modo específico de prestar atenção: intencionalmente, no momento presente e sem julgamento.
 - D) Foca-se na atenção no aqui e agora, na vigilância e consciência.

Resposta no final do capítulo

COMPAIXÃO E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A prática de *mindfulness* pressupõe uma atitude de gentileza e curiosidade, as quais têm mais apropriadamente relação com o construto **compaixão**, o qual, em muitos programas protocolares, está presente de uma maneira implícita.'

Na tradição budista, o *mindfulness* e a compaixão são considerados as duas asas do pássaro da sabedoria, das quais ele depende para voar. Para praticar a compaixão, é necessário *mindfulness* porque nele há consciência curiosa, gentil e não julgadora do próprio sofrimento e do sofrimento dos outros, mas, para realizar as práticas de *mindfulness*, são necessárias gentileza e equanimidade, ou seja, consciência da humanidade compartilhada (Martí, García-Campayo, & Demarzo, 2014; García-Campayo & Demarzo, 2015).

Acerca da distinção entre as redes neurais que envolvem *mindfulness* e compaixão, Kreplin (2018) afirma que as intervenções de meditação apresentam um efeito sobre a **empatia** e a **compaixão**, mas não sobre a agressão, a conexão ou o preconceito. Por sua vez, Siegel (2007) afirma que existem grandes diferenças entre os processos mentais entre os dois.

Para Siegel (2007), enquanto que os processos mentais mais vinculados a *mindfulness* geram uma forma de metacognição e regulação da atenção, ativando o **córtex pré-frontal**, região evolutivamente mais nova na evolução da espécie, a compaixão estimula os cuidados e amor materno (Salzberg, 2002; Bartels & Zeki, 2004; Singer et al., 2008), ativando áreas relacionadas com o **sistema límbico** (Kim et al., 2009), surgidas nos grandes mamíferos.

Antes de aprofundar a noção de compaixão, vale considerar alguns construtos relacionados, por exemplo, o **altruísmo**, os quais são, muitas vezes, confundidos com ela.



Daniel Batson, psicólogo e pesquisador do altruísmo, afirma que o altruísmo é um estado motivacional cujo objetivo final é aumentar o bem-estar do outro (Batson, 2011).

Daniel Batson distingue o altruísmo como **fim** (cujo objetivo explícito é promover o bem-estar dos outros) do altruísmo como **meio** (a promoção do bem-estar dos outros com vistas a satisfazer o próprio bem-estar). O altruísmo de Batson é um estado mental temporário ligado à percepção de uma necessidade particular em outra pessoa, uma disposição altruísta de acordo com o seu estado mental predominante.



O amor altruísta, para o budismo, é o desejo de que todos os seres encontrem a felicidade e a sua causa, sendo principalmente caracterizado pela bondade incondicional em relação a todos os seres e a cada ser em particular. Por sua vez, a compaixão é a forma que o amor altruísta assume quando é confrontado com os sofrimentos dos outros, ou seja, o desejo de que todos os seres se livressem do sofrimento e de suas causas (García-Campaio & Demarzo, 2018). Esse desejo deve ser seguido da ação, que utiliza todos os métodos possíveis para remediar os tormentos do ser-alvo da compaixão.

A **bondade amorosa** e a **compaixão** são as duas faces do altruísmo, distinguindo-se apenas por seu objeto: a benignidade de querer que todos os seres experimentem a felicidade e o desejo de erradicação do sofrimento do outro. Ambos devem durar enquanto existirem seres e enquanto eles estiverem sofrendo (Ibid.).

Vale ainda considerar o construto **empatia**, visto que ele é apresentado muitas vezes como sinônimo ou mesmo contemplando a compaixão e o altruísmo. Além disso, as pesquisas recentes acerca da meditação têm focado esses construtos com vistas às suas contribuições para o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais.

Entretanto, apesar de serem escassos os estudos que abordem a diferença entre os mecanismos psíquicos e neurais subjacentes aos estados de empatia e compaixão, alguns dados apontam resultados surpreendentes. Alguns estudos acerca da **empatia** demonstram que essa condição aumenta significativamente o afeto negativo e ativação cerebral das seguintes áreas:

- ínsula anterior (Bernhardt, 2012; Tusche et al., 2016);
- córtex cingulado medial anterior (região do cérebro associada com a empatia e a dimensão afetiva da dor) (Singer, 2006; Lamm et al., 2007; Akitsuki & Decety, 2009; Lamm & Singer, 2010; Lamm, Decety & Singer, 2011; Shackman, et al., 2011),
- áreas pré-operatórias (incluindo o córtex frontal inferior);
- córtex temporal superior;
- amígdala (região do cérebro associada com a regulação emocional e com a empatia) (Lutz, Brefczynski-Lewis & Davidson, 2008; Shackman, et al., 2011).

Por sua vez, os estudos quem envolveram os treinamentos em compaixão apresentaram significativo aumento do **afeto positivo** e ativação de uma rede em sobreposição, abrangendo as seguintes regiões do cérebro associadas com o bem-estar e a contemplação (Lutz, Brefczynski-Lewis & Davidson, 2008):

- estriado ventral;
- córtex cingulado anterior;
- córtex orbitofrontal medial.

Entre vários estudos, um chama a atenção, pois demonstrou que o treinamento de empatia seguido do de compaixão promoveu ainda a reversão do aumento do afeto negativo, aumentando o **afeto positivo** (Klimecki, 2014). Os resultados desse estudo sugerem que o treinamento de compaixão pode melhorar emoções, comportamentos pró-sociais e afeto positivo (Ibid.).

Os resultados desse estudo sugerem ainda que, embora a empatia seja considerada essencial nas interações sociais, compartilhar excessivamente emoções negativas pode ser desadaptativo e constituir a origem do **burnout** (Ibid.). Dessa forma, se associada ao treinamento de compaixão, o treinamento de empatia pode refletir uma nova estratégia para lidar e superar a angústia empática e reforçar a resiliência (Birnie, Speca & Carlson, 2010).

A confusão semântica que existe entre compaixão e empatia alcança até mesmo o meio acadêmico, vide o descritor das bases de dados chamado de **fadiga da compaixão**, que, se forem tomados os fenômenos em suas características biológicas apoiadas nos substratos neurais e psíquicos, deveria ser chamado de **fadiga da empatia**.

Ao contrário, as pesquisas apoiadas no construto **fadiga da compaixão** reconhecem que a empatia é o que possibilita a superação da fadiga da compaixão. Há aí um equívoco semântico comum acerca do significado da compaixão, quando ela é considerada sinônimo de **aflição empática**, na qual a pessoa empática e provavelmente sofre o sofrimento do outro (Batson, 2011).

Revault d'Allonnes (2008) afirma que essa confusão acerca do significado da compaixão é compreensível quando se mantém a etimologia latina da compaixão, um termo derivado da palavra *compatiore*, que significa “sofrer com” ou “sofrimento compartilhado”.

Contudo, embora a empatia e a compaixão não sejam a mesma coisa e, de fato, ativem áreas neuronais distintas, ambas estão intimamente relacionadas. O circuito da compaixão se inicia com a **compreensão empática**, ou seja, para haver compaixão, é necessário que haja empatia. Isso, inclusive, em alguns casos, pode levar à bondade amorosa e ao desejo de que o outro seja feliz ou mesmo ao comportamento pró-social, que vem acompanhado de uma alegria de ver o alívio do outro (García-Campaio & Demarzo, 2018).

Para evidenciar o limite da empatia, Matthieu Ricard (2016), biólogo Ph.D. em genética molecular pelo *Institut Pasteur* e monge budista, pesquisou o fenômeno do **burnout** em conjunto com Tania Singer, diretora do departamento de neurociência social no *Max Planck Institute*. Por meio da ressonância magnética funcional, Ricard realizou a prática de pensar em cenas de pessoas em sofrimento extremo com a tarefa de sentir empatia. Contudo, até aquele momento, eles não conheciam a diferença entre os estados de empatia, compaixão e bondade amorosa. Então, a pesquisadora Singer notou ativação de áreas cerebrais diferentes das que ela costumava observar em seus estudos.

Singer perguntou o que Ricard estava praticando e ele respondeu que praticou a **bondade amorosa**. Ela pediu que ele procurasse apenas se identificar ou se colocar no lugar das pessoas que sofriam. Ele a atendeu, tendo como resultado muito cansaço, mal-estar, sensação de impotência e um impulso de se distanciar. Durante 1,5 hora, ele apenas sentiu o sofrimento delas e, ao final, ela perguntou se ele queria descansar ou praticar a compaixão e a bondade amorosa.

Ricard disse que queria praticar a bondade amorosa e, mantendo o mesmo contato empático com o sofrimento, assim que ele introduziu a prática, a ativação cerebral mudou para áreas relacionadas como **amor materno** (sistema límbico), e a aflição se dissipou. Eles descobriram que, de fato, as redes neurais ativadas pela empatia são bem diferentes das ativadas pela compaixão.



Segundo Ricard (2016), a empatia compõe a dinâmica do altruísmo. Ele a define como a capacidade de entrar em ressonância afetiva com os sentimentos do outro e tornar-se cognitivamente consciente de sua situação. Ela catalisa a transformação do amor altruísta em compaixão, ou seja, a preocupação com outro, proporcionada pelo conhecimento empático acerca do seu sofrimento, transforma-se em desejo de agir em seu favor.

A fórmula do altruísmo se estabelece conforme Figura 1.

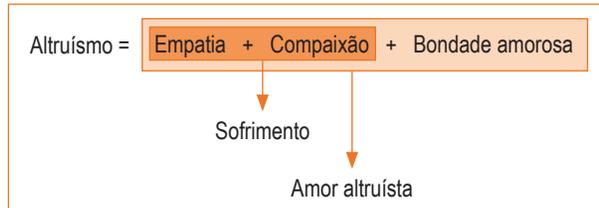


Figura 1 — Fórmula do altruísmo. Esse estado é, para Ricard (2016), o resultado da empatia somada com a compaixão e a bondade amorosa. Para ele, sem esses três elementos, não há o verdadeiro altruísmo. Apoiado em robustas evidências científicas de pesquisas com neuroimagens, por exemplo, da equipe de Tânia Singer do Max Planck Institute, ele afirma que, no âmbito da empatia e compaixão, há presença do sofrimento. Contudo, quando é acrescida a bondade amorosa à empatia e compaixão, o sofrimento é superado, e os três elementos (empatia, compaixão e bondade amorosa) se transformam no amor altruísta, o qual é motivador do ato altruísta.

Fonte: Arquivo de imagens dos autores, adaptado de Ricard (2016).

A despeito da visão predominante acerca da predisposição humana para o egoísmo, em especial, sustentada pela teoria evolucionista darwiniana da seleção natural, novos avanços na teoria da evolução permitem visualizar a possibilidade de um altruísmo prolongado que transcende os laços de proximidade familiar e tribal e enfatiza o fato de que os seres humanos são essencialmente **supercooperadores**.

Esses estudos demonstram, por exemplo, que, diante de uma catástrofe natural ou uma tragédia, a regra é mais a ajuda mútua do que o individualismo, a calma prevalece mais do que o pânico, a dedicação mais do que a indiferença e a coragem mais do que a covardia.

Entre outras tantas visões acerca do altruísmo e da compaixão, as visões de Batson, do budismo e das neurociências permitem que o altruísmo e a compaixão tenham uma perspectiva de **cultivo**, ou seja, que elas sejam treinadas. As pessoas podem entender que o próprio bem-estar não pode repousar na indiferença à felicidade do outro ou na recusa de se preocupar com os sofrimentos à volta e cultivar o amor altruísta (García-Campaio & Demarzo, 2018).

Outro aspecto importante a ser considerado nesse contexto é a **autocompaixão**. Apesar de ser possível compaixão sem autocompaixão, não se pode ser verdadeiramente altruísta e compassivo sem autocompaixão (Ricard, 2016; García-Campaio & Demarzo, 2018). Nesse sentido, algumas abordagens psicoeducativas e psicoterapêuticas se desenvolveram visando ao desenvolvimento da autocompaixão.

Pode haver, por exemplo, uma pessoa autossacrificada dedicada a ajudar os outros, porém sem o atendimento de suas necessidades pessoais, comprometendo o verdadeiro altruísmo, visto que o nível de sua conexão com as verdadeiras necessidades do outro, passa pela observação das necessidades e dos limites pessoais.

Uma dessas abordagens que visam ao desenvolvimento da autocompaixão é a CFT, desenvolvida por Paul Gilbert (2009) como uma **abordagem de tratamento transdiagnóstico**, que objetiva a construção de autocompaixão e redução do sentimento de vergonha, desenvolvendo um sistema interno de apoio que antecede o envolvimento com o conteúdo interno doloroso.

A psicoeducação sobre a perspectiva neurocientífica e evolucionista da mente é um elemento essencial para a CFT. Gilbert se apoiou nos estudos de MacLean (1990) para formular a proposta das três unidades funcionais do cérebro humano:

- cérebro reptiliano, basal ou instintivo — responsável pela gestão de reprodução, defesa e aquisição de recursos;
- cérebro dos mamíferos inferiores — responsável pelo processamento das emoções, aprendizagens e memória, bem como por comportamentos de procura e prestação de cuidados;
- cérebro racional — responsável pela capacidade de observação, pensamento abstrato, planificação, comunicação, imaginação, autoconhecimento e autoidentidade.

Além dos diferentes tipos de cérebro, Gilbert (2009) se apoiou nos conceitos evolucionistas de sistemas autorregulatórios de Depue e Morrone-Strupinsky (2005), segundo os quais as diferentes motivações são reguladas por **emoções**, que, são reguladas, por sua vez, por três sistemas:

- sistema de defesa-ameaça;
- sistema de procura de recursos e de recompensas (*drive*);
- sistema de afiliação, calor e afeto.

Outros dois elementos essenciais para a CFT são a **vergonha** e o **autocriticismo**. Seu modelo considera central o sentimento de vergonha e autocriticismo, que contribuem para a manutenção da psicopatologia. De acordo com o modelo evolucionista, em situações de ameaça social, abuso ou hostilidade, a **autocrítica** é uma estratégia adaptativa e se associa ao sentimento de vergonha, derrota, rejeição e perseguição social, tendo sua origem na memória de eventos ameaçadores.

Para Gilbert (2009), dois problemas decorrem do **autocriticismo**: o conteúdo dos pensamentos e o tipo/intensidade das emoções dirigidas ao eu, somados à falha do sistema autotranquilizador. Diante desse quadro, ele norteou o foco das pesquisas da CFT para a relação entre os pensamentos alternativos dos pacientes e os sentimentos de decepção, hostilidade, desprezo ou desistência, seguidos de suas intervenções experimentais de tons emocionais favoráveis e úteis para os pensamentos alternativos, novos comportamentos de enfrentamento e experiências de exposição, buscando criar uma voz interior calorosa e amorosa e sentir o impacto desse tipo de voz (Gilbert, 2009).

Como resultado, Gilbert (2009) observou a associação de estados de vergonha e autocriticismo a desconforto e resistência. Dessa forma, ele procurou incorporar à prática da TCC as técnicas de cultivo da **atitude de autobondade** para indivíduos com altos níveis de vergonha e autocriticismo.

Na mesma direção, Kristin Neff, pioneira no campo da autocompaixão, baseia-se no entendimento de que todos os seres humanos sofrem, e por isso, merecem **bondade**. Ela e seus colegas (Neff, Hsich, & Dejjterat, 2005) delinearam três componentes da autocompaixão:

- bondade em relação a si mesmo (o cultivo de bondade para si mesmo, em especial, quando se sofre, falha ou se sente inadequado);
- compreensão da humanidade comum (o reconhecimento de que o sofrimento e os sentimentos de inadequação pessoal são parte da experiência humana, algo compartilhado que todos atravessam, em vez de algo que acontece apenas com a pessoa);
- consciência atenta (a vontade de observar os pensamentos que não ajudam e as emoções com transparência e clareza, sem qualquer supressão ou avaliação).



LEMBRAR

Kristin Neff enfatiza que a autocompaixão é distinta da autoestima, a qual consiste em se comparar com os outros e nas percepções pessoais sobre os recentes sucessos ou fracassos. Em contraste, a autocompaixão não é dependente da avaliação pessoal, dos sucessos ou fracassos individuais, como comparar-se com os outros.

A **autocompaixão** não só melhora o bem-estar, mas também aumenta a resistência e a capacidade de lidar com o insucesso percebido, estando positivamente associada a estratégias de enfrentamento focadas na emoção e negativamente associada a estratégias orientadas para a evasão. Além disso, as pesquisas demonstram ainda que a autocompaixão reforça a compaixão pelos outros e vice-versa (Jazaieri et al., 2012; Neff & Germer, 2013).

Kristin Neff demonstrou que a autocompaixão pode promover mais bem-estar do que a autoestima (Neff & Vonk, 2009), consistindo em forte apoio para lidar com o fracasso (Neff, Hsieh & Dejitterat, 2005). Junto com os estudos de Christopher Germer, esses autores apontam a destrutividade do autocrítico e autojulgamento, relacionando-os à **psicopatologia** e **restrição psicológica** (Germer & Neff, 2013; Germer, 2012).

As evidências das pesquisas de Kristin Neff apontam que a autocompaixão — por meio de estratégias de práticas formais de *mindfulness* (por exemplo, bondade amorosa e respiração carinhosa) e de práticas informais para uso na vida diária (por exemplo, autotoque calmante e escrita de carta autocompassiva) — são capazes de reduzir, de forma significativa, os sintomas psicopatológicos e o sofrimento.

Existem vários motivos importantes para oferecer exercícios de compaixão e autocompaixão. Um aspecto fundamental dessas práticas de compaixão e autocompaixão é facilitar a experiência de **amar** e **ser amado**, bem como de se sentir **digno de amor**. Apesar de ser desejável que todas as pessoas tivessem essa experiência, sabe-se que, muitas vezes, isso não ocorre.



Desenvolver um bom coração e estender benevolência para si mesmo é um antídoto poderoso contra as repetitivas vozes críticas e cruéis, repercutindo nas relações interpessoais. Devido ao fato de poder ser uma experiência muito diferente, pode ser que haja uma resistência ou estranheza do iniciante em relação a essas práticas. Chama-se essa condição de medo da compaixão. Para superar esse medo, é necessário começar pelas práticas mais simples (Gilbert, 2009).



ATIVIDADES

6. Quais são os fundamentos da MBCT?

- A) Os princípios da TCC.
- B) Os princípios do programa MBSR.
- C) A integração da TCC para a depressão com o programa de MBSR.
- D) A integração da TCC, do programa MBSR e da DBT.

Resposta no final do capítulo

7. Quando Paul Gibert realizou intervenções experimentais de tons emocionais favoráveis e úteis para os pensamentos alternativos, novos comportamentos de enfrentamento e experiências de exposição, buscando criar uma voz interior calorosa e amorosa e sentir o impacto desse tipo de voz, o que ele observou?

- A) Autocriticismo.
- B) Vergonha.
- C) Associação de estados de vergonha e autocriticismo a desconforto e resistência.
- D) Sentimentos de decepção, hostilidade, desprezo ou desistência.

Resposta no final do capítulo

8. Observe as alternativas sobre os três componentes da autocompaixão, segundo Neff, Hsich e Dejjterat.

- I — A bondade em relação a si mesmo.
- II — A autoestima.
- III — A compreensão da humanidade comum.
- IV — A consciência atenta.

Quais estão corretas?

- A) Apenas a I, a II e a III.
- B) Apenas a I, a III e a IV.
- C) Apenas a II e a III.
- D) Apenas a III e a IV.

Resposta no final do capítulo

9. Observe as alternativas sobre as dimensões da matriz de análise de intervenções em saúde elaborada por Luz.

- I — Doutrina médica.
- II — Descentramento.
- III — Dinâmica vital.
- IV — Sistema terapêutico.

Quais estão corretas?

- A) Apenas a I e a II.
- B) Apenas a I, a III e a IV.
- C) Apenas a II e a III.
- D) Apenas a III e a IV.

Resposta no final do capítulo

10. Diferencie o amor altruísta e a compaixão segundo o budismo.

.....

.....

.....

.....

Resposta no final do capítulo

■ TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM *MINDFULNESS* PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O **transtorno de ansiedade generalizada (TAG)** pode ocasionar diversos empecilhos na vida de uma pessoa, pelas preocupações excessivas nas mais variadas situações da vida, por mais simples que sejam. Os indivíduos com TAG sempre estão pensando no futuro, dessa forma, acabam prejudicando a sua saúde, causando prejuízo na atividade e pior desempenho no trabalho (Hoffman, Dukes e Wittchen, 2008; Yu et al., 2018; Dugas & Robichaud, 2009).

O TAG permanece como um dos transtornos de ansiedade menos estudados (Newman & Przeworski, 2018), embora tenha havido um foco crescente de pesquisas sobre transtornos de ansiedade (Asmundson & Asmundson, 2018). Além disso, a maioria desses estudos apresenta resultados inconsistentes e não claramente replicáveis, por isso, não passíveis de serem traduzidos para a prática clínica (Maron & Nutt, 2017).

Mais adiante, será apresentado um exemplo clínico de uma paciente diagnosticada com TAG, para a qual foi realizada uma **intervenção adaptada do protocolo de MBCT**. Esse protocolo consiste na integração do programa de redução de estresse baseado em *mindfulness* com técnicas da psicologia cognitiva, buscando melhorar o autoconhecimento com o foco em ampliar as experiências do momento presente.

Ao comparar as avaliações anteriores e posteriores da paciente, verificou-se que o resultado do protocolo MBCT é relevante como opção para futuras intervenções no tratamento do TAG. O passo a passo das etapas do processo realizado com a paciente está descrito no decorrer do exemplo clínico, junto com a fundamentação teórica que embasou os procedimentos adotados em cada sessão.

MODELO COGNITIVO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

A etiologia dos transtornos de ansiedade é **multifatorial**, consequência das ligações entre diversos fatores, como a interação entre um organismo e a sua reação a estressores presentes no ambiente. As condições neurobiológicas — como a ação do hipotálamo atuando na regulação do humor, os níveis elevados do hormônio cortisol e, do mesmo modo, os neurotransmissores da serotonina e do ácido gama-aminobutírico (em inglês, *gamma-amino butyric acid* [GABA]) — são todos elementos relevantes que interferem nos estados ansiosos.

Os indivíduos com TAG podem apresentar **deficiência neurofisiológica**, desse modo, existe um baixo nível do neurotransmissor GABA graças a uma falha nos seus devidos receptores, podendo ser utilizados benzodiazepínicos e outros medicamentos para estimular melhor funcionamento. Além disso, no TAG, é acentuada a percepção de eventos estressores, sendo ocasionada parcialmente por maiores atividades corticais e alterações do tamanho da amígdala (Maron & Nutt, 2017; Konkiewitz, 2010).

O modelo cognitivo do TAG, explicado por Dugas e Robichaud (2009), mostra que a **cognição** tem um papel determinante na etiologia do TAG, apesar de os fatores emocionais e comportamentais também terem sua participação na dinâmica do transtorno. Dugas e Robichaud (2009) apresentaram quatro aspectos principais para ilustrar o modelo cognitivo do TAG:

- intolerância à incerteza;
- crenças positivas sobre a preocupação;
- orientação negativa de problemas;
- evitação cognitiva.

As pessoas com **intolerância** à incerteza têm crenças negativas sobre esse fator, não a tratam como algo natural que pode acontecer na vida de qualquer pessoa, aumentando as chances de não conseguir lidar, de forma funcional, em situações nas quais a incerteza esteja presente.

De acordo com Dugas e Robichaud (2009), por mais que sejam mínimas as chances de um evento futuro acontecer de forma catastrófica, utilizar técnicas como reavaliação de probabilidade e estimativa de custos não diminui as preocupações existentes em um quadro de TAG. Como qualquer margem de incerteza gera **ansiedade**, torna-se necessário utilizar outras técnicas cognitivas. Cabe salientar que a intolerância à incerteza está mais associada ao TAG em comparação aos outros transtornos ansiosos (Dugas & Robichaud, 2009).

O aspecto das crenças positivas sobre a preocupação, explicado por Dugas e Robichaud, mostra uma ligação entre o tamanho da preocupação e o TAG. Nesse caso, o indivíduo supervaloriza a **preocupação**, considerando-a como útil na resolução de problemas e também como uma forma de evitar consequências aversivas. Outro componente do modelo é a **orientação negativa de problemas**, em que os indivíduos com TAG têm maior dificuldade na resolução de problemas, atrapalhando a sua vida cotidiana (Dugas & Robichaud, 2009).



A evitação cognitiva se caracteriza pela fuga de circunstâncias que possam entrar em contato com situações de teor emocional ou de imagens ameaçadoras. Essa evitação pode ocorrer de forma voluntária ou involuntária. Todos os aspectos abordados do modelo cognitivo podem interagir e ser avaliados por meio da intensidade da intolerância à incerteza, que deve ser trabalhada em todas as etapas da terapia (Dugas & Robichaud, 2009).

TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS

O MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) recentemente vem ganhando importância no tratamento de indivíduos com TAG. Por sempre estarem preocupados com **eventos futuros**, o *mindfulness* pode auxiliar o treinamento para aumentar a permanência com o foco atencional no momento presente e sem julgamento. Assim, os níveis de ansiedade e preocupação tendem a cair, uma vez que pesquisas como a de Roemer e colaboradores (2008) já apontaram a diminuição desses sintomas.



ATIVIDADES

11. Observe as afirmativas sobre os principais motivos para se trabalhar a compaixão e autocompaixão.

- I — Melhorar a autoestima das pessoas.
- II — Facilitar a experiência de amar e ser amado, bem como de se sentir digno de amor.
- III — Facilitar a experiência de se sentir digno de amor.
- IV — Criar um antídoto contra as repetitivas vozes críticas e cruéis.

Quais estão corretas?

- A) Apenas a II, a III e a IV.
- B) Apenas a I, a II e a IV.
- C) Apenas a II e a III.
- D) Apenas a I, a III e a IV.

Resposta no final do capítulo

12. Segundo Batson, em que consiste o altruísmo?

- A) Desejo de querer que todos os seres experimentem a felicidade e o desejo de erradicação do sofrimento do outro.
- B) Capacidade de entrar em ressonância afetiva com os sentimentos do outro e tornar-se cognitivamente consciente de sua situação.
- C) Estratégia adaptativa e se associa ao sentimento de vergonha, derrota, rejeição e perseguição social, tendo sua origem na memória de eventos ameaçadores.
- D) Estado motivacional cujo objetivo final é aumentar o bem-estar do outro.

Resposta no final do capítulo

13. Segundo Kristin Neff, quais são os componentes da autocompaixão?

- A) Bondade em relação a si mesmo, compreensão da humanidade comum e consciência atenta.
- B) Experiência de amar, ser amado e se sentir digno de amor.
- C) Compreensão da humanidade comum, consciência atenta e respiração consciente.
- D) Benevolência, empatia e altruísmo.

Resposta no final do capítulo

14. Segundo Dugas e Robichaud, quais são os aspectos principais que ilustram o modelo cognitivo do TAG?

.....

.....

.....

.....

Resposta no final do capítulo

■ EXEMPLO CLÍNICO



M., sexo feminino, 41 anos, solteira, com doutorado, é técnica administrativa e professora universitária. Foi encaminhada para tratamento psicológico por sua psiquiatra após ter duas crises de ansiedade (cuja hipótese diagnóstica era crise de pânico): uma antes de sua qualificação de doutorado e outra recentemente ao viajar para uma cidade próxima.

A paciente trouxe como queixa um medo exagerado da qualificação, acompanhado de julgamento e crítica exagerada. Disse que seu problema é passar por avaliações, esquivando-se delas quando pode. Ilustrou isso com o estresse excessivo que viveu quando foi apresentar o trabalho de conclusão de sua graduação, mesmo já sabendo, por meio de seu professor, que teria nota máxima. Relatou que protela bastante as tarefas importantes porque exige as condições ideais para realizá-las.

M. se acha muito forte, não aceitando suas vulnerabilidades e fazendo o possível para ser uma fonte de segurança para sua mãe, pois seu pai era ausente e deixava a sua mãe sozinha com as responsabilidades da casa. Descreve sua mãe como uma pessoa muito ansiosa, caracterizando fatores hereditários do seu transtorno de ansiedade.

Foi utilizada nesse estudo a Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21), que é um instrumento de um conjunto de três subescalas, cada uma contendo sete itens do tipo Likert, de quatro pontos, de autorresposta. Cada subescala é destinada a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. O respondente deve indicar o quanto cada item aplicou-se a ele durante a última semana.

Os itens da escala Likert referem-se à gravidade ou frequência e são organizados em uma escala de 0 a 3 pontos, sendo que o resultado é obtido pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das três subescalas. Foi adaptada para o contexto brasileiro por Apóstolo e colaboradores (2006), que verificaram uma boa consistência interna: os valores do alfa de Cronbach foram, respectivamente, de:

- 0,90 para a depressão;
- 0,86 para a ansiedade;
- 0,88 para o estresse;
- 0,95 para o total das três subescalas.

Também foi utilizada nesse estudo a Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Essa escala é composta por 15 itens, com o objetivo de avaliar a atenção voltada para a consciência do momento presente e o aspecto atencional da atenção plena. Os autores conceituam *mindfulness* como um atributo da consciência relacionado ao bem-estar, composto por dois fatores — consciência e atenção —, apesar de operacionalizar o construto unifatorialmente: atenção *mindfulness*.

Os respondentes devem indicar o quanto têm experimentado do que está descrito em cada uma das afirmativas, usando uma escala de seis pontos, que varia de um (quase sempre) a seis (quase nunca). Os altos escores refletem maior capacidade de *mindfulness*. A escala foi validada por Barros e colaboradores (2015), que encontraram a consistência interna de alfa de Cronbach de 0,83.

Na primeira sessão da paciente, ela respondeu aos instrumentos de avaliação e TCLE, (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) bem como foi realizada a psicoeducação da MBCT, com ênfase nos modos mentais de fazer e ser. Nessa sessão, foi esclarecida a importância das práticas diárias em casa, sem as quais a eficácia da intervenção é comprometida.

As sessões foram adaptadas do protocolo do manual do terapeuta *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*, 2ª ed. (Segal, Williams e Teasdale, 2012) e do manual do paciente *The mindful way workbook an 8-week program to free yourself from depression and emotional distress* (idid, 2014).

A adaptação das sessões se referia ao número de práticas realizadas em sessão ou ao tipo e à quantidade de elementos da psicoeducação em cada sessão, dependendo da necessidade da paciente. Após a realização da última sessão adaptada do referido protocolo, procedeu-se à avaliação pós-intervenção. A paciente apresentou na avaliação pré-intervenção da escala DASS-21:

- nível severo de depressão (29);
- nível severo de ansiedade (25);
- nível severo de estresse (26).

Além disso, na escala MASS, a paciente apresentou nível baixo de atenção, desgaste por preocupação e ansiedade pelo futuro ou tristeza devido a pensamentos repetitivos sobre o passado, que não se pode mais mudar.

Na primeira sessão do protocolo MBCT, cuja temática era **além do piloto automático**, a paciente foi motivada a diminuir o tempo do indivíduo no piloto automático e tornar conscientes as práticas rotineiras. A paciente deu início ao protocolo e realizou diariamente as práticas e os exercícios cognitivos, a saber:

- prática do escaneamento corporal;
- exercício da uva-passa;
- atenção plena em uma atividade rotineira (ela escolheu escovar os dentes conscientemente);
- comer conscientemente (uma refeição por dia).

A paciente levantou como meta de terapia desenvolver sua disciplina, pois acha que se perde demais no não prioritário, e o prioritário acaba ficando em segundo plano. Falou que sempre teve em mente que, se ela consegue se conectar com a sua consciência, ela tem as respostas certas. Foi reforçado e questionado de onde ela tirou essa teoria. Ela disse que acha que é de si mesma, da experiência que tem no espiritismo. M. acha que não sabe respirar, porque sua respiração é muito curta.

Na segunda sessão, a paciente estava no quarto dia de práticas e realizou a prática da uva-passa, dificilmente devaneando ou distraído-se, segundo seu relato. Mesmo atenta ao áudio que ela escutava para guiar a atividade, relatou boa atenção às partes do corpo, conseguindo também fazer as atividades de escovação dos dentes de forma consciente. Na terceira sessão, a paciente começou a segunda sessão do protocolo, cuja temática era **outra maneira de conhecimento**, com as seguintes atividades:

- escaneamento corporal;
- breve exercício de respiração (*mindfulness of breathing*);
- continuar trazendo consciência para atividades rotineiras;
- calendário de experiências agradáveis.

A etapa **outra maneira de conhecimento** enfatiza a força dos pensamentos e sentimentos e a ideia de que pensamentos não são fatos, mas sim eventos mentais. M. apontou o fato de suas distrações não serem mais preocupações para ela, assim, agora eram comentários mentais e curiosidades. Antes, a sua forma de respirar era um problema para a paciente, mas agora ela lida com aceitação, pensando: “tudo bem eu ter a respiração que eu tiver”.

Na quarta sessão, a paciente deu início à terceira semana do protocolo, cuja temática era **reunindo a mente dispersa**, sendo realizados:

- alongamento sem esforço (meditação do movimento atento);
- meditação da respiração e do corpo;
- meditação do espaço de respiração de 3 minutos.

Na etapa **reunindo a mente dispersa**, o objetivo é reorganizar e acalmar a mente inquieta do sujeito. M. então relatou que estava dormindo melhor, além do fato de notar uma mudança importante: quando cometia erros, dava urros de raiva, mas, dessa vez, reagiu de forma mais tranquila, relacionando isso à aceitação da sua parte, a qual tem aprendido nas últimas semanas.

Na quinta sessão, a paciente iniciou a quarta semana do protocolo, cuja temática era **reconhecendo a aversão**, que busca a aprendizagem de ver os sentimentos negativos de uma perspectiva menos aversiva. As atividades realizadas foram:

- meditação sentado;
- meditação do espaço de respiração de 3 minutos, duas vezes ao dia se for necessário;
- meditação facilitada pelo caminhar.

Logo após, a paciente começou a quinta sessão com a seguinte atividade específica: meditação sentada **trabalhando com dificuldades**. O objetivo na quinta semana é mudar a postura diante da experiência de “não querer” para “estar aberto”, rompendo com as reações automáticas.

M. mencionou que gostou do áudio da prática da posição sentada, especificamente da parte dos sons. Na prática na posição sentada e na parte do áudio dos sons e pensamentos, que se refere aos pensamentos (quando é dito que ela pode imaginar os pensamentos como nuvens), ela se sentiu muito irritada.

A paciente acha que sua irritação se refere à situação de não ter conseguido realizar a proposta de uma parte específica do áudio relacionada com os pensamentos (ela ficava revisando o que era dito no áudio, sem conseguir se entregar e praticar como conseguia com os sons). Com isso, pensou em desistir dessa parte e focou sua atenção apenas na respiração. Falou que então relaxou e disse mentalmente: “não vou ligar para a nuvenzinha”.

Na sexta sessão, foi realizada a integração da quinta e sexta sessões do protocolo, cujas temáticas são, respectivamente, **deixe as coisas serem como elas já são e veja os pensamentos como pensamentos**. Nessa etapa, a paciente foi motivada a compreender que pensamentos não são fatos. Maria já tinha finalizado a sexta semana do protocolo de MBCT, realizando atividades diárias de meditação da amizade de 6 minutos e meditação do espaço de respiração de 3 minutos.

A paciente iniciou também a sétima semana, que trabalha com as três atividades da semana anterior e um plano de ação para ser utilizado quando achar que está perdendo o controle. Um dos temas abordados nessa semana é mudar o que se sente por meio da mudança de ações.

Apesar de ter tido dificuldade de iniciar a sétima semana, M. ficou se cobrando por acreditar que não deveria vir à sessão por não ter conseguido fazer todas as atividades propostas, pois, com isso, não teria nada para mostrar ao terapeuta, característica do seu perfeccionismo.

A paciente admitiu o padrão exigente de sua mente no modo fazer. Relatou também uma importante experiência: estava saindo de casa em um dia chuvoso quando sua mãe comentou embravecida ao ver o cenário do lado de fora da porta assim que a paciente a abriu: “Ai! Que coisa esse frio e escuridão!”, enquanto ela olhou o mesmo cenário e teve o seguinte pensamento: “que bom que não está chovendo!”.

A paciente relatou que, nesse exato momento, foi invadida por uma sensação de bem-estar e um pensamento: “isso deve ser a tal da felicidade! Eu quero sentir isto mais vezes!”. Comparou mentalmente a diferença das percepções entre ela e sua mãe e percebeu que a sua percepção era muito diferente do seu padrão de mente, notando que advinha das práticas de *mindfulness* e decidindo que queria viver mais essa sensação.

Na sétima sessão, cuja temática era a **bondade em ação**, a paciente trouxe os exercícios de plano de ação. Relatou um evento importante em uma banca de seleção para um cargo em sua instituição, em que recebeu uma dura crítica de um dos presentes e concordou com ele, apresentando sinais de autopenição. Depois de um exercício de seta descendente em sessão, admitiu que poderia até concordar com o conteúdo do argumento do professor, mas ela necessitava de um tratamento mais humano e equânime.

Na oitava sessão, cuja temática era **e agora?**, foi abordada a percepção dos benefícios do programa semanal realizado e foi orientada sobre como continuá-lo após o término das sessões. A paciente relatou que, apesar de ter tido menor concentração, estava tendo consciência do seu corpo e dos eventos mentais.

A paciente deu um exemplo no qual tomou consciência de que morde a boca por dentro e nem sabia, mas notou que faz mais isso quando está com fome. Teve compaixão consigo quando notou isso. Nessa sessão, a paciente demonstrou uma mudança significativa comparada ao início da intervenção.

Ao final das sessões, foi feita a pós-avaliação, e a paciente atingiu os níveis normais de depressão (9), ansiedade (6) e estresse (5) na escala DASS-21. Na pós-intervenção da escala MASS, a paciente apresentou nível de boa atenção e melhora nos quesitos de desgaste por preocupação e ansiedade pelo futuro ou tristeza devido a pensamentos repetitivos sobre o passado, que não pode mais mudar.

Esses dados indicam que, comparados aos da pré-avaliação, os efeitos da intervenção realizada foram significativos, tendo a paciente desenvolvido habilidades de *mindfulness* e diminuído a intensidade dos sintomas.



ATIVIDADE

15. No exemplo clínico, como se pode afirmar que o pressuposto fundamental da MBCT (o cultivo de um relacionamento consigo descentrado dos estados mentais autodepreciativos como potencial prevenção de recaída) foi aplicado? Assinale a alternativa que aponta a sessão e o relato que demonstre isso.
- A) Na terceira sessão, M. apontou o fato de suas distrações não serem mais preocupações para ela, pois agora eram comentários mentais e curiosidades. Antes, a sua forma de respirar era um problema para ela, mas agora lida com aceitação, pensando: “tudo bem eu ter a respiração que eu tiver”.
 - B) Na quarta sessão, M. relatou que está dormindo melhor, além do fato de que notou uma mudança importante: quando cometia erros, dava urros de raiva, mas dessa vez reagiu de forma mais tranquila, relacionando isso à aceitação da sua parte, a qual tem aprendido nas últimas semanas.
 - C) Na quinta sessão, em que se refere aos pensamentos (quando é dito que ela pode imaginar os pensamentos como nuvens), ela se sentiu muito irritada. Com isso, pensou em desistir dessa parte e focou sua atenção apenas na respiração. Falou que então relaxou e disse mentalmente: “não vou ligar para a nuvenzinha”.
 - D) Na sexta sessão, M. relatou uma importante experiência: estava saindo de casa em um dia chuvoso quando sua mãe comentou embravecida ao ver o cenário do lado de fora da porta assim que a paciente a abriu: “Ai! Que coisa esse frio e escuridão!”, enquanto ela olhou o mesmo cenário e teve o seguinte pensamento: “que bom que não está chovendo!”. Relatou que, nesse exato momento, foi invadida por uma sensação de bem-estar e o seguinte pensamento: “isso deve ser a tal da felicidade! Eu quero sentir isso mais vezes!”. Comparou mentalmente a diferença das percepções entre ela e sua mãe e percebeu que a sua percepção era muito diferente do seu padrão de mente, notando que advinha das práticas de *mindfulness* e decidindo que queria viver mais essa sensação.

Resposta no final do capítulo

■ CONCLUSÃO

O enfoque cognitivo-comportamental contempla uma série de abordagens que têm como pressupostos:

- consideração de três diferentes instâncias (pensamentos, emoções e comportamentos);
- lógica da pesquisa e da prática baseada em evidências;
- ênfase em resultados.

Duas dessas abordagens presentes na teoria e prática desse enfoque cognitivo-comportamental é *mindfulness* e compaixão. Este capítulo teve como objetivo apresentar o encontro histórico entre as abordagens teóricas e intervencionais de *mindfulness* com o enfoque cognitivo-comportamental. Além disso, diferenciaram-se brevemente as diferentes abordagens de *mindfulness* e suas relações com a psicoterapia, aprofundou-se a MBCT como uma abordagem que mais preservou os princípios da TCC e apresentaram-se a noção de compaixão e a principal intervenção terapêutica com base nela: a CFT.

A MBCT — uma intervenção baseada em *mindfulness* que apresenta maior relação com enfoque cognitivo — está contemplada nos princípios dos modelos cognitivo-comportamentais, enquanto que a CFT está contemplada nos modelos construtivistas.

A MBCT objetiva ajudar as pessoas a estabelecer uma mudança radical na sua relação com seus pensamentos, emoções e sensações corporais, os quais contribuem para a recaída em comportamentos indesejáveis, a qual envolve a reativação de padrões de pensamentos negativos semelhantes aos presentes em episódios anteriores do transtorno, tendo esses padrões a estrutura de uma junção global e integrada de pensamentos, emoções, sensações físicas e impulsos característicos que interagem, retroalimentando-se.

A reativação desses padrões é automática, mesmo que sejam indesejáveis (Segal, Williams & Teasdale, 2012). Esse princípio da MBCT a coloca em estreita relação com o enfoque cognitivo, apesar de muitos, de forma desavisada, considerarem-na fora desse grupo, pois rompeu com o fundamento da reestruturação cognitiva. Contudo, como visto, apenas um dos modelos do enfoque cognitivo contempla os modelos de reestruturação cognitiva. Os outros dois (modelos cognitivo-comportamentais e construtivistas) não se apoiam solidamente no fundamento da reestruturação cognitiva.

A CFT, por sua vez, como uma abordagem de tratamento transdiagnóstico que visa à construção de autocompaixão e redução do sentimento de vergonha, apoia-se no desenvolvimento de um sistema interno de apoio que antecede o envolvimento com o conteúdo interno doloroso por meio de técnicas de *mindfulness* construtivistas ou imaginativas, bem como com psicoeducação sobre a perspectiva neurocientífica e evolucionista da mente de MacLean (1990) (Gilbert, 2009). Seu modelo considera central o sentimento de vergonha e autocrítica, os quais contribuem para a manutenção da psicopatologia.

De acordo com o modelo evolucionista, em situações de ameaça social, abuso ou hostilidade, a autocrítica é uma estratégia adaptativa e se associa ao sentimento de vergonha, derrota, rejeição e perseguição social, tendo sua origem na memória de eventos ameaçadores, pois foi observado que estados de vergonha e autocrítica se associam ao desconforto e à resistência.

Dessa forma, MacLean (1990) procurou incorporar à prática da TCC as técnicas de cultivo da atitude de autobondade para indivíduos com altos níveis de vergonha e autocrítica. Em contribuição, Kristin Neff e colaboradores (Neff, Hsieh, & DeJitterat, 2005) delimitaram três componentes da autocompaixão:

- bondade em relação a si mesmo;
- compreensão da humanidade comum;
- consciência atenta (*mindfulness*).

Kristin Neff e colaboradores (Neff, Hsieh, & Dejjitrat, 2005) enfatizaram que a autocompaixão é distinta da autoestima, a qual consiste em se comparar com os outros e nas percepções pessoais sobre os recentes sucessos ou fracassos.

Este capítulo, assim como tantos outros sobre *mindfulness* e compaixão, contribui para consolidar os motivos para oferecer exercícios de *mindfulness*, compaixão e autocompaixão. Um deles é oferecer uma possibilidade de explorar uma vida vivida em profundidade, facilitar a experiência de amar e ser amado e sentir-se digno de amor. Esse é um benefício atrativo para as intervenções terapêuticas em geral, visto que tais condições se encontram na origem das psicopatologias.

■ RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES E COMENTÁRIOS

Atividade 1

Resposta: **A**

Comentário: Segundo Isabel Caro e Garcia-Martínez, seus modelos cognitivos podem ser classificados em três diferentes tipos: modelos de reestruturação cognitiva desenvolvidos por Beck e Ellis, entre outros, que enfatizam o papel das crenças das pessoas, a resolução de problemas e as mudanças nas atividades defeituosas do processamento da informação, características do transtorno psicológico; modelos cognitivo-comportamentais desenvolvidos por Meichenbaum e Nezu, seguidos de Barlow e Lineham, entre outros, considerando o pensamento como um conjunto de autoenunciados encobertos, regidos, dessa forma, pelas leis do condicionamento; e modelos construtivistas.

Atividade 2

Resposta: **D**

Comentário: A CANMAT recomenda a MBCT e a TCC como tratamentos psicológicos de manutenção de primeira linha para o TDM.

Atividade 3

Resposta: **B**

Comentário: A descrição mais utilizada de *mindfulness* é de Kabat-Zinn e se refere a um modo específico de prestar atenção: intencionalmente, no momento presente e sem julgamento. Os outros autores se basearam nessa definição de Kabat-Zinn, exceto Ellen Langer, a qual dizia tratar-se do simples ato de perceber coisas novas, podendo ser praticado como uma atitude, dentro de um contexto ético, no sentido de Aristóteles, de ser um requisito para viver uma vida boa, em vez de enfatizar a obediência a um código moral.

Atividade 4

Resposta: **A**

Comentário: Os modelos cognitivos-comportamentais desenvolvidos por Meichenbaum e Nezu, seguidos de Barlow e Lineham, entre outros, consideram o pensamento como um conjunto de autoenunciados encobertos, dessa forma, regidos pelas leis do condicionamento. O modelo unificado de Aaron Beck abrange vários níveis de análise e áreas do conhecimento, incluindo clínico, cognitivo, biológico e evolucionista para fornecer um quadro amplo que explique a sintomatologia da depressão e seu curso natural, da predisposição à recuperação. Ellen Langer, a primeira psicóloga da Harvard University, tornou-se conhecida por suas contribuições para o estudo de *mindfulness* e o conceito chamado por ela de *mindlessness*. Foi Sidarta (Buda), interessado em resultados mais eficazes para as práticas meditativas, que criou a *satipatthana*, baseada na atenção no aqui e agora, na vigilância e consciência.

Atividade 5**Resposta: C**

Comentário: Na *samatha*, dirige-se a atenção por meio de palavras, sons, um ponto, um objeto, mantras ou por meio da observação da respiração, objetivando desenvolver a concentração, a introspecção e, conseqüentemente, a tranquilidade do praticante. O modelo de reestruturação cognitiva enfatiza o papel das crenças das pessoas, a resolução de problemas e as mudanças nas atividades defeituosas do processamento da informação características do transtorno psicológico. A descrição mais utilizada de *mindfulness* é de Kabat-Zinn e se refere a um modo específico de prestar atenção: intencionalmente, no momento presente e sem julgamento. Foi Sidarta (Buda), interessado em resultados mais eficazes para as práticas meditativas, que criou a *satipatthana*, baseada na atenção no aqui e agora, na vigilância e consciência.

Atividade 6**Resposta: D**

Comentário: A MBCT se baseia na integração da TCC para a depressão com o programa de MBSR desenvolvido por Kabat-Zinn e colaboradores.

Atividade 7**Resposta: C**

Comentário: Para Gilbert, dois problemas decorrem do autocrítico: o conteúdo dos pensamentos e o tipo/intensidade das emoções dirigidas ao eu, somados à falha do sistema autotranquilizador. Diante desse quadro, ele norteou o foco das pesquisas da TFC para a relação entre os pensamentos alternativos dos pacientes e os sentimentos de decepção, hostilidade, desprezo ou desistência, seguidos de suas intervenções experimentais de tons emocionais favoráveis e úteis para os pensamentos alternativos, novos comportamentos de enfrentamento e experiências de exposição, buscando criar uma voz interior calorosa e amorosa e sentir o impacto desse tipo de voz. Como resultado, ele observou a associação de estados de vergonha e autocrítico a desconforto e resistência. Dessa forma, ele procurou incorporar à prática da TCC as técnicas de cultivo à atitude de autobondade para indivíduos com altos níveis de vergonha e autocrítico.

Atividade 8**Resposta: B**

Comentário: Kristin Neff, pioneira no campo da autocompaixão, baseia-se no entendimento de que todos os seres humanos têm dificuldades e simultaneamente merecem bondade. Ela e seus colegas delinearam três componentes da autocompaixão: bondade em relação a si mesmo (o cultivo de bondade para si mesmo, especialmente quando se sofre, falha ou se sente inadequado); compreensão da humanidade comum (o reconhecimento de que o sofrimento e os sentimentos de inadequação pessoal são parte da experiência humana, algo compartilhado que todos atravessam, em vez de algo que acontece apenas com a pessoa); e consciência atenta (a vontade de observar os pensamentos que não ajudam e as emoções com transparência e clareza, sem qualquer supressão ou avaliação).

Atividade 9**Resposta: B**

Comentário: A matriz de análise de intervenções em saúde elaborada por Luz é estruturada em cinco dimensões, baseadas em uma cosmologia, que auxiliam a promoção da legitimidade teórica e social de uma intervenção para sua formalização e institucionalização, são elas: doutrina médica (explicação da doença, sua origem e cura), morfologia (anatomia), dinâmica vital (fisiologia), sistema de diagnóstico e sistema terapêutico.

Atividade 10

Resposta: O amor altruísta, para o budismo, é o desejo de que todos os seres encontrem a felicidade e a sua causa, sendo principalmente caracterizado pela bondade incondicional em relação a todos os seres e a cada ser em particular. Por sua vez, a compaixão é a forma que o amor altruísta assume quando é confrontado com os sofrimentos dos outros, ou seja, o desejo de que todos os seres se livrem do sofrimento e de suas causas. Esse desejo deve ser seguido da ação, que utiliza todos os métodos possíveis para remediar os tormentos do ser-alvo da compaixão.

Atividade 11

Resposta: **A**

Comentário: Existem vários motivos importantes para oferecer exercícios de compaixão e autocompaixão. Um aspecto fundamental dessas práticas de compaixão e autocompaixão é facilitar a experiência de amar e ser amado, bem como de se sentir digno de amor. Apesar de ser desejável que todas as pessoas tivessem essa experiência, sabe-se que, muitas vezes, isso não ocorre. Desenvolver um bom coração e estender benevolência para si mesmo é um antídoto poderoso contra as repetitivas vozes críticas e cruéis, repercutindo nas relações interpessoais. Devido ao fato de poder ser uma experiência muito diferente, pode ser que haja uma resistência ou estranheza do iniciante em relação a essas práticas. Chama-se essa condição de medo da compaixão. Para superar esse medo, é necessário começar pelas práticas mais simples.

Atividade 12

Resposta: **D**

Comentário: Daniel Batson, psicólogo e pesquisador do altruísmo, afirma que o altruísmo é um estado motivacional cujo objetivo final é aumentar o bem-estar do outro. O altruísmo de Batson é um estado mental temporário ligado à percepção de uma necessidade particular em outra pessoa, uma disposição altruísta de acordo com o seu estado mental predominante. A bondade amorosa e a compaixão são as duas faces do altruísmo, distinguindo-se apenas por seu objeto: a benignidade de querer que todos os seres experimentem a felicidade e o desejo de erradicação do sofrimento do outro. Ambos devem durar enquanto existirem seres e enquanto eles estiverem sofrendo. Segundo Ricard, a empatia compõe a dinâmica do altruísmo. Ele a define como a capacidade de entrar em ressonância afetiva com os sentimentos do outro e tornar-se cognitivamente consciente de sua situação. Ela catalisa a transformação do amor altruísta em compaixão, ou seja, a preocupação com outro, proporcionada pelo conhecimento empático acerca do seu sofrimento, transforma-se em desejo de agir em seu favor. A autocrítica é uma estratégia adaptativa e se associa ao sentimento de vergonha, derrota, rejeição e perseguição social, tendo sua origem na memória de eventos ameaçadores.

Atividade 13

Resposta: **B**

Comentário: Kristin Neff, pioneira no campo da autocompaixão, baseia-se no entendimento de que todos os seres humanos, incluindo a própria pessoa, têm dificuldades e, de forma simultânea, merecem bondade. Ela e Neff, Hsich e Dejjterat delinearão três componentes da autocompaixão: bondade em relação a si mesmo (o cultivo de bondade para si mesmo, em especial, quando se sofre, falha ou se sente inadequado); compreensão da humanidade comum (o reconhecimento de que o sofrimento e os sentimentos de inadequação pessoal são parte da experiência humana, algo compartilhado que todos atravessam, em vez de algo que acontece apenas com a pessoa); e consciência atenta (a vontade de observar os pensamentos que não ajudam e as emoções com transparência e clareza, sem qualquer supressão ou avaliação). Um aspecto fundamental dessas práticas de compaixão e autocompaixão é facilitar a experiência de amar e ser amado, bem como de se sentir digno de amor. Apesar de ser desejável que todas as pessoas tivessem essa experiência, sabe-se que, muitas vezes, isso não ocorre. Segundo Ricard, a empatia compõe a dinâmica do altruísmo. Desenvolver um bom coração e estender benevolência para si mesmo é um antídoto poderoso contra as repetitivas vozes críticas e cruéis, repercutindo nas relações interpessoais. Devido ao fato de poder ser uma experiência muito diferente, pode ser que haja uma resistência ou estranheza do iniciante em relação a essas práticas. Chama-se essa condição de medo da compaixão. Para superar esse medo, é necessário começar pelas práticas mais simples.

Atividade 14

Resposta: O modelo cognitivo do TAG, explicado por Dugas e Robichaud, mostra que a cognição tem um papel determinante na etiologia do TAG, apesar de os fatores emocionais e comportamentais também terem sua participação na dinâmica do transtorno. Dugas e Robichaud apresentaram quatro aspectos principais para ilustrar o modelo cognitivo do TAG: intolerância à incerteza, crenças positivas sobre a preocupação, orientação negativa de problemas e evitação cognitiva.

Atividade 15

Resposta: D

Comentário: Um pressuposto fundamental da MBCT é que o cultivo de um relacionamento consigo, descentrado dos estados mentais autodepreciativos, funciona como prevenção em momentos de potencial recaída. Nesse sentido, o principal meio de desenvolver esse descentramento é ensinando as pessoas a se tornarem mais conscientes dos estados mentais e a se relacionarem com eles em uma perspectiva mais ampla, reconhecendo-os como eventos mentais apenas e não se identificando com eles ou não os reconhecendo como necessariamente reais. O objetivo final do programa é ajudar indivíduos a estabelecer uma mudança radical na sua relação com seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais, os quais contribuem para a recaída em comportamentos indesejáveis e conseguir isso por meio de mudanças na compreensão em um nível profundo. A mente, dentro dessa perspectiva, é motivada, por um lado, para atingir as metas altamente desejadas, por outro, para prevenir ou reduzir estados mentais desagradáveis, mesmo que estratégias empregadas para atingir esses fins sejam contraproducentes. Apenas na sexta sessão isso foi observado, quando ela experimentou com clareza o modo “ser da mente” e descentrou-se do “modo fazer da mente”, quando ela olhou o mesmo cenário e teve o seguinte pensamento: “que bom que não está chovendo!”. Na quinta sessão, houve apenas uma tentativa de promoção de aceitação e, na terceira e segunda, apenas treinamento da mente.

■ REFERÊNCIAS

1. Akitsuki, Y., Decety, J. (2009). Social context and perceived agency affects empathy for pain: an event-related fMRI investigation. *Neuroimage*, 47, 722–34.

2. Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
3. Asmundson, G. J. G., & Asmundson, A. J. N. (2018). Are anxiety disorders publications continuing on a trajectory of growth? A look at Boschen's (2008) predictions and beyond. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.003>.
4. Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. W., & Ronzani, T. M. (2015). Validity evidence of the Brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95.
5. Bartels, A., Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, 21, 1155-66.
6. Batson, D. C. (2011). *Altruism in Humans*. Oxford University Press, New York.
7. Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artmed.
8. Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619.
9. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
10. Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
11. Bernhardt, B. C., & Singer, T. (2012). The neural basis of empathy. *Annual Review of Neuroscience*, 35, 1-23. doi:10.1146/annurev-neuro-062111-150536.
12. Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of *Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)*. *Stress and Health*, 26, 359-371.
13. Burch, V. (2011). *Viva bem com a dor e com a doença*. São Paulo: Summus Editorial.
14. Caro Gabalda, I. (1997). *Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos*. Em: I. Caro (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp.37-52). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.
15. Caro Gabalda, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. 2ª Ed. Barcelona: Biblioteca De Psicología Desclée de Brouwer.
16. Cullen M. (2011). *Mindfulness-Based Interventions: An Emerging Phenomenon*. *Mindfulness*, 2(3). 186-93.
17. Davidson, K. (2002). *Cognitive therapy for personality disorders*. London: Arnold.
18. Depue, R. A., Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *The Behavioral and Brain Science*, 28(3): 313-350.
19. Dryden, W., & Still, A. (2006). Historical aspects of *Mindfulness* and self-acceptance in Psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1). 3-28.
20. Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2009). *Tratamento Cognitivo-Comportamental para o Transtornos de Ansiedade: da Ciência para a prática*. Rio de Janeiro: Cognitiva.
21. d'Allonnes, M. R. (2008). *L'Homme compassionnel*. Paris: Seuil.

22. Ellis, A. (1997). El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva-conductual. Em: I. Caro (Org.). Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos (pp.91-101). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.
23. Felver, J. C., & Jennings, P. A. (2016). Applications of *Mindfulness*-Based Interventions in School Settings: an Introduction. *Mindfulness*, 7, 1-4.
24. García-Campayo, J., Martí, A. C., & Demarzo, M. M. P. (coord.) (2018). A ciência da compaixão. Trad. Denise Senematsu Kato. São Paulo. Palas Athena.
25. García-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2015). Manual prático de *mindfulness*: curiosidade e aceitação. Trad. Denise Sanematsu Kato. São Paulo. Palas Athena.
26. Garcia-Martínez, J. (2014). ¿Existe la terapia cognitiva? Una reflexión sobre los modelos de psicoterapia centrados en el trabajo con elementos de conocimiento. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 5-30.
27. Germer, C. (2012). Cultivating compassion in psychotherapy. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.). *Wisdom and Compassion in Psychotherapy* (pp. 93-110). New York: Guilford Press.
28. Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867.
29. Gilbert, P. (Ed.) (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
30. Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable & Robinson.
31. Gonçalves, O. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia cognitivo narrativa. En I. Caro (ed.): Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos (pp. 339-350). Barcelona. Paidós.
32. Guidano, V. E. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford.
33. Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
34. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
35. Hirayama, M. S. C. (2014). The Perception of Behavior Related to *Mindfulness* and the Brazilian Version of the Freiburg *Mindfulness* Inventory [a Percepção de Comportamentos Relacionados à Atenção Plena e a Versão Brasileira do Freiburg *Mindfulness* Inventory]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(9). 3899-3914.
36. Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 72–90. <https://doi.org/10.1002/da.20257>.
37. Jazaieri, H., Jinpa, T. G., McGonigal, K., Rosenberg, E., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., & Goldin, P. R. (2012). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*. 14(4), 1113-1126. doi:10.1007/s10902-012-9373-z.
38. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta, 460p.
38. Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2, 144-156.

39. Kabat-Zinn, J. (2011). Some Reflections on the Origins of MBSR, Skillful Means, and the Trouble with Maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1).
40. Kim, J. W., Kim, S. -E., Kim, J. -J., et al. (2009). Compassionate attitude towards others' suffering activates the mesolimbic neural system. *Neuropsychologia*, 47, 2073–81.
41. Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social cognitive and affective neuroscience*, 9(6), 873-9.
42. Konkiewitz, E. C. (2010). *Tópicos de neurociência clínica*. Grande Dourados: UFGD. 92p.
43. Kreplin, U., Farias, M., & Brazil, I. A. (2018). The limited prosocial effects of meditation: A systematic review and meta-analysis. *Nature. Scientific Reports*, 8(2403).
44. Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). Conceituação de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental (Mallmann da Rosa, trad.). Porto Alegre: Artmed.
45. Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S. (2010). How does *mindfulness*-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
46. Lam, R. W., McIntosh, D., Wang, J. L., Enns, M. W., Kolivakis, T., Michalak, E. E., Sareen, J., Song, W., Kennedy, S. H., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Parikh, S. V., & Ravindran, A. V. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. The CANMAT Depression Work Group. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 61(9), 510-523.
47. Lamm, C., Decety, J., Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage*, 54, 2492–502.
48. Lamm, C., Nusbaum, H. C., Meltzoff, A. N., Decety, J. (2007). What are you feeling? Using functional magnetic resonance imaging to assess the modulation of sensory and affective responses during empathy for pain. *PLoS One*, 2, e1292.
49. Lamm, C., Singer, T. (2010). The role of anterior insular cortex in social emotions. *Brain Structure and Function*, 214, 579–91.
50. Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. New York: Da Capo Press.
51. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
52. Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.
53. Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One*, 3, e1897.
54. Luz, M. T., Camargo, J. R. (1997). A Comparative Study of Medical Rationalites. *Curare*, 1(12), 47-58.
55. MacLean, P. D. (1990). *The tribune brain in evolution*. New York: Plenum.
56. Mahoney, M. J. (1998). *Processos humanos de mudança. As bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

57. Maron, E.; & Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 147-158.
58. Martí, A. C., García-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2014). *Mindfulness y Ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
59. Meichenbaum, D. (1997). El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual. Em: I. Caro (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp.149-156). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.
60. Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
61. Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287. doi: 10.1080/13576500444000317
62. Neimeyer, R. A. (1997). Psicoterapias construtivistas: características, fundamentos e futuras direções. Em: R. A. Neimeier & M. J. Mahoney (Orgs.). *Construtivismo em psicoterapia* (pp. 15-37). Porto Alegre: Artes Médicas.
63. Nezu, A.M. y Perri, M.G. (1989). Problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
64. Nezu, A.M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
65. Newman, M. G., & Przeworski, A. (2018). The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 11–13. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.006>
66. NICE, National Institute for health and Clinical Excellence – United Kingdom. Depression: the treatment and management of depression in adults. NICE guideline 90. London, 2009.
67. Seligman, M. E. P. (2004) *Felicidade Autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
68. Rangé, B. P., Falcone, E. M. O., & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(2).
69. Ricard, M. (2015). *A revolução do altruísmo*. Trad. Inês Polegato. São Paulo: Palas Athena.
70. Roemer L., Orsillo S.M., Salters-Pedneault K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083–9.
71. Salzberg, S. (2002). *Loving-kindness: The Revolutionary Art of Happiness*. Boston, MA: Shambhala.
72. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
73. Shackman, A. J., Salomons, T. V., Slagter, H. A., Fox, A.S., Winter, J.J., Davidson, R.J. (2011). The integration of negative affect, pain and cognitive control in the cingulate cortex. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 154–67.
74. Siegel, D. J. (2007b): *Mindfulness training and neural integration*. *Journal of Social, Cognitive, and Affective Neuroscience*, 2, 259–263.

75. Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J. P., Stephan, K. E., Dolan, R. J., Frith, C. D. (2006). Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature*, 439, 466–9.
76. Singer, T., Snozzi, R., Bird, G., Petrovic, P., Silani, G., Heinrichs, M., & Dolan, R.J. (2008). Effects of oxytocin and prosocial behavior on brain responses to direct and vicariously experienced pain. *Emotion*, 8, 781–91.
77. Tesser, C. D. (2012). Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: Luz, M.T. e Barros, NF, organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. UERJ. p. 251-283.
78. Tusche, A., Böckler, A., Kanske, P., Trautwein, F-M., & Singer, T. (2016). Decoding the charitable brain: empathy, perspective taking, and attention shifts differentially predict altruistic giving. *Journal of Neuroscience*, 36(17). 4719–4732. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3392-15.2016
79. Vandenberghe, L., & Assunção, A. B. (2009). Concepções de *mindfulness* em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. *Contextos Clínicos*, 2(2). doi: 10.4013/ctc.2009.22.07
80. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
81. Yu, W., Singh, S. S., Calhoun, S., Zhang, H., Zhao, X., & Yang, F. (2018). Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden. *Journal of Affective Disorders*, 234, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.012>.