

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY

FREDERICO JOSÉ COELHO DE MAGALHÃES

Dissertação de Mestrado em Medicina

2014

FREDERICO JOSÉ COELHO DE MAGALHÃES

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor José Queirós

Categoria – Professor Associado Convidado

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
da Universidade do Porto.

E essencialmente, aquilo que eu procurei, foi esse espírito de nudez, foi pôr-se em frente de cada coisa, como se ela nunca tivesse sido vista e começar a olhar desde o princípio, como se fosse o primeiro dia do mundo.

Em "Sophia de Mello Breyner Andresen", de João César Monteiro

Índice

Índice de tabelas.....	4
Índice de figuras	4
Lista de Anexos	4
ABREVIATURAS	5
SUMMARY	6
RESUMO	7
INTRODUÇÃO.....	8
UMA BREVE HISTÓRIA DO <i>MINDFULNESS</i>	11
A adaptação ao ocidente.....	13
MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY – ORIGENS E FUNDAMENTO TEÓRICO	16
Fundamento teórico	16
Mecanismo de acção	18
MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY – O PROGRAMA.....	20
Preparação para o programa	20
A componente cognitivo-comportamental e a psico-educação	21
Gestão de deterioração clínica.....	26
Cuidados continuados.....	27
APLICAÇÕES E RESULTADOS	28
MBCT na prevenção da recaída da depressão	28
MBCT no tratamento da depressão.....	30
MBCT na depressão resistente ao tratamento	30
Outras aplicações do MBCT.....	31
CONCLUSÃO	33
BIBLIOGRAFIA.....	34

Índice de tabelas

Tabela 1 – Trajectos do Nobre Caminho Óctuplo, nas divisões propostas por Buddhagosa	13
Tabela 2 – Indicações e contra-indicações para o mindfulness-based cognitive therapy.....	21
Tabela 3 – Comparação das posturas terapêuticas da terapia cognitivo-comportamental e do mindfulness-based cognitive therapy.....	23
Tabela 4 - Potenciais benefícios da prática de mindfulness propostas aos participantes	24

Índice de figuras

Figura 1 – A Dharmachakra, representando o Nobre Caminho Óctuplo.....	13
---	----

Lista de Anexos

Anexo A – Uma experiência de oito semanas de mindfulness

Anexo B – Resultados do MBCT no tratamento de doentes com transtornos de
ansiedade e no tratamento de doentes com doença bipolar

Anexo C – Conteúdos do mindfulness-based cognitive therapy

ABREVIATURAS

BAI	Beck Anxiety inventory
BDI	Beck Depression inventory
DRT	Depressão resistente ao tratamento
MAAS	Mindful Attention Awareness Scale
MBCT	Mindfulness-based cognitive therapy
MBSR	Mindfulness-based stress reduction
RMNf	Ressonância magnética funcional
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TU	Tratamento usual

SUMMARY

Depression is one of the leading causes of disability worldwide. Underlying the rising prevalence of the disease is the high vulnerability to relapse, with rates as high as 50% and 80% following a first and second depressive episode, respectively. The prevention of depressive relapse is, therefore, of the highest importance in reducing the significant personal, social and economic impact of this disease.

Theoretical models for vulnerability to relapse highlight the importance of the connections established between low mood and negative thoughts during the course of depressive episodes. These models suggest that in previously depressed individuals, dysphoric moods reactivate habitual negative thought patterns, including rumination.

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is a group-based therapeutic approach developed especially for the prevention of depressive relapse. It is an eight week program combining training in the practice of *mindfulness* – an intentional, compassionate, non-judgemental attention to the present moment – with elements adapted from cognitive-behavioural therapy for depression. The program is designed to prevent depressive relapse by teaching formerly depressed individuals to observe their thoughts and feelings nonjudgmentally, and to view them simply as mental events that come and go, rather than as aspects of themselves.

MBCT has proven superior to pharmacotherapy in the prevention of post-treatment relapse amongst recurrently depressed individuals and equivalent to maintenance pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy. Preliminary results have shown that MBCT may be effective in the treatment of major depressive episodes and of treatment-resistant depression.

This thesis aims to set out the historical and theoretical foundations for MBCT, a summary of the program's structure and content and the results obtained from its application to the prevention of depressive relapse as well as in the context of other disorders, through a review of the existing scientific literature.

Keywords: Depression; Prevention of Relapse; Mindfulness; Mindfulness-based cognitive therapy; MBCT;

RESUMO

A depressão é uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. Subjacente à elevada prevalência desta doença está a vulnerabilidade à recaída, com taxas de recaída na ordem dos 50% após o primeiro episódio e 80% após o segundo. A prevenção da recaída será por isso da maior importância no combate ao impacto significativo que esta doença tem a nível pessoal, social e económico.

Modelos explicativos da vulnerabilidade à recaída enfatizam a importância das relações entre estados de humor disfóricos e pensamentos negativos firmadas no decorrer de episódios depressivos. Propõe-se, que em doentes previamente deprimidos, estados de humor disfóricos reactivam padrões de pensamentos negativos habituais, entre os quais a ruminação.

O *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) é uma abordagem terapêutica em formato de grupo desenvolvida especificamente para a prevenção da recaída da depressão. Trata-se de um programa de oito semanas que integra a formação na prática de *mindfulness* – uma atenção propositada, compassiva e sem julgar, ao momento presente – com elementos da terapia cognitivo-comportamental. O Programa foi concebido para ensinar indivíduos previamente deprimidos a observarem pensamentos e emoções sem os julgarem ou contrariarem, interpretando-os como eventos mentais transitórios e não como reflexos fidedignos da realidade, prevenindo desta forma a escalada da depressão.

Propõe-se que a prática na aplicação de *mindfulness* a diversas vertentes da experiência interior e exterior, permita aos doentes reconhecerem precocemente os pensamentos negativos associados a estados de humor deprimido e descentrarem-se destes processos, travando desta forma a espiral da depressão.

O MBCT já mostrou ser superior à farmacoterapia na prevenção de recaída pós-tratamento e equivalente à farmacoterapia de manutenção e à terapia cognitivo-comportamental. Resultados preliminares sugerem que o programa possa ser eficaz no tratamento da depressão major e da depressão resistente ao tratamento.

Pretende-se com esta tese apresentar os fundamentos históricos e teóricos do programa, um resumo da sua estrutura e conteúdos, e os resultados obtidos na prevenção da recaída da depressão assim como em outros contextos patológicos, através de uma revisão da literatura científica existente.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença com uma carga pessoal, social e económica significativa e uma causa de enorme sofrimento para os indivíduos afectados (1). O facto de a depressão ser frequentemente uma condição recidivante ou crónica, com taxas de recaída e recorrência na ordem dos 50-80%(2) tem contribuído para o aumento da sua prevalência, sendo actualmente a segunda maior causa de incapacidade a nível mundial(3) e a 11ª principal causa de perda de anos de vida(4).

A farmacoterapia é a modalidade terapêutica mais empregue no tratamento da depressão, mas apesar da eficácia demonstrada em termos da cura de episódios depressivos agudos, não existem evidências de que possa prevenir a recaída após a suspensão terapêutica(5). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem mostrado ser superior à farmacoterapia na prevenção de recaída pós-tratamento(6) e equivalente à farmacoterapia de manutenção(7), no entanto será de escassa disponibilidade na maioria dos sistemas de saúde(2). Assim, será da maior importância o desenvolvimento de intervenções terapêuticas que previnam eficazmente a recaída da depressão, mesmo após o final da terapia, e o desenvolvimento de veículos de tratamento não-tradicionais, tais como as intervenções de grupo, que permitam um maior acesso a terapias com uma boa relação custo-benefício(8).

Alguns modelos explicativos para a elevada vulnerabilidade à recaída da depressão propõe que os processos cognitivos responsáveis por novos episódios depressivos sejam os mesmos processos envolvidos na manutenção de episódios anteriores. Entre estes processos salientam-se a elevada reactividade cognitiva a alterações de humor(9) – com contrariedades emocionais a funcionarem como *trigger* para padrões de pensamento negativos estabelecidos em episódios depressivos anteriores – e a ruminação depressiva(10) – com o doente a nutrir uma preocupação infrutífera com o facto de estar infeliz e sobre as causas, os significados, as consequências e as possíveis soluções para essa condição(11).

O programa de *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) foi concebido com base numa investigação dos processos que medeiam a recaída da depressão, objectivando o desenvolvimento de um programa de grupo capaz de ensinar os participantes a interferirem com estes processos.(6) O programa integra o treino na prática de *mindfulness* – um tipo particular de atenção ao momento presente com raízes em práticas meditativas budistas e adaptado à medicina ocidental por Jon Kabat-Zinn – com componentes da TCC para o tratamento da depressão.

No decurso do programa, os participantes são instruídos no sentido de cultivarem uma atenção experiencial directa, e uma atitude de aceitação sem juízo, aos fenómenos decorrentes do momento presente e em especial às experiências emocionais negativas capazes de reactivarem padrões de pensamento negativo. Propõe-se que cultivar o *mindfulness*, através da manutenção da atenção – de forma paciente e repetida – sobre aspectos da experiência interior e exterior, permita aos doentes reconhecerem com maior clareza o accionamento de reacções cognitivas negativas, ou de padrões de ruminação, em momentos de desconforto emocional, ajudando a que se desidentifiquem destes tipos de pensamentos, enquadrando-os como eventos mentais e não como reflexos fidedignos da realidade. O MBCT difere neste sentido da TCC – que objectiva antes por em causa ou alterar cognições disfuncionais – sendo por isso abrangida pela chamada 3ª vaga de teorias cognitivo-comportamentais, que enfocam mais a aceitação do que a mudança(12).

A presente tese pretende expor as origens do conceito de *mindfulness* e da sua adaptação ao ocidente, seguindo então para uma exploração do processo de desenvolvimento do MBCT e da teoria subjacente. Serão abordados vários aspectos da estrutura, conteúdo e aplicação do programa MBCT – com especial ênfase sobre o papel da psicoeducação e da prática em si – seguindo-se para uma revisão dos resultados obtidos com a MBCT na prevenção da recaída da depressão, assim como estudos preliminares sobre a aplicação do MBCT ao tratamento da depressão activa, depressão resistente ao tratamento e uma menção de outras áreas de potencial aplicação.

Paralelamente ao desenvolvimento da tese, submeti-me a um curso de meditação de oito semanas, baseado no MBCT. Relato, em anexo, as minhas experiências no decorrer deste programa. Efectuei ainda alguns estudos imagiológicos, com recurso a ressonância magnética nuclear, antes e após o programa, cuja análise está em curso, com resultados previstos para breve. Também em anexo, uma revisão mais aprofundada da aplicação de MBCT a doentes com doença bipolar ou transtornos de ansiedade, assim como uma selecção de alguns dos materiais utilizados no decorrer do programa.

A escolha deste tema não foi de todo fortuita. Representa para mim uma rica convergência de interesses. Aos primeiros contactos com a psiquiatria, no 4º ano do curso de Medicina, senti uma clara vocação por esta área, que suscitou em mim uma curiosidade, paixão e empatia muito marcada. Por outro lado, tenho tido a percepção, amparado por muitos dos autores que mais estimo (Aldous Huxley, Krishnamurti, Carl Jung, Alan Watts) que no espaço em que cessa o pensamento discursivo e se deixa cair o conhecimento adquirido (qualquer que seja o método empregue) surgem muitas das

realizações mais fortes acerca daquilo que somos. Este tema representa, por isso, um casamento destas duas áreas pelo qual nutro grande interesse, o tratamento do doente mental e a descoberta de novas formas de viver e sentir. Fico contente e entusiasmado por verificar que estas duas paixões se encontram no seio de uma intervenção orientada ao tratamento de algumas das doenças mais prevalentes, e que mais sofrimento causam, na sociedade contemporânea, afigurando-se como uma solução replicável e de baixo custo – factores de importância maior nos dias que correm – e um veículo de ensinamento, com origem numa sabedoria milenar e transcultural, que procura nutrir potencialidades inatas ao ser humano.

UMA BREVE HISTÓRIA DO *MINDFULNESS*

Mindfulness é uma palavra inglesa geralmente utilizada como tradução do conceito oriental de *sati* (em Pali) ou *smṛti* (em sânscrito), uma prática espiritual associada às tradições budistas da Ásia.(13,14), sendo por vezes descrito como *o coração da meditação budista*(15). No entanto, as raízes mais antigas do conceito de *mindfulness* remontam às práticas yógicas descritas nas Upanishads, textos filosóficos com mais de 2500 anos que formam a base da religião Hindu(16). No contexto da tradução budista e das aplicações deste conceito na psicologia clínica e psiquiatria contemporânea, *mindfulness* é geralmente utilizado como significando “atenção plena”, existindo outras definições que, sendo mais ou menos completas, se assemelham nesta ideia central. Kabat-Zinn, o principal responsável pela secularização e integração do *mindfulness* na medicina ocidental, define-o como *prestar atenção de uma forma especial: propositadamente, no momento presente, e sem julgar*(17).

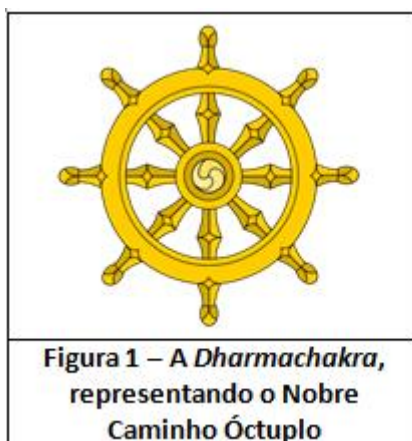
Este conceito de *mindfulness* tem a sua origem nos ensinamentos mais centrais e basilares da religião Budista: as Quatro Nobres Verdades e o Nobre Caminho Óctuplo. As Quatro Nobres Verdades foram expostas pelo Buddha no seu primeiro *suttha* (discurso) após ter atingido o *Nirvana*, ou iluminação. Essas quatro verdades podem ser sumarizadas da seguinte forma:

1. A vida é sofrimento (*dukkha*)
2. O sofrimento é causado pela ânsia
3. O sofrimento pode cessar
4. Existe um caminho que leva à cessação do sofrimento

De acordo com Keown(18),

O Buddha pode, desta forma, ser comparado a um médico que encontrou uma cura para os males da vida. Primeiro diagnostica a doença, em segundo lugar explica as suas causas, em terceiro determina a existência de uma cura, e em quarto lugar expõe um curso de tratamento.

No desenvolvimento desta quarta verdade, a cura, o Buddha detalhou o Nobre Caminho Óctuplo, como orientação para a cessação do sofrimento. O caminho é constituído por oito trajectos, dispostos em três divisões por Buddanghosa(13) (Tabela 1), e que seguidos da forma correcta levarão à cessação do sofrimento e à iluminação. Um dos oito trajectos é o *mindfulness* correcto.



Trajecto	Divisão
Entendimento correcto Determinação correcta	Sabedoria correcta
Linguagem correcta Acção correcta Modo de vida correcto	Conduta ética correcta
Esforço correcto Mindfulness correcto Meditação correcta	Concentração correcta
Tabela 1 – Os trajectos do Nobre Caminho Ótuplo, nas divisões propostas por Buddhagosa	

O Nobre Caminho Ótuplo é tradicionalmente representado por uma roda de oito hastes, a *Dharmachakra* (Roda da Vida) (Figura 1), simbolizando os oito trajectos. De acordo com os ensinamentos do Buddha, estes trajectos devem ser percorridos e praticados em sintonia: do desenvolvimento de todos os outros trajectos dependerá o desenvolvimento de qualquer um(13).

Em discursos posteriores, o Buddha terá apresentado orientações mais aprofundadas para cada um dos oito trajectos. O *Maha-satipatthana Sutta* (Grande Discurso sobre os Fundamentos do *Mindfulness*) é considerado o principal discurso de elucidação do trajecto de *mindfulness* e neste discurso o Buddha estrutura a cultivação do *mindfulness* em quatro grandes dimensões: o corpo, os sentimentos, a mente/consciência, e os objectos mentais(19).

Relativamente, por exemplo, à dimensão corporal, o discurso propõe que o praticante (individualizado como monge) se sente, de pernas cruzadas e corpo erecto, trazendo a sua atenção para a respiração, discernindo-a claramente em cada momento:

... (o praticante) inspirando demoradamente, deve discernir que está a inspirar demoradamente... inspirando rapidamente, deve discernir que está a inspirar rapidamente...(19)

Dispõe o Buddha que o praticante deve trazer este mesmo tipo de atenção com discernimento para os múltiplos aspectos do corpo, incluindo as posições que o corpo assume e as diversas actividades desenvolvidas ao longo do dia.

Da mesma forma, o Buddha sugere que se mantenham sob atenção, com total discernimento, as restantes três dimensões: as sensações (p. ex. sensações dolorosas ou agradáveis, do corpo ou não do corpo), os fenómenos da mente/consciência, descritos

como ‘estados da mente’ (como sejam a paixão, a aversão, a dispersão, a concentração, etc...) e os objectos mentais (incluindo as informações sensoriais). Assim,

o monge vive em contemplação do corpo em si mesmo... dos sentimentos em si mesmo... da mente em si mesma... dos objectos mentais em si mesmos(19)

sendo que deve manter-se, em relação a cada dimensão,

ardente, alerta e atento, pondo de parte a avidez e a angústia em relação ao mundo.(19)

O Buddha explicou tratar-se de

Um modo de percepção vazio de tudo o que não contém. Tudo o que resta, é discernido como estando presente ‘Já está aqui’(19)

Fica assim claro que, na sua aceção budista tradicional, o *mindfulness* procederá por um tipo especial de atenção a todos os fenómenos da existência individual, desenvolvido tanto no contexto de uma prática mais formal, a meditação, como também no decorrer da experiência do dia-a-dia.

Reconhecendo que terá sido no contexto do budismo, ao longo dos últimos 2.500 anos, que o *mindfulness* se articulou e desenvolveu de forma mais explícita e sistemática, Kabat-Zinn propõe que a essência do *mindfulness* será central também a outras tradições e ensinamentos, antigos e contemporâneos, citando Chuang Tsu e Lao-Tsu (filósofos chinês, dos séculos IV e VI a.C.), Krishnamurti, Maharaj, Maharshi, Thakar (guias espirituais indianos do século XX) e Eckart Tolle (autor contemporâneo)(15). Existem práticas contemplativas comparáveis em todas as grandes religiões mundiais, para além das já referidas, sobressaindo-se neste aspecto os cristãos místicos do século XVI (como João da Cruz e Teresa de Avila), os Sufistas da religião Islâmica, e a Cabala no Judaísmo.

A adaptação ao ocidente

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido à divulgação e popularização da prática de meditação em todo o mundo ocidental. Terão contribuído para este alastramento o exílio de monges budistas impulsionados por guerras ou perseguições nos seus países, a iniciativa de jovens ocidentais que visitam a Ásia para aprenderem meditação, tornando-se professores no ocidente, e pelas visitas ao ocidente de mestres de várias religiões,

atraídos pelo crescente interesse demonstrado nestes países por práticas de meditação e filosofias orientais.(20)

Em 1979, Jon Kabat-Zinn, um professor de Biologia da UMass Medical School, professor de Yoga e praticante de meditação, terá idealizado a possibilidade de se criar um veículo para o treino efectivo e intensivo de meditação *mindfulness*, com vista à sua aplicação ao stress, à dor e às doenças com que os doentes e as pessoas em geral se confrontam no dia-a-dia(21).

A intervenção teria de ser isenta de factores culturais, religiosos e ideológicos, associadas às origens Budistas do mindfulness... visando apenas oferecer um ambiente no qual os participantes pudessem experimentar formas novas e potencialmente eficazes de enfrentarem, explorarem e aliviarem o seu sofrimento, tanto a nível corporal como mental(15).

Essa vontade terá ganho forma com o desenvolvimento *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), um programa de grupo com uma duração de oito semanas, ministrado no Stress Reduction Clinic criado para o efeito no seio da universidade (evoluído entretanto para o Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society). O programa assenta em aulas de grupo semanais, com uma duração de cerca de horas, em que os participantes recebem instrução na prática de *mindfulness*, recebendo também orientações para o desenvolvimento individual da prática entre as sessões.

A partir desta origem, tem-se assistido a uma multiplicação do número de centros, instrutores e participantes em cursos MBSR, para além do alargamento das potenciais aplicações deste programa a múltiplas doenças e situações, com excelentes resultados(22).

Tem-se desenvolvido também, à margem do MBSR, inúmeros veículos e abordagens que integram a prática de *mindfulness* no tratamento de problemáticas específicas. Alguns exemplos de programas recentes são o *Mindfulness-Based Relapse Prevention*, *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting*, *Mindfulness-Based Eating Awareness Training*, *Mindfulness-Based Elder Care*,(21) a Terapia Comportamental Dialética, a Terapia de Aceitação e Compromisso (23) e ainda o tema desta revisão, o *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Para além destas integrações explícitas, outras abordagens terapêuticas como a terapia cognitivo-comportamental, têm evoluído no sentido de integrarem novos achados no campo de pesquisa do *mindfulness*. Alguns autores mais

afectos a modalidades terapêuticas psicodinâmicas têm abordado a importância do *mindfulness*, tanto como um atributo a ser instilado no doente, como na atitude a cultivar pelo psicoterapeuta (24). Fazem referência às ideias do próprio Freud, fundador da psicanálise, que terá disposto que

(O psicanalista)... deve procurar simplesmente ouvir e não despende esforços a tentar manter na mente o que quer que seja. Não fazê-lo implicará o risco de não se descobrir nada para além daquilo que já se sabe(24)

De referir também a existência de uma publicação especializada, *Mindfulness*, publicada pela Springer (EAU) desde 2010 e dedicada à divulgação de artigos científicos contendo as descobertas mais recentes e as melhores práticas em *mindfulness*.

Definição operacional

Recentemente, um grupo de investigadores ligados a esta área terá proposto uma definição operacional de consenso, no sentido de uniformizar a utilização da palavra em contextos científicos. A proposta contempla uma definição em duas componentes, sumariada como:

Um processo de regulação da atenção que sustem uma atenção não-elaborativa à experiência decorrente, e um relacionamento com a experiência decorrente através de uma orientação de curiosidade, abertura experiencial e aceitação.

O *mindfulness* é proposto como um ‘modo’ ou ‘estado’, que, tal como uma habilidade, pode ser desenvolvido com a prática(25).

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY – ORIGENS E FUNDAMENTO TEÓRICO

Teasdale, Segal e Williams propuseram que as competências de atenção à experiência cultivadas pela prática diária de *mindfulness* pudessem ter aplicação na prevenção da recaída de depressão em doentes com episódios depressivos prévios.(6)

No final dos anos 90, inspirados por novas evidências relacionadas com as relações afecto-cognitivas subjacentes à recaída da depressão, estes autores ter-se-ão baseado no programa de MBSR acima descrito para desenvolverem um novo programa de grupo intitulado *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), especificamente orientado a doentes previamente deprimidos em remissão, com o objectivo de prevenir a recaída na depressão.

O MBCT integra a estrutura e o ensino das práticas de *mindfulness* dispostas no programa MBSR com elementos de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para a depressão.(26) A prática de *mindfulness* é desenvolvida em aulas de grupo semanais, ao longo de oito semanas, e através da prática diária individual, tanto formal como informal. Adaptado a partir da TCC, o MBCT inclui também psicoeducação básica sobre a depressão, uma série de exercícios que visam demonstrar as conexões entre o pensamento e a emoção e novas formas de os participantes se cuidarem, especialmente face a momentos de maior tristeza.

O MBCT tem sido enquadrado na terceira vaga de TCC, que se diferenciam de abordagens terapêuticas anteriores por procuram dar um maior ênfase à contextualização e à relação com cognições consideradas problemáticas, do que ao seu questionamento ou à alteração do conteúdo dessas cognições(12).

Fundamento teórico

O MBCT terá sido desenvolvido com base em evidências de que a elevada vulnerabilidade à recaída na depressão, em doentes previamente afectados por esta condição, estará relacionada com a associação firmada, durante episódios depressivos prévios, entre estados de humor deprimido e padrões de pensamentos negativos(27). Foi proposto que indivíduos com história prévia de depressão diferem de indivíduos sem história nos padrões de pensamento activados por estados disfóricos(11). Os padrões activados serão semelhantes aos padrões estabelecidos durante episódios depressivos anteriores, envolvendo cognições de conteúdo auto-desvalorizante e sem esperança assim como estados de ruminação dirigidos à resolução da tristeza. Os pensamentos

negativos contribuirão, por sua vez, para deteriorar ainda mais os estados de disforia que os originaram. Assim, em indivíduos com história prévia de depressão, os estados de disforia, mesmo que ligeiros, terão uma maior tendência para progredirem para estados mais intensos e persistentes, aumentando a probabilidade da ocorrência de novos episódios de depressão major(27). Evidências cognitivas e biológicas apontam para a possibilidade de que as relações cognitivo-afectivas auto-perpetuantes que medeiam as recaídas se tornam progressivamente mais autónomas com cada novo episódio depressivo, aumentando a vulnerabilidade à recaída perante estados disfóricos (11).

Os autores do programa propõem que o risco de recaída na depressão possa ser minorado em doentes que, uma vez recuperados de episódios depressivos major, consigam aprender, em primeiro lugar, a estarem mais cientes dos pensamentos e emoções que surgem em momentos de potencial recaída e, em segundo lugar, a responderem a esses pensamentos e sensações de formas que lhes permitam quebrar os padrões instituídos o mais precocemente possível, evitando a imersão em cognições negativas, processos de ruminação e o agravamento de estados disfóricos(27).

Na tentativa de incutir estas competências em doentes com história prévia de depressão, os autores do MBCT recorreram ao treino em *mindfulness* desenvolvido no programa MBSR, descrito acima. Propõe-se que o cultivo de *mindfulness* poderá ajudar os participantes a tornarem-se mais cientes da sua experiência no momento presente, através de uma atenção contínua às alterações momentâneas no corpo e na mente. No decorrer das primeiras práticas formais, de atenção ao corpo e à respiração, os participantes tornam-se cientes dos padrões de reactividade da mente, da dificuldade em controlar os pensamentos e da aversão e autocritica associados ('Não tenho jeito para isto'). À medida que o participante aprofunda a capacidade de *mindfulness* espera-se que aprenda a conferir menos autoridade à autocritica e culpabilização e a responder a estes estados com compaixão.

Os autores do programa MBCT propõe que a prática continuada neste tipo de atenção, curiosa e com compaixão, possa oferecer aos participantes uma maior capacidade para se relacionarem com pensamentos e sentimentos de uma forma descentrada, mais como 'eventos mentais' e menos como aspectos inalteráveis do próprio ou reflexos fidedignos da realidade. Evolui nos participantes a capacidade de se relacionarem com pensamentos ou emoções potencialmente depressivas como fenómenos transitórios da mente e a liberdade para os explorar ou não, permitindo evitar a escalada de padrões afecto-cognitivos negativos em momentos de potencial recaída. O participante aprende a

reconhecer melhor os padrões habituais da mente, sobretudo as espirais de humor negativo, sem contribuir para o problema através da auto-análise e ruminação.(28). Desenvolve-se um ‘modo de ser’, mais focado no presente, ao invés de um ‘modo de fazer’, mais orientado à resolução de problemas.(26)

Propõe-se, em suma, que esta abordagem contribuirá para enfraquecer associações auto-perpetuantes entre o humor disfórico e os pensamentos negativos. Os participantes desenvolvem a capacidade de deixar os pensamentos, emoções e sensações corporais desagradáveis irem e virem, sem sentirem a necessidade de os suprir, de fugir ou de lutar contra eles. Aprendem a manter-se em contacto com o momento presente, sem serem levados a ruminar sobre o passado ou a preocuparem-se com o futuro.(28)

Mecanismo de acção

A eficácia do MBCT na prevenção da recaída da depressão (ver aplicações e resultados) não implicará necessariamente que os seus efeitos se processem pelo mecanismo proposto. Dito isto, foi comprovada recentemente a relação entre a reactividade cognitiva à tristeza e a maior probabilidade de recaída da depressão(29), que o MBCT é capaz de diminuir a relação entre a reactividade cognitiva e o risco de recaída e que esta diminuição está relacionada com o aumento da autocompaixão medida nos participantes no curso(30). O MBCT aumenta o *mindfulness* e a autocompaixão nos participantes e estas melhorias predizem os efeitos de prevenção de recaída (30).

No entanto, existem evidências de que a própria reactividade cognitiva possa ser minorada pela prática de *mindfulness*. Num estudo desenvolvido com recurso à ressonância magnética funcional (RMNf) os participantes num curso de MBSR demonstraram uma resposta neural distinta de um grupo de controlo quando submetidos a um teste de tristeza provocada, com reduções, entre o grupo MBCT, na activação de regiões corticais da linha média – associadas à recuperação da memória autobiográfica e ao processamento auto-referencial – e na activação de áreas associadas à linguagem. Para além disto, os doentes treinados em *mindfulness* demonstraram um maior recrutamento de áreas viscerais e somatosensoriais relacionadas com as sensações corporais. Estes padrões neurais apoiam a possibilidade do *mindfulness* permitir o enquadramento de um estado emocional triste mais como uma sensação somática e menos como uma potencial ameaça, permitindo uma abordagem descentrada à emoção provocada, ao invés da sua elaboração discursiva por meio de uma reavaliação cognitiva.(31) A relevância do processamento sensorial parece também ser apoiada por estudos de RMNf sobre redes de repouso (*resting state networks*), que demonstraram

alterações significativas nos participantes associáveis à frequência do curso, e que sugerem o ganho de uma maior capacidade de atenção, de processamento sensorial e de consciência da experiência sensorial.(32)

Outro estudo com RMNf demonstrou que a participação num programa de *mindfulness* pode originar uma maior dissociação, quando comparado com controlos, entre os padrões neurais decorrentes de um enfoque auto-referencial narrativo ('aquilo que fiz') e os padrões decorrentes de um enfoque auto-referencial centrado no momento presente ('aquilo que sou'), sugerindo uma maior distinção entre estes dois modos de autoconsciência – o eu ao longo do tempo e o eu no tempo presente – no grupo de doentes que completou o curso. Estes achados ecoam a distinção, cultivada no MBCT, entre o “modo de fazer” e o “modo de ser”.(33)

Um estudo recente com RMN estrutural sugeriu ainda que a frequência do curso MBSR origina alterações orgânicas em áreas cerebrais relacionadas com a regulação emocional e o processamento auto-referencial (34).

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY – O PROGRAMA

Preparação para o programa

Indicações e Contra-indicações

O MBCT está indicado no tratamento de manutenção de doentes com múltiplos episódios de depressão major unipolar (Tabela 2). Apesar de estudos promissores da aplicação de MBCT ao tratamento da depressão e no contexto de outras patologias, a utilização de MBCT nestes casos não está, para já, indicado.

Indicações	Contra-indicações
O Programa MBCT está indicado no tratamento de manutenção de doentes eutímicos que tenham sofrido múltiplos episódios de depressão major unipolar. A terapia pode ser utilizada por si só ou em conjunto com a farmacoterapia. Os <i>guidelines</i> de tratamento da United Kingdom National Institute for Health and Clinical Excellence e do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments recomendam o MBCT como um tratamento de manutenção da perturbação depressiva major. <i>Guidelines</i> práticos da American Psychiatric Association também sugerem que o MBCT possa reduzir a recorrência da depressão. A terapia poderá contribuir para a redução de sintomas depressivos residuais, independentemente do número de episódios prévios.	• Atenção e concentração prejudicada devido a depressão aguda ou a comorbidades mentais graves e que requeiram tratamento prévio à terapia de manutenção. A meditação <i>mindfulness</i> exige uma cognição intacta. • Ideação suicida activa em doente sem outro tratamento de manutenção. • Trauma não resolvido. O tratamento de trauma implica uma discussão do conteúdo das experiências traumáticas que não está previsto no MBCT. • Incapacidade para tolerar as emoções intensas e difíceis suscitadas pelo programa, incluindo tristeza, ansiedade e raiva.
Tabela 2- Indicações e Contra-indicações para o MBCT. Adaptado a partir de Segal Z. Mindfulness-based cognitive therapy. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013.	

Avaliação

Os potenciais participantes são entrevistados individualmente antes do programa, para que se possa avaliar a sua adequação ao MBCT e discutir as exigências do programa. O entrevistador deve confirmar que o participante sofreu múltiplos episódios de depressão major unipolar e que estará recuperado do último episódio. Podem utilizar-se ferramentas específicas para avaliar o estado depressivo do doente. Alguns doentes com sintomas residuais poderão ser aceites, dependendo do sintoma e do contexto.

Deve avaliar-se o grau de compromisso do participante relativamente à participação nas aulas semanais e o cumprimento do trabalho de casa diário.

O entrevistar deve sublinhar a importância de se persistir com o programa mesmo que os resultados não se tornem imediatos no curto prazo.(35)

O Manual

O programa MBCT baseia-se num manual de tratamento desenvolvido para o efeito que descreve a estrutura da intervenção e padroniza os procedimentos aplicados(36). O

manual descreve detalhadamente o teor de cada uma das oito sessões, assim como o trabalho de casa a ser completado entre cada sessão. Inclui também os materiais a ser distribuídos em cada sessão(36).

Formação clínica

Os instrutores deverão ser praticantes de meditação *mindfulness* e ter participado em workshops de formação. Existem evidências de que os instrutores que não tenham experimentado em primeira mão os desafios inerentes à prática sejam menos capazes de ajudar os doentes a resolver esses desafios.(35)

Combinação com farmacoterapia

O MBCT é compatível com a farmacoterapia de manutenção(11,27,37), Caso os tratamentos sejam administrados por terapeutas diferentes, estes devem colaborar como parte de uma equipa de tratamento e devem obter permissão para partilharem informações sobre o paciente(35).

Formato do programa

Tal como o MBSR, o MBCT compreende oito reuniões semanais consecutivas, com cerca de duas horas, entre um grupo de 8-15 participantes e o instrutor do curso. As sessões são orientadas ao ensino da teoria e prática do *mindfulness*, e incorporam conceitos e abordagens provenientes da TCC, incluindo o trabalho de casa e a psicoeducação sobre a depressão.

A última sessão lida com a terminação do programa. O instrutor encoraja os participantes a discutirem abertamente aquilo que aprenderam e encoraja a prática individual continuada.

O formato de grupo oferece vários benefícios terapêuticos, incluindo o suporte mútuo e isolamento social diminuído. Para além disso, os doentes aprendem uns com os outros, discutindo as dificuldades sentidas na prática, e a partilha de pensamentos disfuncionais permite uma melhor percepção da sua natureza sintomática.(35)

A componente cognitivo-comportamental e a psicoeducação

O MBCT integra componentes da TCC tanto a nível estrutural como nos seus conteúdos e em algumas das competências que visa incutir. Inclui ferramentas características da TCC como os trabalhos de casa e os planos comportamentais. Relativamente aos conteúdos, o MBCT partilha com as TCC elementos de psicoeducação sobre temas

relacionados com a depressão; os sintomas mais comuns e os pensamentos disfuncionais característicos dos estados depressivos (26).

O MBCT também partilha com a TCC aspectos relacionados com a preparação dos participantes no sentido de conseguirem identificar precocemente os *triggers* e sintomas de recaída na depressão e de desenvolverem uma abordagem comportamental para os ultrapassarem. Em ambas as modalidades terapêuticas, os doentes são encorajados a observar os pensamentos e a avaliar e analisar actividades e ocorrências do dia-a-dia relativamente aos pensamentos sensações que suscitam, identificando os pensamentos disfuncionais, ruminativos e depressogénicos induzidos por eventos stressores.

No entanto, existem diferenças importantes entre o MBCT e a TCC. A TCC baseia-se na teoria de que na base da psicopatologia estarão pensamentos e comportamentos mal-adaptados. Terapeuta e doente abordam as cognições disfuncionais do doente, procurando alterar os comportamentos problemáticos resultantes. Objectiva-se a alteração destas cognições disfuncionais (p. ex. “Não presto para nada”) através da recolha de evidências que ponham em causa a sua veracidade(6).

O MBCT propõe uma abordagem diferente (Tabela 3). Ao invés de contrariar esses pensamentos, procura-se antes, através do programa, desenvolver no participante uma capacidade de aceitação dos pensamentos ou sensações negativas, sem se despenderm esforços a procurar alterar o seu conteúdo. O MBCT orienta antes o participante a modificar a sua relação com pensamentos, emoções e sensações corporais negativas, através da prática de *mindfulness*, facilitando desta forma a realização de que se tratarão apenas de eventos transitórios da mente e do corpo, e permitindo uma maior liberdade para os explorar, ou não.

Terapia cognitivo-comportamental	Mindfulness-based cognitive therapy
Enfoque no conteúdo cognitivo	Enfoque no processo cognitivo
Promove uma nova forma de <i>olhar</i> emoções dolorosas e situações desafiantes	Promove uma nova forma de <i>estar com</i> emoções dolorosas e situações desafiantes
Permite distinguir os pensamentos disfuncionais e negativos dos pensamentos saudáveis	Distinguem-se pensamentos como apenas pensamentos (e não verdades absolutas)
Testam-se e desafiam-se crenças disfuncionais e cultivam-se novas interpretações	Pensamentos e emoções são reconhecidos e aceites sem procurar corrigir, alterar ou evitar
Intervenções comportamentais focadas em reforçar respostas mais adaptativas	Intervenções comportamentais focadas em desenvolver atenção ao momento presente
O terapeuta orienta e instrui	O terapeuta incorpora a abordagem

Tabela 3 – Comparação das posturas terapêuticas da Terapia cognitivo-comportamental e do Mindfulness-based cognitive therapy. Adaptado, com permissão, a partir de Sipe WEB, Eisendrath SJ. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 2012 Feb;57(2):63–9.

Psicoeducação no Programa MBCT

No decorrer do curso, os participantes são elucidados sobre a “anatomia da depressão”, com um especial enfoque sobre as relações entre humor, pensamento, corpo e comportamento no contexto do desenvolvimento e manutenção de estados depressivos. Segue-se um resumo das ideias apresentadas aos participantes no decorrer do curso.

Abordam-se, em primeiro lugar, as relações entre a disforia e os pensamentos disfuncionais ou autocríticos: introduz-se o participante à ideia de que os indivíduos com história prévia de depressão, face a um evento causador de tristeza, terão uma maior propensão para reactivar pensamentos negativos e autocríticos, mesmo que não sejam relevantes à situação em causa. Esse emaranhado de pensamentos e emoções negativas geram, por sua vez, estados de aversão que se traduzem em sintomas físicos como dores, tensões, fadiga, sono e tumulto interior. Neste estado, a tendência será de crescente renúncia às actividades que tipicamente melhorariam o ânimo, como os encontros com a família e os amigos e a abertura a pessoas e situações novas, estando assim afectada a quarta componente da “anatomia”, o comportamento. É proposto aos participantes que uma deterioração momentânea em qualquer componente desta anatomia – pensamentos, emoções, sensações corporais e comportamentos – possa servir como um ponto de partida para uma espiral negativa em que os diversos componentes se alimentam mutuamente.

São então abordadas as estratégias ineficazes que as pessoas com depressão desenvolvem na sua abordagem natural a estes estados. Propõe-se que a aversão natural em relação a estados emocionais negativos active uma necessidade premente de os resolver. É recrutado um modo mental de resolução de problemas, ajuizamento e comparação; um modo mental especializado em diminuir a distância entre *‘como as coisas estão e como as coisas deveriam estar’*, e que os autores do programa designam como *‘o modo de fazer’* (*the doing mode*). Apesar de esta resolução de problemas baseada em discrepâncias ser apropriada a situações solucionáveis por um curso de acção planeável (p.ex. construir um prédio ou definir um trajecto), a aplicação desta abordagem à experiência interior – e a provável ausência de progresso neste sentido – apenas servirá para aumentar a percepção da discrepância entre onde se está e onde se quer estar, entre o tipo de pessoa que se é, e o tipo de pessoa que se deveria ser. No contexto desta busca infrutífera por soluções, aumentará a tendência para se reactivarem ideias negativas exploradas em momentos de disforia anteriores, e a familiaridade destas ideias irá contribuir para a percepção de que se tratam de verdades absolutas. Apresenta-se ao participante que o agravamento do estado emocional consequente a

estas tentativas frustradas de resolução irão servir para incrementar a prioridade atribuída aos problemas e a dificuldade em haver libertação da tentativa de os resolver. O participante é introduzido, desta forma, ao conceito de ruminação: uma preocupação infrutífera com o facto de se estar infeliz e sobre as causas, os significados, as consequências e as possíveis soluções para essa infelicidade.

Face ao mais-que-provável fracasso da ruminação, é proposto ao participante a necessidade de uma abordagem inteiramente diferente ao desconforto causado por estados emocionais negativos. É apresentada então uma estratégia alternativa, à ruminação e ao “modo de fazer”: a cultivação de um modo mental distinto, designado como ‘o modo de ser’ (*the being mode*). O ‘modo de ser’ implica uma forma particular de atenção sobre os pensamentos ou sensações que surgem em cada momento da vida: o *mindfulness*. O *mindfulness* é introduzido então como um meio para desenvolver ‘o modo de ser’, e definido como:

a consciência que emerge de se prestar atenção propositadamente, no momento presente, e sem juízos, às coisas tais como elas são.

Propõe-se aos participantes que o cultivo de uma atenção directa à experiência presente, e de uma postura de aceitação sem crítica dessa experiência, através da prática de *mindfulness*, lhes permita identificar precocemente a activação de respostas ruminativas ou negativas, ajudando a que se descentrem destes padrões mentais definidos, enquadrando-os como eventos mentais e não como reflexos fidedignos da realidade.

Propõe-se ao participante que este ‘modo de ser’ oferece uma nova forma de abordar a vida e uma nova forma de relacionamento com as emoções, as dificuldades, os pensamentos e o corpo (Tabela 4).

- Experimentar o mundo directamente, sem ‘a tirania do pensamento’.
- Entender os pensamentos como eventos mentais transitórios (‘como nuvens no céu’) e não reflexos fidedignos da realidade.
- Viver mais no momento presente, proporcionando ao praticante novas fontes de informação.
- Desactivar o modo de auto piloto: melhorar as capacidades de resolução de problemas, abordando os problemas com entrega total, um de cada vez.
- Evitar a cascata de eventos mentais que origina a depressão. A atenção permite identificar de forma prematura os estados mais conducentes à depressão e a responder de forma a evitar a sua progressão.
- Parar de tentar forçar a vida a ser de uma certa maneira, entender que a vontade de que as coisas sejam muito diferentes é um ponto de partida para a ruminação.

Tabela 4 - Potenciais benefícios da prática de mindfulness propostas aos participantes. Adaptado a partir de Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness* (Book & CD). The Guilford Press.

O ensino e a prática de *mindfulness* no MBCT

No decurso das aulas, os participantes são instruídos sobre o conceito de *mindfulness* e sobre os benefícios da sua aplicação e introduzidos à prática de diversas técnicas que visam ajudar os participantes a cultivar o *mindfulness* no seu dia-a-dia. São consideradas ‘formais’ as práticas dedicadas exclusivamente à prática de meditação *mindfulness* e ‘informais’ aquelas que procuram integrar aspectos de *mindfulness* nas rotinas diárias ou em situações decorrentes do quotidiano.

As primeiras semanas do programa incidem sobretudo sobre o *mindfulness* das sensações corporais e da respiração (vide anexos A e C). Os participantes são instruídos sobre a prática do *body scan* (atenção ao corpo), um exercício de 45 minutos em que o participante, deitado de costas no chão, orienta a sua atenção, sequencialmente, às diferentes partes do corpo. Outra das práticas formais envolve uma sequência definida de posturas de *Hatha Yoga*, sendo que a atenção dos participantes deve incidir sobre as sensações oriundas do corpo, parado ou em movimento, discernindo e explorando eventuais focos de desconforto. As meditações sentadas começam com o *mindfulness da respiração*, uma prática com cerca de 10 minutos em que a atenção é trazida, de forma continuada e paciente, para as sensações da respiração numa parte específica do corpo, como as narinas, o torác ou o abdómen. Outra prática de meditação sentada, o *mindfulness da respiração e do corpo*, trás a atenção para a respiração no contexto do corpo e os participantes, para além de estarem com atenção às sensações oriundas do corpo, são encorajados a focarem eventuais áreas de desconforto, e a utilizarem a respiração para os investigar, inspirando ‘para dentro’ desses pontos, ou voltando a atenção para à respiração sempre que o desconforto de tornar menos suportável. Mais tarde, os participantes desenvolvem práticas em que se expande este tipo de atenção aos pensamentos e emoções, investigando-as com a mesma abertura e curiosidade.

Na abordagem a estas práticas, os participantes são encorajadas a focar repetidamente a atenção sobre o fenómeno-alvo de cada prática (por exemplo os movimentos do corpo ou a respiração), mantendo-se cientes das sensações que surgem em cada momento. Considera-se natural a existência de distrações, o surgimento de emoções, sensações ou cognições para além do foco principal da prática. Estas ocorrências são enquadradas como fenómenos expectáveis e naturais da mente e os participantes são instruídos a observa-los e a ‘deixa-los ir’, sem os ajuizar. Logo que o participante notar que a sua mente se desviou para pensamentos, memórias ou fantasias, deve notar o conteúdo ou natureza destas (‘pensamento’, ‘fantasia’, ‘planeamento’, ‘memória’) e devolver calmamente a sua atenção ao momento presente e ao foco de atenção principal. Os

participantes são encorajados, por isso, a tomar consciência dos seus pensamentos e emoções sem se deixarem absorver ou levar pelo seu conteúdo. Mesmo eventuais juízos sobre a prática, como sejam 'Isto é uma chatice', ou 'Estou a fazer isto mal', devem ser observados sem qualquer tipo de juízo. Ao notar um pensamento deste tipo, o participante poderá classifica-lo como 'um juízo', ou 'um pensamento', e regressar ao momento presente, ao foco da prática. Uma consequência da prática será por isso a realização de que a maioria das sensações, pensamentos e emoções são fenómenos flutuantes, transientes, 'como nuvens no céu'.

É parte integrante do programa o 'trabalho para casa' semanal, representando a maior parte da prática desenvolvido ao longo do curso; estando prescritos pelo menos 45 minutos por dia, seis dias por semana, de prática dedicada. O manual define o 'trabalho para casa' em cada semana do curso, que inclui, para além das práticas formais descritas acima, outras práticas informais, como a atenção a determinadas rotinas diárias ou a momentos desagradáveis no decorrer do dia, sendo provisionado uma tabela para que os participantes registem os eventos assim como os pensamentos, emoções e sensações corporais associados.

São fornecidas faixas áudio aos participantes (em formato de cassete, CD ou mp3) que fornecem as orientações necessárias ao desenvolvimento individual de cada prática, embora os participantes sejam encorajados a praticar sem recurso a esta instrução à medida que forem sentindo que terão autonomia para tal(26).

Gestão de deterioração clínica

Caso se verifique o agravamento de sintomas depressivos durante o programa, o instrutor deve avaliar o doente fora do contexto de grupo para determinar a necessidade de alterações no programa. Verificando-se que o doente não aderiu adequadamente ao programa, deve ser avaliada a possibilidade de se recuperar a adesão. A ausência de resposta favorável num doente cumpridor do programa deve sugerir a possibilidade de se acrescentar farmacoterapia, ou de cessar o programa e optar antes por farmacoterapia e/ou outra modalidade psicoterapêutica (35). A aplicação de MBCT em doentes sintomáticos mas sem critérios de diagnóstico para depressão é apoiado por estudos que demonstraram um a redução do risco de recaída mesmo em doentes considerados remissores instáveis por manifestarem sintomas depressivos no contexto de remissão(38), e uma redução da intensidade de sintomas depressivos em doentes em remissão(39).

Cuidados continuados

Um dos objectivos do MBCT é que os doentes continuem a utilizar as ferramentas que aprenderam, mesmo após o final do programa. O risco de recaída na depressão mantém-se alto durante vários anos após a remissão(35), por isso os doentes são encorajados a manterem a prática por um tempo indeterminado. Alguns programas advogam 4 sessões de follow-up nos 12 meses posteriores ao tratamento, com uma hora de prática seguida de uma discussão sobre os desafios da prática continuada(40).

APLICAÇÕES E RESULTADOS

MBCT na prevenção da recaída da depressão

Os primeiros ensaios com MBCT foram desenhados pelos autores do programa para testarem a potencial eficácia desta abordagem em grupos de doentes com história de depressão recorrente mas em remissão, comparando doentes que efectuavam um curso de tratamento usual (TU) com doentes em que se acrescentou ao TU a participação no programa de MBCT de oito semanas. Verificou-se que entre o universo de doentes com três ou mais episódios prévios de depressão, o grupo de doentes que completou o programa apresentou uma taxa de recaída de 37% ao longo de 60 semanas de follow-up, face a uma taxa de recaída de 66% no grupo de controlo. Este efeito preventivo foi obtido com um investimento médio inferior a cinco horas de tempo de instrução por cada doente tratado. No entanto, não se verificou qualquer efeito preventivo entre doentes com menos de três episódios (27). Um estudo semelhante efectuado em 2004 demonstrou taxas de recaída, ao longo dos 12 meses subsequentes ao tratamento, de 76% no grupo TU e de 36% no grupo que efectuava TU+MBCT. Mais uma vez, não se verificaram efeitos preventivos entre os doentes com dois episódios prévios de depressão. Neste estudo, os efeitos protectores do MBCT foram mais evidentes entre grupos de doentes com 4 ou mais episódios prévios de depressão, com taxas de recaída de 38% e 100%, nos grupos com e sem MBCT, respectivamente.(11)

Um estudo desenvolvido mais recentemente demonstrou resultados semelhantes, com taxas de recaída de depressão, no universo de doentes com pelo menos 3 episódios prévios, de 30% e 68% nos grupos no grupos TU+MBCT e TU, respectivamente, ao longo de um período de follow-up de 56 semanas. Este estudo aumentou o universo de participantes, relativamente aos estudos anteriores, para incluir doentes que à data de inclusão no estudo estariam a fazer medicação antidepressiva. Verificou-se que a participação no MBCT aumentou em 15 semanas o tempo médio decorrido até à primeira recaída, a partir do momento de início do estudo. Para além disto ainda se verificou que a adição de MBCT ao TU se associou a uma diminuição na severidade de sintomas depressivos residuais e a aumentos na qualidade de vida e no humor, avaliado pelos participantes, pelo menos até ao final do período de estudo.(37)

Um outro estudo, desenvolvido na Suíça, também terá visado doentes com depressão recorrente em remissão, com taxas de recaída após o tratamento com MBCT semelhantes às taxas já referidas, na ordem dos 33%. No entanto a taxa de recaída no grupo TU terá sido inferior à verificada nos outros estudos – 36% – e comparável à do

grupo MBCT, tendo os autores do estudo especulado que o sistema de saúde público suíço forneça um nível superior de cuidados de TU.(41)

Num outro estudo recente, sem grupo de controlo, 25 doentes previamente deprimidos terão completado um programa de MBCT, com taxas de recaída semelhantes às referidas anteriormente. Este estudo terá ainda demonstrado um aumento significativo no nível de *mindfulness* dos participantes após a participação no programa, avaliado de acordo com uma ferramenta específica (MAAS), e que os níveis de *mindfulness* pós-participação terão sido preditivos do risco de recaída, com maiores valores de *mindfulness* a resultarem em menor risco de novo episódio depressivo.(42)

Uma das limitações apontadas aos primeiros estudos terá sido a ausência de um grupo de controlo activo. Dois estudos recentes colmataram essa falta ao compararem a participação no MBCT com a terapia com antidepressivos (ADs), considerado o gold-standard do tratamento de manutenção. Um estudo terá comparado estas duas abordagens numa população de doentes com história de pelo menos 3 episódios de depressão major, em remissão e a efectuarem terapêutica de manutenção com ADs. O grupo aleatoriamente assignado ao programa MBCT terá recebido apoio para o desmame/descontinuação da terapêutica AD. Os valores de recaída ao longo de um período de estudo de 15 meses terão sido de 47% no grupo MBCT, comparado com 60% no grupo que manteve a terapia com AD. O MBCT provou ser mais eficaz na redução de sintomas depressivos residuais, na redução da comorbidade psiquiátrica, e na melhoria de *scores* de qualidade de vida. Não se verificaram diferenças no custo anual destas abordagens. As taxas de utilização de medicamentos AD foram significativamente reduzidas no grupo MBCT, com 75% dos pacientes a cessarem totalmente a medicação no decurso do estudo(8).

O outro estudo, liderado por Teasdale, um dos autores do MBCT, terá incidido sobre uma população de doentes previamente deprimidos (mínimo de 2 episódios prévios) em remissão clínica, que receberam 8 meses de tratamento AD orientado por algoritmo. Os participantes foram aleatoriamente assignados a receberem MBCT, terapia AD de manutenção ou um placebo, e seguidos durante cerca de 18 meses. O estudo revelou que entre os doentes com maior risco de recaída, em remissão considerada instável de acordo com a escala de Hamilton para a depressão, o MBCT e a terapia com AD demonstraram uma diminuição do risco de recaída de 73%, quando comparados com o placebo. No entanto, entre os doentes com remissões estáveis, o MBCT e a terapia com AD não demonstraram qualquer diferença relativamente ao placebo em termos de taxas de recaída.(38).

MBCT no tratamento da depressão

Aquando da concepção do MBCT existia a percepção de que a intensidade de pensamentos negativos e as dificuldades de concentração experimentadas por doentes com depressão activa pudessem impedir que derivassem benefícios deste programa.(27) No entanto, alguns autores têm vindo a testar a aplicação de MBCT a doentes com depressão activa. O princípio subjacente será que o MBCT provisiona um ensino por excelência da atenção metacognitiva, que tem sido postulada como um dos principais componentes da eficácia das TCC no tratamento de depressões activas.(43)

O primeiro estudo a testar a aplicabilidade de MBCT na fase activa de doentes com depressão recorrente envolveu 11 doentes, sem qualquer grupo de controlo. A maioria dos doentes considerou o curso aceitável, agradável e de benefício e mais de metade dos alunos continuava a aplicar técnicas de *mindfulness* três meses após o final do programa. Em termos quantitativos, foram registadas melhorias significativas, com expressão clínica, nos scores de depressão, com redução no BDI (Beck Depression Inventory) em 8 doentes, e médias pre-curso e 3-meses-pós-curso de 35,7 e 17,8, respectivamente. Foram obtidas reduções semelhantes, ao longo do mesmo período, em scores de ansiedade.(44) Outro estudo, que incluiu doentes em remissão mas com sintomas residuais significativos, terá resultado em melhorias significativas em scores de BDI, e uma tendência significativa de melhoria de sintomas de ruminação após a conclusão do MBCT, com decrementos adicionais nos sintomas depressivos um mês após a conclusão do curso(39). Comparando doentes com pelo menos 3 episódios com ou sem depressão activa, um estudo holandês demonstrou que o MBCT resultou numa diminuição de sintomas depressivos sem diferenças significativas entre ambos os grupos. Um estudo mais recente comparou os resultados da participação em programas de grupo de TCC e de MBCT no tratamento de doentes com depressão activa. Verificaram-se diminuições significativas em medidas de depressão e ansiedade (BDI e BAI, respectivamente) em ambos os grupos, com efeitos que se mantinham 12 meses após o curso, sem diferenças significativas entre o tratamento com MBCT e o tratamento com TCC. (45)

MBCT na depressão resistente ao tratamento

O doente com depressão resistente ao tratamento (DRT) representa um desafio importante para a TCC tradicional, que valoriza sobretudo o questionamento e a alteração de crenças disfuncionais. Isto porque num doente com DRT, a noção da falência de resposta aos tratamentos habituais irá aliar-se aos habituais sintomas

depressivos e às dificuldades sociais, ocupacionais e interpessoais resultantes, para fortalecer no doente a crença de que a depressão será um estado intrínseco à sua vida, um defeito por natureza. A postura aceitadora característica de MBCT poderá oferecer a estes doentes um novo tipo de abordagem a crenças comprovadamente difíceis de contrariar.(46) Um estudo com 50 doentes com depressão activa e sem resposta satisfatória a tratamentos habituais (TCC ou farmacoterapia) demonstrou uma diminuição na BDI média do grupo de 24 para 14 entre o pré- e pós-MBCT(2). Outro estudo piloto de MBCT no tratamento de DRT demonstrou uma taxa de resposta (redução no BDI superior a 50%) de 38%, uma taxa de remissão de 29% e uma redução na BDI média de 24 para 15 entre o pré e pós-tratamento. Não se verificou que os doentes mais severamente deprimidos tivessem maiores dificuldades em aderir ao programa, mas antes que quanto maior o BDI pré-tratamento maior a diminuição obtida no BDI (47). Um outro estudo preliminar, em formato de ensaio clínico aleatorizado, estudou os efeitos da MBCT num grupo de doentes com pelo menos 3 episódios de depressão major ou com depressão crónica (um episódio com mais de 2 anos). Os doentes alocados ao TU+MBCT registaram medidas de BDI média de 29 e 18, pré e pós-estudo, respectivamente e uma taxa de resposta de 37%, não se tendo verificado alterações significativas no grupo TU. Está actualmente em curso um estudo de maior dimensão com doentes DRT que irá comparar o tratamento com TU mais MBCT com um tratamento com TU mais um programa controlo, especialmente desenhado para mimetizar muitos dos elementos não-*mindfulness* do MBCT, no sentido de melhor esclarecer o seu contributo desta postura para os efeitos benéficos do MBCT.(46)

Outras aplicações do MBCT

Transtornos de ansiedade

O sucesso do MBSR no tratamento de doentes com transtornos de ansiedade (48) e as reduções em medidas de ansiedade obtidas com o MBCT entre doentes deprimidos (44,45), sugerem a potencial aplicação deste programa estes tipos de patologias. Foram desenvolvidos alguns estudos neste sentido, com bons resultados preliminares (49,50).¹

Doença Bipolar

Alguns dos ensaios realizados sobre o MBCT como tratamento da depressão activa incluíram doentes com transtornos depressivos no contexto de doença bipolar, não tendo apresentado qualquer distinção entre os resultados obtidos nos doentes com doença

¹ Para uma discussão mais aprofundada do fundamento teórico e dos estudos e resultados obtidos nesta área, consultar o no Anexo B.

bipolar face aos doentes com depressão unipolar(2,39). Alguns estudos de pequena escala demonstraram resultados promissores entre indivíduos com doença bipolar (51,52), embora o único ensaio clínico aleatorizado especificamente desenvolvido para testar a eficácia de MBCT nestes doentes não tenha mostrado diferenças significativas relativamente a um grupo de controlo(53).

Outros estudos preliminares

Tem ainda sido estudada a aplicabilidade de MBCT noutros contextos, com resultados preliminares promissores, incluindo doentes com transtorno do stress pós-traumático(54), sintomas medicamente inexplicáveis(55), cancro da próstata avançada(56), psicoses(57), diabetes(58), doença obsessivo-compulsiva(59), depressão pós-traumatismo crânio-encefálico(60), transtornos alimentares(61), insónia(62) e fadiga crónica(63).

CONCLUSÃO

Na ausência de um tratamento de manutenção eficaz, as pessoas com depressão recorrente têm um elevado risco de recaídas repetidas ao longo de toda vida, mesmo após a solução satisfatória dos episódios agudos. Grande parte da carga de doença atribuível à depressão poderia ser evitada através da prevenção da recaída em doentes de alto risco.

O MBCT já demonstrou ser eficaz na redução da recaída da depressão em doentes com pelo menos três episódios prévios de depressão. Para além disto têm sido demonstrados resultados promissores na redução de sintomas depressivos em doentes com episódios de depressão major e com depressão resistente ao tratamento, e estão em marcha várias linhas de investigação que visam testar a aplicabilidade do programa a uma larga gama de patologias.

Estão actualmente em curso alguns dos maiores ensaios do mindfulness até à data com os quais se pretende abordar as questões mais prementes relativamente à eficácia, mecanismo e aplicabilidade do MBCT(64–67). Será necessário estabelecer-se a adequabilidade da terapia conjunta antidepressivos, e esclarecer-se porque razão o MBCT parece ser eficaz apenas em doentes com pelo menos três episódios depressivos prévios e avaliar a aplicabilidade do programa no contexto dos sistemas de saúde vigentes.

O desenvolvimento desta tese facultou-me uma oportunidade importante para aprofundar os meus conhecimentos acerca de vários aspectos dos transtornos depressivos e do MBCT. O desenvolvimento paralelo de uma prática diária de *mindfulness* (Anexo A) permitiu-me experimentar, na primeira pessoa alguns dos efeitos propostos e um melhor entendimento dos conceitos abordados. Não ponho de parte que possa vir a participar, no futuro próximo, num programa completo e a efectuar uma formação para instrução de MBCT, com vista a poder integrar esta abordagem no meu arsenal terapêutico enquanto psiquiatra e médico na comunidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Clinical Handbook of Psychological Disorders, Fourth Edition: A Step-by-Step Treatment Manual. Guilford Press; 2007. p. 722.
2. Kenny M a, Williams JMG. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. Behaviour research and therapy. 2007 Mar;45(3):617–25.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2163–96.
4. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2197–223.
5. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Archives of general psychiatry. 2005 Apr;62(4):417–22.
6. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? Behaviour research and therapy. 1995 Jan;33(1):25–39.
7. Evans M, Hollon S. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of general 1992;
8. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. Journal of consulting and clinical psychology. 2008 Dec;76(6):966–78.
9. Segal Z V, Gemar M, Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. Journal of abnormal psychology. 1999 Mar;108(1):3–10.
10. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. Journal of abnormal psychology. 2000 Aug;109(3):504–11.
11. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. Journal of consulting and clinical psychology. 2004 Feb;72(1):31–40.
12. Williams J, Duggan D. Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. Journal of Clinical 2006;62(2):201–10.
13. Buswell RE, editor. Encyclopedia of Buddhism. Macmillan Library Reference; 2004.

14. Smith H, Novak PP. Buddhism: A Concise Introduction. 1st ed. New York: HarperOne; 2003.
15. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006 May 11;10(2):144–56.
16. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry*. 1995 May;17(3):192–200.
17. Kabat-Zinn J. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion; 1994.
18. Keown D. *Buddhism: A Very Short Introduction*. Oxford University Press, USA; 2013. p. 160.
19. Maha-satipatthana Sutta: The Great Frames of Reference [Internet]. [cited 2013 May 1]. Available from: <http://www.accesstosight.org/tipitaka/dn/dn.22.0.than.html>
20. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. 2005. Delacorte Press; 1990. p. 467.
21. Kabat-Zinn J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*. 2011 May;12(1):281–306.
22. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2004 Jul;57(1):35–43.
23. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. *Behavior Therapy*. 2004 Jan;35(4):639–65.
24. Mace C. Mindfulness in psychotherapy: an introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007 Mar 1;13(2):147–54.
25. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006 May 11;11(3):230–41.
26. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness (Book & CD)*. The Guilford Press; 2007. p. 273.
27. Teasdale JD, Segal Z V, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. American Psychological Association; 2000 p. 615–23.
28. Williams JMG, Kuyken W. Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2012 May;200(5):359–60.

29. Segal Z V, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of general psychiatry*. 2006 Jul;63(7):749–55.
30. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*. Elsevier Ltd; 2010 Nov;48(11):1105–12.
31. Farb N a S, Anderson AK, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Segal Z V. Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion (Washington, D.C.)*. 2010 Feb;10(1):25–33.
32. Kilpatrick LA, Suyenobu BY, Smith SR, Bueller JA, Goodman T, Creswell JD, et al. Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction training on intrinsic brain connectivity. *NeuroImage*. 2011 May 1;56(1):290–8.
33. Farb N a S, Segal Z V, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Fatima Z, et al. Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2007 Dec;2(4):313–22.
34. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*. Elsevier Ireland Ltd; 2011 Jan 30;191(1):36–43.
35. Segal Z. UpToDate. In: Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2013.
36. Segal Z V., Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press; 2012. p. 471.
37. Godfrin KA, Van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*. 2010 Aug;48(8):738–46.
38. Segal Z V, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of general psychiatry*. 2010 Dec;67(12):1256–64.
39. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and psychotherapy*. 2007 Jun;80(Pt 2):193–203.
40. Nice. Depression in adults (CG90) [Internet]. National Institute for Health and Clinical Excellence. National Collaborating Centre for Mental Health; 2009 [cited 2013 May 25]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG90/NICEGuidance/pdf/English>
41. Bondolfi G, Jermann F, Der Linden M Van, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of affective disorders*. Elsevier B.V.; 2010 May;122(3):224–31.

42. Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008 Aug;196(8):630–3.
43. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal Z V. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(2):275–87.
44. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry*. 2006 Jan;6:14.
45. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of affective disorders*. Elsevier B.V.; 2011 Apr;130(1-2):138–44.
46. Eisendrath S, Chartier M, McLane M. Adapting Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression: A Clinical Case Study. *Cognitive and behavioral practice*. Elsevier B.V.; 2011 Aug;18(3):362–70.
47. Sipe WEB, Eisendrath SJ. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Canadian journal of psychiatry*. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2012 Feb;57(2):63–9.
48. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*. 1992 Jul;149(7):936–43.
49. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2008 May;22(4):716–21.
50. Kim YW, Lee S-H, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*. 2009 Jan;26(7):601–6.
51. Miklowitz DJ, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Fennell MJ V., Dimidjian S, et al. A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. Guilford Publications; 2009 Dec 15;2(4):373–82.
52. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet a, Bondolfi G, Aubry J-M. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. Elsevier Masson SAS; 2010 Oct;25(6):334–7.
53. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2013 May;127(5):333–43.
54. King AP, Erickson TM, Giardino ND, Favorite T, Rauch SAM, Robinson E, et al. A Pilot Study of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Combat

- Veterans with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Depression and anxiety. 2013 Apr 17;
55. Van Ravesteijn H, Grutters J, olde Hartman T, Lucassen P, Bor H, Van Weel C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a cost-effectiveness study. *Journal of psychosomatic research*. 2013 Mar;74(3):197–205.
 56. Chambers SK, Smith DP, Berry M, Lepore SJ, Foley E, Clutton S, et al. A randomised controlled trial of a mindfulness intervention for men with advanced prostate cancer. *BMC cancer*. 2013 Jan;13:89.
 57. Langer ÁI, Cangas AJ, Salcedo E, Fuentes B. Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2012 Jan;40(1):105–9.
 58. Van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF, et al. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA(1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): a randomized controlled trial. *Diabetes care*. 2013 Apr;36(4):823–30.
 59. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder - a qualitative study on patients' experiences. *BMC psychiatry*. 2012 Jan;12:185.
 60. Bédard M, Felteau M, Marshall S, Dubois S, Gibbons C, Klein R, et al. Mindfulness-based cognitive therapy: benefits in reducing depression following a traumatic brain injury. *Advances in mind-body medicine*. 2012 Jan;26(1):14–20.
 61. Alberts HJEM, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. 2012 Jun;58(3):847–51.
 62. Yook K, Lee S-H, Ryu M, Kim K-H, Choi TK, Suh SY, et al. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008 Jun;196(6):501–3.
 63. Rimes KA, Wingrove J. Mindfulness-based cognitive therapy for people with chronic fatigue syndrome still experiencing excessive fatigue after cognitive behaviour therapy: a pilot randomized study. *Clinical psychology & psychotherapy*. 20(2):107–17.
 64. Williams JMG, Russell IT, Crane C, Russell D, Whitaker CJ, Duggan DS, et al. Staying well after depression: trial design and protocol. *BMC psychiatry*. 2010 Jan;10:23.
 65. Kuyken W, Byford S, Byng R, Dalgleish T, Lewis G, Taylor R, et al. Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. *Trials*. BioMed Central Ltd; 2010 Jan;11(1):99.

66. Huijbers MJ, Spijker J, Donders ART, Van Schaik DJ, Van Oppen P, Ruhé HG, et al. Preventing relapse in recurrent depression using mindfulness-based cognitive therapy, antidepressant medication or the combination: trial design and protocol of the MOMENT study. *BMC Psychiatry*. 2012 Jan;12(1):125.
67. Shawyer F, Meadows GN, Judd F, Martin PR, Segal Z, Piterman L. The DARE study of relapse prevention in depression: design for a phase 1/2 translational randomised controlled trial involving mindfulness-based cognitive therapy and supported self monitoring. *BMC psychiatry*. 2012 Jan;12:3.

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY

FREDERICO JOSÉ COELHO DE MAGALHÃES

ANEXOS

2013

Índice dos anexos

Anexo A – Uma experiência de oito semanas de <i>mindfulness</i>	2
Introdução	2
O livro.....	3
Metodologia.....	6
Resultados	7
Discussão dos resultados.....	22
Conclusão	25
Bibliografia	26
Anexo B – Resultados do MBCT no tratamento de doentes com transtornos de ansiedade e no tratamento de doentes com doença bipolar	27
MBCT nos transtornos de ansiedade	27
MBCT nos doentes com doença bipolar.....	28
Bibliografia	29
Anexo C – Conteúdos do mindfulness-based cognitive therapy.....	30
<i>Body scan</i>	30
Mindful Standing Yoga	32
Mindfulness of Breathing.....	34
Mindfulness of the Breath and Body.....	36
Inviting a Difficulty In and Working with It through the Body.....	38
Mindfulness of Hearing and Thinking	39
Choiceless Awareness	40

Anexo A – Uma experiência de oito semanas de *mindfulness*

Introdução

Tendo começado a desenvolver a tese, percebi que poderia ser interessante – como complemento à revisão da literatura e como factor de diferenciação da tese – submeter-me a um dos programas desenvolvidos com base no *mindfulness*, como o *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) ou o *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). Quis fazer isto no sentido de enriquecer a tese mas não nego que as leituras que fui fazendo sobre estas matérias me estimularam no sentido de vivenciar eu próprio as experiências descritas, que parecem fomentar novas formas de estar na vida e uma potencial evolução pessoal.

Neuroimagemologia

No decorrer da minha pesquisa inicial de literatura encontrei diversos artigos que reportam diferenças neuroimagiológicas significativas, não só entre meditadores experientes e não meditadores, mas entre não-meditadores antes e após um curso de MBSR/MBCT. Entre as diferentes modalidades exploradas contam-se a Ressonância Magnética Simples e a Ressonância Magnética Funcional. Terei abordado alguns dos estudos e resultados mais recentes nesta área no corpo principal da tese. Surgiu-me que poderia ser interessante aproveitar a tecnologia existente e o facto de me estar a submeter a este processo para pesquisar algumas das alterações descritas no meu próprio cérebro. Estou consciente do reduzido valor científico desta pesquisa, uma vez que se trata de uma população muito reduzida de uma pessoa; a mesma pessoa responsável pelo desenvolvimento da experiência e análise dos dados, mas pareceu-me ser um complemento interessante.

Programas baseados em *mindfulness*

Pesquisei algumas possibilidades em termos de frequência de um curso de MBSR ou MBCT, mas ficou patente que não teria possibilidade de me inscrever num curso deste tipo por não existirem no Porto e por ser impraticável, com as demandas todas deste último ano do curso de medicina, frequentar um programa noutra local do país. No entanto, tendo pesquisado e estudado ambos os programas referidos, apercebi-me que a maior parte do trabalho destes cursos é desenvolvido fora das aulas. Explicitando, tanto o MBSR como o MBCT são programas de 8 semanas em que o trabalho de casa individual representará a maior fatia do processo. Para além do

trabalho de casa, estão previstos nestes programas encontros semanais de 2 horas que servem para introduzir práticas, tirar dúvidas, discutir dificuldades e enquadrar o trabalho de casa para a semana seguinte. Assim, a parte mais substancial destes cursos passa pelo 'homework', que integra práticas do dia-a-dia (p.ex. *mindfulness* a escovar os dentes), cerca de uma hora por dia de prática dedicada (yoga/meditação orientada por faixa áudio) e numa fase posterior, pequenos períodos de 3 minutos ao longo do dia (também orientados por faixa áudio). Supus que, mesmo não havendo a possibilidade de frequentar as aulas semanais, o desenvolvimento de uma prática individual equivalente à prescrita nos cursos, apoiada pela formação teórica disponível em diversos livros e artigos, pudesse proporcionar-me uma experiência semelhante à frequência de um curso completo.

O livro

A escolha de um guia

Os autores do programa de MBCT publicaram recentemente um livro, *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*(1) (TMFTD), baseado no curso de MBCT e que oferece aos leitores a informação e a orientação necessária para desenvolverem, por eles próprios, competências na prática e cultivo de *mindfulness*, como forma de lidar com a depressão. Mais do que simplesmente basear-se no programa, os autores explicitam que o livro encerra o programa de MBCT em si:

Nas páginas seguintes, e no CD que os acompanha, apresentamos uma série de práticas que poderás incorporar no teu dia-a-dia para libertares-te dos hábitos mentais que te mantém imerso em infelicidade. Este programa, conhecido como mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), integra algumas das mais recentes descobertas da ciência com tipos de meditação que se têm demonstrado ser clinicamente eficazes no seio da medicina convencional e da psicologia.(1)

Fica assim patente que a utilização conjunta do livro e CD abrange o programa como um todo. O livro é proposto como um veículo para a cura, em si mesmo: 'o pacote completo para quem queira recuperar uma sensação de esperança e bem-estar'(2). Posto isto, o livro afigurou-se-me como a melhor forma de poder desenvolver uma experiência semelhante à frequência do curso MBCT, tanto em termos teóricos como práticos.

Existe outro livro, o *Full Catastrophe Living*, de Jon Kabat-Zinn, semelhante a este, na medida em que descreve e enquadra o programa de MBSR, como se de o próprio programa se tratasse. A minha preferência recaiu sobre o livro anterior por englobar especificamente o objecto da minha tese, o programa de MBCT.

O programa segundo o livro

O programa descrito no livro é de oito semanas, tal como o MBCT, e encontra-se descrito no último capítulo, detalhando-se as práticas de mindfulness e outros exercícios a desenvolver em cada semana. Os capítulos anteriores fornecem uma importante contextualização das práticas a desenvolver, com capítulos específicos a corresponderem aos diferentes tipos de prática a desenvolver. Os autores propõem que o início de qualquer nova prática seja antecedido da leitura de um ou mais capítulos específicos, oferecendo uma importante contextualização em termos do fundamento, relevância e contributo de cada método. Assim, o livro será idealmente lido no decorrer da prática, assimilando-se novos conceitos ou ideias como preparação para as práticas que se vão desenvolvendo.

O livro divide-se em quatro partes, a parte I estará mais relacionada com a componente de psicoeducação do MBCT: expõe de que forma é que a mente, o corpo, as emoções e os comportamentos colaboram para fomentar a depressão, explicando também como as pessoas podem ficar prisioneiras de padrões habituais de pensar, sentir e fazer, que reduzem a alegria de viver e a abertura a novas possibilidades nas suas vidas. Argumenta que o *mindfulness*, a capacidade de habitar no momento presente com total atenção – encerra um enorme potencial de transformação.

A segunda parte convida o leitor a cultivar o *mindfulness* sobre determinados aspectos do corpo e da mente. Introduz as primeiras práticas, que incidem sobretudo sobre os fenómenos corporais, para que o leitor possa experimentar por ele próprio os efeitos deste tipo de postura.

A terceira parte lida com o aperfeiçoamento da prática e a sua expansão para incluir uma atenção especial sobre os pensamentos, emoções, sensações e comportamentos negativos que se unem para criar a espiral que transforma a infelicidade em depressão.

A quarta parte integra os ensinamentos das partes anteriores numa estratégia unificada que permita ao leitor viver mais plenamente e eficazmente face aos desafios

da vida. Organiza todos os elementos e práticas descritas no livro num programa sistemático de oito semanas.

As práticas

O programa proposto engloba práticas formais e informais. São consideradas formais as práticas dedicadas exclusivamente à prática de meditação *mindfulness* e informais as que procuram integrar aspectos de *mindfulness* nas rotinas diárias ou em situações decorrentes do quotidiano. No decorrer do programa são desenvolvidas as seguintes práticas:

Práticas formais	Práticas informais/Exercícios
Body scan Mindfulness da respiração Mindfulness durante yoga Mindfulness da respiração e do corpo Mindfulness dos sons e pensamentos Convidar uma dificuldade Atenção sem foco <i>Three minute breathing space (TMBS)</i>	<i>Mindfulness</i> da vivência diária. Calendário de eventos agradáveis Calendário de eventos desagradáveis Atenção a emoções desagradáveis

Todas as práticas formais são guiadas por faixas áudio narradas por Jon Kabat-Zinn. As instruções para cada uma das práticas formais, transcritas em inglês, podem ser consultadas no Anexo C.

Para além das práticas já enumeradas são ainda propostos alguns trabalhos adicionais, em forma de registo escrito, que procuram aumentar a noção das diferentes componentes que contribuem a experiência do momento presente.

Metodologia

O programa

No dia 1 de Abril, de 2013, iniciei o programa de oito semanas descrito no livro. Li o livro, do princípio para o fim, absorvendo os temas e ideias essenciais. Paralelamente, fui cumprindo os exercícios e as práticas propostas para cada semana, fazendo uso das respectivas faixas áudio sempre que necessário. Para além disto procurei cultivar o mindfulness em vários aspectos do meu dia-a-dia, mesmo em aspectos não explicitados no programa (por exemplo, nas minhas interações com os outros).

Fui fazendo um registo das práticas efectuadas e tomando nota de algumas das sensações e ideias que me surgiram no decorrer da prática.

Neuroimagiologia

Submeti-me a duas ressonâncias magnéticas funcionais, a primeira no dia em que iniciei o programa, a segunda no dia 31 de Junho, 5 dias após o final do programa. A proposta inicial seria de no sentido de pesquisar, em mim próprio, algumas das alterações neuroimagingológicas descritas na literatura em indivíduos que completaram cursos de MBSR. A pesquisa seria baseada em dois estudos em particular. Num dos estudos, com base em ressonância magnética (RMN), de Holzel et al, demonstraram-se alterações na densidade de matéria cinzenta em determinadas áreas do cérebro, sobretudo em áreas relacionadas com o processamento emocional(3). Noutro com base em ressonância magnética funcional (RMNf), de Kilpatrick et al verificaram-se alterações na conectividade funcional de redes de repouso neurais (interações regionais detectadas por RMNf em indivíduos que não estão a desempenhar nenhuma tarefa específica)(4).

As ressonâncias decorreram sem intercorrências e conto poder apresentar, no futuro próximo, uma descrição mais completa da metodologia utilizada e dos potenciais achados neuroimagingológicos.

Resultados

Passo agora a apresentar o programa proposto em cada semana, assim como o meu cumprimento do programa e uma selecção das notas que tomei sobre as práticas e exercícios desenvolvidos. As notas nem sempre poderão ser consideradas muito objectivas. Afinal de contas, representam uma tentativa de pôr em palavras experiências ou realizações muito abstractas, a margear a metafísica: são pensamentos sobre sensações, pensamentos sobre pensamentos, sensações sobre pensamentos, sensações sem pensamentos e por aí a fora. No entanto, procurei nutrir uma abordagem científica à minha mente, na medida em que tentei observar e descrever o mais objectivamente possível aquilo que entendi estar a decorrer na minha consciência; com todas as limitações inerentes ao observador que se observa. Nem sempre serão fáceis de entender (“adormeci com os olhos abertos”), e serão por vezes, inevitavelmente, ideias bastante pessoais. No entanto, ao reler estas notas, parecem-me que possam conter algum do material mais rico da tese, em termos de expor aquilo que o programa, e sobretudo o *mindfulness*, podem oferecer. Por isso não quis deixar de as incluir.

Selecionei as notas sem qualquer critério definido, apenas procurei não repetir ideias previamente expressas. Por essa razão serão mais escassas as notas das últimas semanas, e não por a prática nestas semanas ter sido menos rica ou recompensadora.

De referir, ainda, que incluo ideias ou realizações, a partir das minhas notas, que poderão parecer estar pouco relacionadas com a experiência da prática em si; sempre que o fiz, terá sido por considerar (pela novidade do conteúdo e do sentimento associado) que estas realizações me foram facilitadas pela prática de *mindfulness*.

Acrescentei alguns comentários adicionais sempre que julguei pertinente.

Semana 1 (Dias 1-7; 1 de Abril – 7 Abril)

Práticas formais: *Body scan*, diariamente (instruções em inglês no anexo C)

Práticas informais: Atenção a uma actividade rotineira (p. ex: lavar os dentes ou vestir), procurando estar totalmente presente com a experiência. Comer pelo menos uma refeição com total atenção.

Assiduidade

- Práticas formais: efectuei todas as práticas propostas
- Práticas informais: escolhi o duche como a prática rotineira. Houve um dia (o dia 6) em que me esqueci, não tenho registo para o dia 7.

Notas

Dia 1 segunda-feira, 1 de Abril	• <i>Adormeci muitas vezes. Às vezes com os olhos abertos. Cheguei a sonhar.</i> • <i>Não consegui dar muita atenção aos diferentes locais do corpo, à respiração.</i> • <i>Senti algumas sensações de liberdade, naquele limbo entre o acordado e o adormecido.</i> • <i>Procurei inteirar-me da importância deste exercício para a minha vida, para o meu desenvolvimento</i>
Dia 2 terça-feira, 2 de Abril	• <i>A certa altura senti-me bastante presente, quase sem pensar. Noutros momentos, a tal ponto me distraí que me esqueci até de onde estava e de o que era suposto estar a fazer.</i> • <i>O pensamento tem manha, aparece por todos os lados. Às tantas dou por mim a pensar 'não estou a pensar', ou a pensar sobre quem está a pensar. É útil a sugestão de não se lutar com o que aparece, não resistir, não criticar, simplesmente reconhecer e deixar passar. Quando reajo a o que aparece, fica mais difícil.</i>

Dia 3 quarta-feira 3 de Abril	• <i>Foi muito interessante. Houve dois momentos em que consegui observar a respiração, sem interferir. É uma experiência muito rica, muito especial.</i> • <i>Senti a tendência da mente para criticar, encontrar o que está mal, ter medo de errar. É difícil saber o que fazer nesses momentos, aceitar que essa crítica faz parte da mente parece contra-intuitivo. Apetece lutar contra a crítica.</i> • <i>No fim da cassete ele diz para acreditar no poder deste esforço, para ficar determinado a cumprir o programa. Quis fazer. Pareceu-me forçado mas tentei, e vou continuar a tentar.</i>
Dia 5 sexta-feira 5 de Abril	• <i>Como já conheço melhor a faixa áudio, já não é novidade, começo a distrair-me mais.</i> • <i>Aconteceu a certa altura ter sentido, ou percebido, que a sensação do meu corpo por dentro é como um sentido independente, para além dos cinco sentidos clássico. Tive com atenção a isso.</i> • <i>Estando com os olhos fechados, pode ser interessante conseguir abstrair-me do conhecimento que tenho sobre a existência real das partes que constituem o meu corpo, e tentar então sentir a informação que chega de forma não enquadrada respectivo no corpo físico, isto é, como sensações puras. Representa, de certa forma, uma forma de apreensão do meu corpo, de percepção da sua constituição, a partir de dentro.</i> • <i>Podem levantar-se algumas questões interessantes. Que tamanhos têm as coisas sentidas por dentro? Quais as zonas que produzem sensações mais agradáveis, mais urgentes, mais fortes? Parece que só estamos com este tipo de atenção quando nos dói alguma coisa. Mas e no resto do tempo? Será que o estado basal é sempre o mesmo? Em último lugar, de que maneira é que, sem recurso ao aparelho muscular, consigo afectar as sensações que chegam de cada sítio, ou ter a sensação de que as estou a modular?</i>
Dia 6 sábado 6 de Abril	• <i>Fiz sem instruções. Passando pelas áreas todas do corpo, uma de cada vez. Foi mais difícil concentrar-me por não ter a voz a guiar, mas talvez mais rico também por isso.</i>

Semana 2 (Dias 8-14; 8 de Abril – 14 Abril)

Práticas formais:

- Body scan, diariamente;
- *Mindfulness* da respiração, diariamente, num momento do dia distinto

Práticas informais/ Outros exercícios

- Acrescentar uma actividade rotineira, mantendo a actividade anterior
- Calendário de eventos agradáveis: descrever um evento agradável por dia assim como os pensamentos, emoções e sensações vividas durante o evento, e os pensamentos ocorridos durante o próprio acto de os descrever.

Assiduidade

- Práticas formais: não efectuei body scan no dia 13.
- Práticas informais: selecionei, como segunda rotina, as minhas viagens de mota (especialmente a primeira da manhã). Cumpri todos os dias aquilo que estava previsto. Sem registo de rotinas no dia 12.

O calendário de eventos agradáveis

Preenchi o calendário, descrevendo um evento agradável por ida. Nem sempre foi fácil recordar-me daquilo que senti no decorrer dos eventos. Sobretudo porque não sabia, ao vivenciá-los, que seriam os eventos que acabaria por escolher. A título exemplificativo, apresento o evento descrito para o dia 13 de Abril.

Qual foi a experiência?	Apanhei uma boleia dum desconhecido, do comboio até ao outro lado do rio.
O que sentiste no teu corpo durante a experiência?	O cheiro do carro, o computador ao colo, as pessoas estranhas, a pronúncia delas.
Que pensamentos ou imagens acompanharam o evento?	Pensei que é engraçado como a vida proporciona soluções, às vezes é só saber pedir
Que estados de humor, sentimentos e emoções acompanharam o evento?	Senti gratidão, abençoado. Alívio por ter resolvido o problema de uma forma fácil e sem custo
Quais são os teus pensamentos e ideias ao relatares este evento?	Gostava de viver assim, à boleia, de lugar em lugar, confiando no mundo, que o mundo é bom, que o mundo sustenta

Creio que este exercício terá contribuído para uma mais clara realização de que a minha experiência é composta, em qualquer momento, por múltiplas dimensões

(corporais, cognitivas, afectivas), frequentemente desatendidas, sobretudo a dimensão corporal (a que tive mais dificuldades em recordar). Por outro lado, desenvolvi uma maior tendência para prestar atenção a estas várias dimensões existenciais em momentos de maior alegria e bem-estar.

Notas sobre a prática

Dia 8 segunda-feira 8 de Abril	• <i>Foi o primeiro dia da nova meditação, com mindfulness of breathing. Concentrei-me nas narinas. Não foi fácil. Distraí-me bastante.</i>
Dia 9 terça-feira 10 de Abril	• <i>Hoje não me estou a sentir muito bem. Tenho muito em que pensar e isso reflecte-se no trabalho.</i> • {no body scan} <i>Estava com um bocado de ansiedade. Foi difícil deligar-me disso. Mas mais para o fim cheguei a sentir-me bastante presente.</i>
Dia 10 quarta-feira 10 de Abril	• <i>Tomei o duche com bastante atenção, senti a espuma, lavei as diferentes partes do corpo com atenção.</i> • <i>Na mota - às vezes consigo estar muito presente, mas fico com medo!</i> • <i>Meditação da respiração – sinto ansiedade e isso não permite que goze completamente o exercício</i> • <i>Body scan – Mais uma vez, parece que estou a lutar com a ansiedade, não sei se será ansiedade. É uma dor muscular entre o esterno e o peitoral esquerdo. Uma espécie de tensão. De vez em quando consigo deixar de pensar e passa-me subitamente. Muito curioso.</i>
Dia 12 quinta-feira 12 de Abril	• <i>Body scan - Foi muito forte. Tive a sensação de estar mesmo no presente, sem ligação ao passado, sem preocupação com o futuro. Mas ao mesmo tempo fez medo, como se fosse um grande abismo, o facto de estar sozinho, no meio do mundo, sozinho, autónomo, independente. De não estar salvaguardado de nada nem impedido de nada. Isto foi o que senti, para além de sentir o meu corpo.</i>
Dia 13 sexta-feira	• <i>Na mota - É importante relaxar, não andar atrás de nada, deixar as coisas aparecerem, os pensamentos, as distrações,</i>

13 de Abril	<i>e deixar ir embora, sem lutar contra isso, e sem lutar para aparecer algo melhor. Simplesmente estar, relaxado, confiar no processo.</i>
Dia 14 sábado 14 de Abril	• <i>Na mota - soube-me bem chegar a casa de mota. Senti, ao passar pelas casas e prédios, novos e velhos, que este é um tempo como qualquer outro, a única diferença é estar cá eu.</i> • <i>Body scan – Muito sono, mas parece que estive presente mesmo enquanto entrava no sono, tanto que quando ouvia as instruções, não me assustava, não me acordava.</i>

Semana 3 (Dias 15-21; 15 Abril – 21 Abril)

Práticas formais:

- Diariamente, *Mindfulness* de yoga em pé...
- ... seguido de *Mindfulness* da respiração...
- ... seguido de *Mindfulness* da respiração e do corpo.
- Para além disto, deve fazer-se um *three-minute breathing space* em três momentos pré-definidos de cada dia.

Práticas informais/ Outros exercícios

- Calendário de eventos desagradáveis: descrever um evento desagradável por dia assim como os pensamentos, emoções e sensações vividas durante o evento, e os pensamentos ocorridos durante o próprio acto de os descrever.

Assiduidade

- **Práticas formais:** Cumpri todas as práticas programadas para esta semana. Tive maiores dificuldades em cumprir o *three-minute breathing space*. Houve três dias em que fiz duas vezes, dois dias em que fiz uma vez, e dois dias em que não fiz nenhuma.
- **Práticas informais:** selecionei, como segunda rotina, as minhas viagens de mota (especialmente a primeira da manhã). Cumpri todos os dias aquilo que estava previsto. Sem registo de rotinas no dia 12.

Calendário de eventos desagradáveis

Partilho em seguida, um dos eventos relatados, neste caso relativo ao dia 20 de Abril

Qual foi a experiência?	O tipo do KFC não foi muito simpático
O que sentiste no teu corpo durante a experiência?	Músculos tensos, ombros tensos
Que pensamentos ou imagens acompanharam o evento?	Pensei que devia dizer alguma coisa. Que devia chamar-lhe a atenção.
Que estados de humor, sentimentos e emoções acompanharam o evento?	Irritação, orgulho ferido.
Quais são os teus pensamentos e ideias ao relatares este evento?	Que não foi importante. Que o ideal seria não ser afectado, ou estar à vontade com as sensações que nascem nestas situações

Pareceu-me, por vezes, mais tivesse sido mais fácil lembrar-me de eventos desagradáveis do que de eventos agradáveis. Creio que isso merecerá alguma reflexão da minha parte. O principal resultado deste esforço foi uma maior noção da importância da tensão corporal no contexto de eventos desagradáveis. Desde então foram várias as ocasiões em que, confrontado com situações de maior *stress*, fui capaz de atenuar o meu mal-estar através da atenção a focos de contracção no meu corpo.

Notas sobre a prática

- Sem notas a apresentar

Notas adicionais

As dificuldades iniciais em cumprir o *three-minute breathing space* mantiveram-se ao longo de todo o programa.

Semana 4 (Dias 22-28; 22 Abril – 28 Abril)

Práticas formais:

- Diariamente, *Mindfulness* de yoga em pé...
- ... seguido de *Mindfulness da respiração*...
- ... seguido de *Mindfulness da respiração e do corpo*...
- Para além disto, deve efectuar-se um *three-minute breathing space* em três momentos pré-definidos de cada dia.

Práticas informais

- N/A

Assiduidade

- Não desenvolvi a prática em 2 dias (23 e 26) e não tenho registo do *three-minute breathing space* em qualquer dia.

Notas sobre a prática

- Sem notas a apresentar

Notas adicionais

Esta terá sido a semana em que decorreram as avaliações da disciplina de pediatria e por isso terei tido menos disponibilidade para desenvolver a prática. Apercebi-me de que quando os *afazeres* são muitos, isso pode interferir com a prática. No entanto, procurei desenvolver o *mindfulness* nas minhas diversas actividades ao longo de casa dia. Entretanto tenho-me vindo a aperceber que nestes momentos de maior *stress* a prática pode trazer grandes benefícios em termos de se enfrentar os desafios com maior calma e clarividência, sem focar em demasia o produto final ou o desfecho final.

Semana 5 (Dias 29-35; 29 de Abril – 5 de Maio)

Práticas formais – O principal objectivo da prática formal nesta semana será uma maior noção da aversão e de novas formas de dar resposta a sensações desagradáveis, com maior permissibilidade e aceitação.

- Diariamente, *Mindfulness da respiração*
- ... seguido de *Mindfulness da respiração e do corpo...*
- ... seguido de trazer-se para a mente uma dificuldade ou preocupação e experimentar formas de responder com maior amabilidade e compaixão a sentimentos e sensações somáticas desagradáveis.
- Deve efectuar-se um *three-minute breathing space* em três momentos pré-definidos de cada dia.

Práticas informais

- N/A

Assiduidade

- Desenvolvi a prática todos os dias, conforme previsto, não tendo feito qualquer registo dos *three-minute breathing space*, para além do dia 31, em que registei ter feito as três.

Notas sobre a prática

- Sem notas a apresentar

Semana 6 (Dias 36-42; 6 de Maio – 12 de Maio)

Práticas formais – Nesta semana, o enfoque é sobre o pensamento

- Diariamente, *Mindfulness da respiração*
- ... seguido de *Mindfulness da respiração e do corpo...*
- ... seguido de *Mindfulness dos sons e do pensamento* (incluindo alguns minutos, no final, de *Mindfulness sem foco/escolha*).
- Deve efectuar-se um *three-minute breathing space* em três momentos pré-definidos de cada dia.

Práticas informais

- N/A

Assiduidade

- No dia 38 do programa, não efectuei o *Mindfulness dos sons e do pensamento*, e no dia 42 não efectuei nenhuma das três práticas sentadas. Relativamente ao *three-minute breathing space*, houve um dia em que efectuei apenas uma vez (d36), um dia em que efectuei duas (d40) e dois dias sem registos (d41, d42).

Notas sobre a prática

Dia 37 Terça-feira 7 de Maio	• <i>Fiz as primeiras duas partes sem cassete. Ainda estou a ter dificuldades em deixar a respiração fluir sem a controlar. Está a tomar contornos obsessivo, a ideia de que não consigo libertar a respiração não me está a permitir libertar a respiração. Às vezes, quando percebo que me distraí e volto para a respiração, 'apanho-me' a respirar. Uma potencial abordagem poderá ser a de uma observação isenta da respiração, quer a esteja a controlar ou não. Observar a irritação e a frustração e aceitá-las tanto quanto possível)</i> • <i>Entendi que o medo do futuro parece ser uma componente constitutiva da minha mente, mesmo não tendo pensamentos para o dirigir.</i>
--	--

Dia 39 quinta-feira 9 de Maio	• <i>Meditei de estômago cheia e após alguns copos de vinho. Dificultou o aprofundamento da prática, senti-me sempre muito superficial.</i> • <i>Continua a ser difícil discernir se estarei a controlar a respiração ou a deixar fluir. Devo estar a controlar, se não sentia-a como independente, como já senti no passado.</i> • <i>Em algumas expirações, fico com uma espécie de ansiedade de que irei sentir ansiedade. E claro que a profecia se cumpre. No entanto, quando me concentro mesmo sobre a ansiedade em si, abraçando-a, aí entendo que já está presente, e já não me surpreende da mesma forma. Fica mais presente e por isso menos forte. Mas isto poderá ter a ver com o vinho.</i> • <i>Gostei da meditação sobre os sons, torna-se muito óbvio quando não estou presente. Mesmo que passem apenas 5 segundos sem estar com atenção aos sons, parece que passou uma eternidade.</i>
Dia 40 sexta-feira, 10 de maio	• <i>Tentei, na meditação sobre os sons, ouvir com o meu ouvido direito. Foi interessante porque o meu ouvido direito é surdo. Mas ao tentar ouvir com o ouvido direito, não se desenvolveu em mim a tendência para segurar cada som, como que para não o deixar ir. Usando o ouvido direito, os sons entravam e passavam, sem qualquer tipo de ameaça.</i> • <i>Fiz também outra experiência em que persegui todas as ansiedades ou os medos que me surgiram na mente, tentando piora-los, mas revelou-se impossível. Não levava a lado nenhum. Parece-me ser uma boa maneira de os aceitar. Ao tentar agravá-los, estou sem dúvida a abordá-los sem medo. Representou um alívio, talvez uma mudança importante, apesar de esta abordagem – de tentar levar as coisas mais longe – não estar descrita no livro.</i>

Semana 7 (Dias 43-49; 13 de Maio – 19 de Maio)

Práticas formais – Para esta semana, propõe-se que o praticante alterne entre dias com e sem orientação por faixas áudio. Nos dias sem orientação, deve fazer 40 minutos compostos por diversas práticas, a escolher de entre as já aqui descritas, e dispersas ao longo do dia. Nos dias com orientação, deve praticar-se:

- *Mindfulness da respiração*
- ... seguido de *Mindfulness da respiração e do corpo...*
- ... seguido de *Mindfulness dos sons e do pensamento* (incluindo alguns minutos, no final, de *Mindfulness sem foco/escolha*).
- Deve efectuar-se um *three-minute breathing space* em três momentos pré-definidos de cada dia.

Práticas informais

- N/A

Assiduidade

- Infelizmente, pareço ter apagado os meus registos electrónicos de esta semana. Tenho um registo em papel do dia 14, em que cumpri o disposto. Não tenho razões para crer que não tenha desenvolvido a prática conforme previsto, nos restantes dias.

Notas sobre a prática

- Sem notas a apresentar

Semana 8 (Dias 50-56; 20 de Maio – 26 de Maio)

Práticas formais – Na oitava semana, a prática é livre. Os doentes são encorajados a revisitarem as diferentes práticas, sem orientação. E a estabelecerem um padrão de prática diária para o futuro. Encoraja-se o participante a manter o *three-minute breathing space*, pelo menos três vezes ao dia.

Práticas informais

- N/A

Assiduidade

- Um dia (d54) sem registo de prática formal (não sei se terei feito). Dois dias sem registo de *three-minute breathing space* e um dia em que não fiz.

Notas sobre a prática

Dia 51 Terça-feira 21 de Maio	• <i>Não me apetecia meditar. Depois li, uma ideia de um qualquer místico cristão que terá dito que 'será frequentemente nos dias em que menos apetece rezar que a prática traz maiores recompensas'</i> • <i>Estava bastante agitado, por causa de uma discussão, mas consegui acalmar-me no decorrer da meditação. O truque é voltar à respiração, voltar sempre à respiração, com paciência, até que a inquietude cessa. Ajuda muito.</i> • <i>Senti algumas realizações, boas, relacionadas com a minha mãe e com a minha avó.</i> • <i>Sinto-me cada vez mais a mim próprio. Entendo o quão rico as coisas podem ser. Que tudo na minha vida está investido de um significado particular incrível. Os meus próprios significados, não os de mais ninguém. Sentimentos calorosos, que não interessam analisar, não se forçam, encontram-se. Uma compaixão por tudo.</i>
Dia 53 quinta-feira 23 de Maio	• <i>A atenção aos sons não tem a ver com a identificação dos sons mas antes com deixá-los passar pela mente sem os tentar agarrar, É bastante difícil, há uma tendência para os submeter a análise. Creio que o facto de ser surdo num ouvido poderá não ajudar. Nunca me sinto realmente imerso em som, é mais como se estivesse de fora, com a</i>

	orelha encostada. • <i>No caminho para casa após uma meditação em frente ao mar, mantive a atenção aquilo que me rodeava e tive uma realização de como tenho a minha própria versão de cada coisa no mundo, e que será sempre muito mais interessante do que as dos outros pela simples razão de que são minhas.</i> • <i>Descobri também que as coisas terão diferentes aspectos de acordo com o idioma que me ocupa a mente. A minha mente inglesa é mais madura, mais independente, apesar de ter apenas 12 anos. A minha mente em português sente mais culpa, mais raiva, é mais paranóide. A minha mente em inglês é mais triste, mais só, mas mais rica.²</i>
Dia 55 sábado, 25 de maio	• <i>A meditação apenas se torna realmente mágica após meia hora. É mais-ou-menos por volta de essa altura que começo a conseguir entender alguns dos movimentos que existem na minha mente, cada impulso quase como uma pessoa. Um idoso, um marinheiro norueguês, um rapaz jovem um deus, a minha mãe, uma mãe. Sinto como frequentemente os mantenho afastados. Todos estes recursos, estes modos de abordar as coisas, estes arquétipos. Os que deixo agir em primeiro são sempre os medrosos, os magoados, os cautelosos, os críticos. Sempre o medo.</i>

² Nasci em Inglaterra e vivi lá até aos 12 anos, altura em que vim viver para Portugal.

Discussão dos resultados

Os únicos dados quantitativos disponíveis para discussão serão os dados relativos ao cumprimento do programa proposto. A prática em que fui menos assíduo foi o *three-minute breathing space* (TMBS). Creio que terá contribuído para este incumprimento a falta de rotina no meu dia-a-dia, estando frequentemente a desenvolver tarefas, ou na presença de outras pessoas, às horas que havia pré-estabelecido para esta prática. Por outro lado, terei notado uma maior tendência para adiar esta prática até um momento mais oportuno, relativamente às práticas mais longas, por ser mais fácil encaixar em qualquer momento. No entanto, de sucessivos adiamentos resultam o não-cumprimento. Considero ainda que o facto de ser uma prática mais curta me poderá ter condicionado a sentir que seria uma prática menos importante. No entanto, não creio de todo, neste momento, que seja esse o caso, tendo-me vindo a aperceber que o TMBS representa uma forma de reavivar a atenção ao presente, sobretudo ao corpo, no intervalo entre as práticas mais extensas. Fazendo uma analogia, se as práticas longas funcionam como uma insulina de longa acção, o TMBS será a insulina de acção rápida a ministrar antes (ou neste caso durante) as refeições.

Relativamente às restantes práticas, foram apenas 3 os dias em que não cumpri qualquer prática, de entre os 49 dias de que tenho registo, e 2 dias em que não cumpri esta parte do programa na totalidade. Considero, por isso, ter sido bastante cumpridor. Olhando para trás, gostaria de ter tido mais disciplina no sentido de efectuar as práticas sempre à mesma hora, o que, dada a diversidade dos meus dias, teria de ser logo ao despertar.

De um ponto de vista qualitativo, há muito que poderia partilhar. Os resultados obtidos passam por algumas das notas referidas acima mas também por todas as experiências não relatadas que acumulei ao longo destes meses e pelas mudanças que sinto que se operaram ao longo desse tempo. Gostaria de salientar alguns dos principais benefícios que retirei e continuo a retirar da prática. Muitos destes benefícios estão descritos na teoria do MBCT, e embora entenda que isso possa condicionar a objectividade da minha apreciação, os benefícios que menciono foram realmente percebidos, em situações concretas.

Em primeiro lugar, uma noção da indisciplina e irrequietude da minha mente, e uma noção de que essa irrequietude pode ser minorada com o treino.

Em segundo lugar, uma menor reactividade às minhas ideias ou pensamentos. Parece um contra-senso, mas estando com uma maior atenção, mas simultaneamente mais

descentrado dos pensamentos, torno-me menos crítico, ou menos preparado para criticar, menos vigilante. Para isto muito contribuiu o ponto anterior, a noção de que a mente pensa por ela própria, mesmo que não queiramos.

Em terceiro lugar, uma maior capacidade para aceitar ou enfrentar emoções negativas, sem agir sobre elas, sem procurar formas de as resolver. Explorando-as com curiosidade, a resolução surge naturalmente e frequentemente de formas muito interessantes.

Em quarto lugar, uma maior atenção ao meu corpo. Uma noção da riqueza de sensações que advém do corpo sentido por dentro. Uma maior percepção das reacções do corpo em momentos de maior dificuldade, e ainda, o corpo como primeiro sinal do desconforto de uma situação. Apercebendo-me de tensão corporal numa determinada circunstância, fico, por um lado, mais ciente da minha aversão (que muitas vezes passará despercebida) e do contributo do corpo para essa sensação de aversão, e por outro lado mais capaz de relaxar as partes implicadas, o que frequentemente contribui para minorar a sensação negativa, aumentando a capacidade para resolver ou lidar com a situação.

Em quinto lugar, entrando já num campo mais pessoal ou abstracto, o aparecimento de memórias ou sensações que desconhecia ter em mim. Não só no decorrer das práticas como em momentos esporádicos do dia. Frequentemente, nas horas após as meditações surgem-me sensações familiares mas muito antigas. São sensações muito completas, incluindo emoções, cores, objectos, cheiros, efeitos de luz. Serão talvez como sinestésias, ou sensações de *déjà vu*, mas sem estímulo aparente. Talvez a melhor analogia que possa encontrar é a de que parecem as sensações que tinha em relação a determinados objectos da minha infância, como brinquedos, ou locais, ou uma certa hora do dia, ou uma certa actividade. As emoções com que investia as coisas na infância. Desde que comecei o programa, estas sensações aparecem sem qualquer *trigger* aparente. Lembro-me, por exemplo, numa ocasião, no decorrer de uma viagem na auto-estrada para Valença, de ter sentido exactamente a emoção que sentia quando cheirava uma grande formiga de plástico que tinha em criança. Já me ocorreu apelidar este fenómeno de ‘sentimentos em ressurreição’. Gosto muito que me aconteça, porque são experiências ricas e pistas para a possibilidade de que eu possa ainda conter muitos aspectos dos quais sou totalmente ignorante. Existem vários relatos de sinestesia experimentada por meditadores(5) e um estudo recente que mostrou que a prevalência de experiências sinestésicas será maior entre meditadores experientes do que entre meditadores menos experientes(6). Alguns autores propõem

que a sinestesia será uma função cerebral normal que raramente chega à atenção da consciência e que as técnicas meditativas poderão contribuir para o desmascaramento deste tipo de fenómenos perante a consciência(5). De referir ainda que sinestesia é um termo bastante lato, mas geralmente empregue para descrever fenómenos em que um estímulo numa via sensorial ou cognitiva origina experiências automáticas e involuntárias noutra via sensorial ou cognitiva(5), o que me parece que enquadrará aquilo que eu senti.

Conclusão

O desenvolvimento do programa de MBCT, conforme prescrito no livro, foi uma experiência altamente recompensadora e estimulante. Terminado o programa, tenho continuado a desenvolver a prática diariamente.

Os resultados do estudo neuroimagiológico em marcha poderão fornecer um reflexo funcional e orgânico das alterações que vivenciei.

Não existem, tanto quanto sei, estudos que incidam sobre os efeitos deste programa ministrado por via de livro. Seria interessante que se desenvolvessem estudos neste sentido, uma vez que, caso se demonstre a sua eficácia, representará uma forma escalonável e altamente flexível de se fornecer alguns dos benefícios do programa MBCT a um elevado número de pessoas em risco de recaída da depressão ou que procuram soluções para lidar melhor com a ansiedade, a tensão ou a estagnação nas suas vidas.

Bibliografia

1. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness (Book & CD). The Guilford Press; 2007. p. 273.
2. Amazon.com. The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness (Book & CD) [Internet]. 2013 [cited 2013 Jun 3]. Available from: <http://www.amazon.com/Mindful-Way-through-Depression-Unhappiness/dp/1593851286>
3. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. Psychiatry research. Elsevier Ireland Ltd; 2011 Jan 30;191(1):36–43.
4. Kilpatrick LA, Suyenobu BY, Smith SR, Bueller JA, Goodman T, Creswell JD, et al. Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction training on intrinsic brain connectivity. NeuroImage. 2011 May 1;56(1):290–8.
5. Cytowic RE. Synesthesia: A Union of the Senses. MIT Press; 2002. p. 394.
6. Walsh, Roger. "Can Synaesthesia Be Cultivated?: Indications from Surveys of Meditators." Journal of consciousness studies 12.4-5 (2005): 4-5.

Anexo B – Resultados do MBCT no tratamento de doentes com transtornos de ansiedade e no tratamento de doentes com doença bipolar

MBCT nos transtornos de ansiedade

Segundo alguns modelos teóricos mais recentes, a preocupação, o elemento mais característico dos transtornos da ansiedade, pode ser enquadrado como um modo de evitamento. A preocupação é empregue por doentes com transtorno de ansiedade generalizada (TAG), por um lado por acreditarem que a preocupação com eventos futuros os ajudará a evitar esses eventos, por outro lado porque a preocupação permite, ao prolongar um estado emocional conhecido, que se evitem transtornos emocionais de ordem maior ocasionados por estados desconhecidos(1). Este último factor é frequentemente designado de evitamento experiencial.

Os indivíduos com TAG estão constantemente à procura de respostas cognitivas para ameaças percebidas, inexistentes ou improváveis, em vez de se focarem no momento presente. Uma abordagem com *mindfulness* ao momento presente poderá oferecer uma resposta alternativa que facilite respostas adaptativas. O *mindfulness* poderá contrariar o distanciamento entre contingências externas e a experiência interna que a preocupação e outros tipos de actividade verbal interna parecem promover. Foi demonstrado por Kabat-Zinn e os seus colegas em 1992, no primeiro estudo com MBSR, que o programa originou reduções significativas em medidas de ansiedade e depressão entre um grupo de indivíduos com TAG ou transtorno do pânico(2), e que essas reduções se mantiveram aos 3 anos de follow-up(3).

Dado o sucesso do MBSR, e dadas as reduções em medidas de ansiedade conseguidas entre doentes deprimidos, foram recentemente testados os efeitos terapêuticos do MBCT no tratamento de transtornos de ansiedade. Um estudo de pequena-escala com 11 indivíduos com TAG demonstrou reduções significativas nos valores médios de medidas de ansiedade, preocupação e depressão e um aumento não-significativo na média de uma medida de *mindfulness*, com a participação no MBCT(4). 5 dos 11 doentes reduziram o BAI de níveis clinicamente significativos (ansiedade moderada-severa) para níveis não-clínicos (ansiedade mínima). 5 dos 11 doentes tiveram reduções na medida de preocupação (PSQW) de valores considerados patológicos para valores inferiores ao limiar da preocupação patológica.

O primeiro estudo controlo comparou os resultados obtidos com doentes com TAG ou transtorno do pânico alocados a MBCT ou a um programa de educação sobre o transtorno da ansiedade durante 8 semanas. O Grupo MBCT demonstrou melhorias significativamente maiores do que o grupo de controlo em todas as medidas de ansiedade(5).

MBCT nos doentes com doença bipolar

Alguns dos ensaios realizados sobre o MBCT como tratamento da depressão activa incluíram doentes com transtornos depressivos no contexto de doença bipolar, não tendo apresentado qualquer distinção entre os resultados obtidos pelos doentes com doença bipolar face aos doentes com depressão unipolar(6),(7). Resultados preliminares de um ensaio clínico aleatorizado para pesquisar os efeitos do MBCT em doentes com ideação suicida(8) mostraram melhorias significativas de medidas de ansiedade no subgrupo de doentes (n=14) com doença bipolar, significativamente superiores às medidas no subgrupo de doentes com depressão unipolar(9). Dois estudos recentes de pequena escala especificamente orientados ao tratamento da doença bipolar demonstraram resultados promissores(10), (11). No entanto, o único ensaio clínico aleatorizado especificamente desenvolvido para testar a eficácia de MBCT nestes doentes não mostrou diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo de MBCT ao fim de 12 meses, em termos de recaídas depressivas/maníacas, número total de episódios ou severidade sintomática, embora se tenham obtido reduções significativas no grupo MBCT em termos de medidas de ansiedade ao fim do mesmo período(12).

Tem ainda sido estudada a aplicabilidade de MBCT a outras situações, com resultados preliminares promissores, incluindo doentes com Transtorno do Stress Pós-Traumático, sintomas medicamente inexplicáveis, cancro da próstata avançada, esquizofrenia, diabetes, doença obsessivo-compulsiva, VIH, traumatismo crânio-encefálico, transtornos alimentares, insónia, fadiga crónica, e psicoses.

Bibliografia

1. Roemer L, Orsillo SM. Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006 May 11;9(1):54–68.
2. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*. 1992 Jul;149(7):936–43.
3. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry*. 1995 May;17(3):192–200.
4. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2008 May;22(4):716–21.
5. Kim YW, Lee S-H, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*. 2009 Jan;26(7):601–6.
6. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and psychotherapy*. 2007 Jun;80(Pt 2):193–203.
7. Kenny M a, Williams JMG. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour research and therapy*. 2007 Mar;45(3):617–25.
8. Williams J, Duggan D. Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical ...*. 2006;62(2):201–10.
9. Williams JMG, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ V, Duggan DS, et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*. 2008 Apr;107(1-3):275–9.
10. Miklowitz DJ, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Fennell MJ V., Dimidjian S, et al. A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. Guilford Publications; 2009 Dec 15;2(4):373–82.
11. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet a, Bondolfi G, Aubry J-M. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. Elsevier Masson SAS; 2010 Oct;25(6):334–7.
12. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2013 May;127(5):333–43

Anexo C – Conteúdos do mindfulness-based cognitive therapy

Neste anexo apresentam-se alguns dos conteúdos utilizados no MBCT, retirados do livro *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*.

Body scan

1. Make yourself comfortable lying down on your back, in a place where you will feel warm and undisturbed. You can lie on a mat or rug on the floor or on your bed. Allow your eyes to close gently.
2. Take a few moments to get in touch with the movement of your breath and the sensations in your body. When you are ready, bring your awareness to the physical sensations in your body, especially to the sensations of touch or pressure where your body makes contact with the floor or bed. On each out-breath, allow yourself to sink a little deeper into the mat or bed.
3. To set the appropriate intention, remind yourself that this will be a time for "falling awake" rather than falling asleep. Remind yourself as well that the idea here is to be aware of your experience as it is unfolding, however it is. It is not to change the way you are feeling or to become more relaxed or calmer. The intention of this practice is to bring awareness to any and all sensations you are able to be aware of (or lack of sensation) as you focus your attention systematically on each part of the body in turn.
4. Now bring your awareness to the sensations in the belly, becoming aware of the changing patterns of sensations in the abdominal wall as the breath moves into the body and as it moves out of the body. Take a few minutes to feel the sensations as you breathe in and as you breathe out, as the belly rises on the in-breath and falls on the out-breath.
5. Having connected with the sensations in the belly, now bring the focus or spotlight of your attention down the left leg, into the left foot, and all the way to the toes. Focus on each of the toes in turn, bringing a gentle, interested, affectionate attention to be with and investigate the quality of the sensations you find, perhaps noticing the sense of contact between the toes, a sense of tingling, warmth,

perhaps numbness, whatever is here, perhaps even no sensations at all if that is the case. It is all okay. In fact, whatever you are experiencing is okay; it is what is here right now.

6. When you are ready, on an in-breath, feel or imagine the breath entering the lungs and then passing all the way down the body, through the left leg, to the toes of the left foot. On the out-breath, feel or imagine the breath coming all the way back up from the toes and the foot, right up through the leg and torso and out through the nose. As best you can, continue breathing in this way for a few breaths, breathing down into the toes on each in-breath and back out from the toes on each out-breath. It may be difficult to get the hang of this-just practice this "breathing into" as best you can, approaching it playfully.
7. Now, when you are ready, on an out-breath, let go of the toes and bring your awareness to the sensations in the bottom of your left foot- bringing a gentle, investigative awareness to the sole of the foot, the in- step, the heel (noticing, for example, the sensations where the heel makes contact with the mat or bed). Experiment with "breathing with" any and all sensations-being aware of the breath in the background, as, in the foreground, you explore the sensations in the bottom of the foot.
8. Now allow the awareness to expand into the rest of the foot-to the ankle, the top of the foot, right into the bones and joints. Then take a deeper and more intentional breath in, directing it down into the whole of the left foot, and, as the breath lets go on the out-breath, let go of the left foot completely, allowing the focus of awareness to move into the lower left leg-the calf, shin, knee, and so forth, in turn.
9. Continue to scan the body, lingering for a time with each part of the body in turn: the left shin, the left knee, the left thigh; the right toes and then foot and ankle, the right lower leg, the right knee, the right thigh; the pelvic area-groin, genitals, buttocks, and hips; the lower back and the abdomen, the upper back and the chest and shoulders. Then we move to hands, usually doing both at the same time. We rest first with the sensations in the fingers and thumbs, the palms and the backs of both hands, the wrists, the lower arms and elbows, the upper arms; the shoulders again and the armpits; the neck; the face (jaw, mouth, lips, nose, cheeks, ears, eyes, forehead); and then the entirety of the head.
10. When you become aware of tension or of other intense sensations in a particular part of the body, you can "breathe in" to those sensations in the same way as you can to any others-using

the in-breath to gently bring awareness right into the sensations, and, as best you can, have a sense of what happens in that region, if anything, as each breath lets go and releases on the out-breath.

10. The mind will inevitably wander away from the breath and the body from time to time. That is entirely normal. It is what minds do. When you notice it, gently acknowledge it, noticing where the mind has gone off to, and then gently return your attention to the part of the body you intended to focus on.
11. After you have scanned the whole body in this way, spend a few minutes being aware of a sense of the body as a whole and of the breath flowing freely in and out of the body.
12. It is also very important to remind yourself that if you, like most modern people, suffer from low-grade chronic sleep deprivation, since the body scan is done lying down, it is very easy to fall asleep. If you find yourself falling asleep, you might find it helpful to prop your head up with a pillow, open your eyes, or do the practice sitting up rather than lying down.

Mindful Standing Yoga

1. First, we stand in bare feet or socks with our feet about hips-width apart, with the knees unlocked so that the legs can bend slightly and with the feet parallel (it's actually unusual to stand with the feet like this, and this, itself, can generate some novel bodily sensations)
2. Next we remind ourselves of the intention of this practice: to become aware, as best we can, of physical sensations and feelings throughout the body as we engage in a series of gentle stretches, honoring and investigating the limitations of our body in every moment, as best we can letting go of any tendency to push beyond our limits or to compete with either ourselves or others.
3. Then, on an in-breath, we slowly and mindfully raise our arms out to the sides, parallel to the floor, and then, after breathing out, we continue on the next in-breath raising them, slowly and mindfully, until our hands meet above our heads, all the while perhaps feeling the tension in the muscles as they work to lift the arms and then maintain them in the stretch.
4. Then, letting the breath move in and out freely at its own pace, we continue to stretch upward, the fingertips gently pushing toward the sky, the feet firmly

grounded on the floor, as we feel the stretch in the muscles and joints of the body all the way from the feet and legs up through the back, shoulders, into the arms, hands, and fingers.

5. We maintain that stretch for a time, breathing freely in and out, noticing any changes in the sensations and feelings in the body with the breath as we continue to hold the stretch. Of course, this might include a sense of increasing tension or discomfort, and if so, opening to that as well.
6. At a certain point, when we are ready, we slowly, very slowly, on an out-breath, allow the arms to come back down. We lower them slowly, with the wrists bent so that the fingers point upward and the palms are pushing outward (again, an unusual position) until the arms come back to rest alongside the body, hanging from the shoulders.
7. We then allow the eyes to close gently and focus attention on the movements of the breath and the sensations and feelings throughout the body as we stand here, perhaps noticing the contrast in the physical sense of release (and often relief) associated with returning to a neutral stance.
8. We continue now by mindfully stretching each arm and hand up in turn, as if we were picking fruit from a tree when it was just out of reach, with full awareness of the sensations throughout the body, and of the breath; see what happens to the extension of the hand and to the breath if you lift the opposite heel off the floor while stretching up.
9. After this sequence, now slowly and mindfully raise both arms up high, keeping them parallel to each other; and then allow the body to bend to the left, with the hips going over to the right, forming a big crescent that extends in a sideways curve from the feet right through the torso, the arms, the hands, and the fingers. Then come back to standing on an in-breath, and then on an out-breath, slowing bending over, forming a curve in the opposite direction.
10. Once you have returned to standing in a neutral position with the arms alongside the body, you can play with rolling the shoulders while letting the arms dangle passively, first raising the shoulders upward toward the ears as far as they will go, then backward as if you were attempting to draw the shoulder blades together, then letting them drop down completely, then squeezing the shoulders together in front of the body as far as they will go, as if you were trying to touch them together

with the arms passive and dangling, Continue "rolling" through these various positions as smoothly and mindfully as you can, with the arms dangling all the while, first in one direction, and then in the opposite direction, in a forward and backward "rowing" motion.

11. Then, once you have rested in a neutral standing posture again, play with slowly and mindfully rolling the head around to whatever degree you feel comfortable with it, and very gently, as if drawing a circle with the nose in midair, allowing the circling to move gently in one direction and then the other.
12. And finally, at the end of this sequence of movements, we remain still for a while, in a standing or sitting posture, and tune in to the sensations from the body.

Mindfulness of Breathing

SETTLING

1. Settle into a comfortable sitting position, either on a straight-backed chair or on a soft surface on the floor with your bottom supported by cushions or on a low stool or meditation bench. If you use a chair, sit away from the back of the chair so that your spine is self-supporting. If you sit on the floor, it is helpful if your knees can actually touch the floor, although that may not happen at the beginning; experiment with the height of the cushions or stool until you feel comfortably and firmly supported.
2. Allow the back to adopt an erect, dignified, and comfortable posture. If sitting on a chair, have the feet flat on the floor with legs uncrossed. Gently close your eyes if that feels comfortable. If not, let your gaze fall unfocused on the floor four or five feet in front of you.

BRINGING AWARENESS TO THE BODY

3. Bring your awareness to the level of physical sensations by focusing your attention on the sensations of touch, contact, and pressure in your body where it makes contact with the floor and with whatever you are sitting on. Spend a minute or two exploring these sensations.

FOCUSING ON THE SENSATIONS OF BREATHING

4. Now bring your awareness to the changing patterns of physical sensations in the belly as the breath moves in and out of the body, just as you did lying down.

5. Focus your awareness on the mild sensations of stretching as the abdominal wall gently expands with each in-breath and on the sensations of gentle release as the abdominal wall deflates with each out-breath. As best you can, stay in touch with the changing physical sensations in your abdomen for the full duration of the in-breath and the full duration of the out-breath, perhaps noticing the slight pauses between an in-breath and the following out-breath and between an out-breath and the following in-breath. As an alternative, if you prefer, focus on a place in the body where you find the sensations of the breath most vivid and distinct (such as the nostrils).
6. There is no need to try to control your breathing in any way - simply let your body breathe by itself. As best you can, also bring this attitude of allowing to the rest of your experience--there is nothing that needs to be fixed, and no particular state to be achieved. As best you can, simply surrender to your experience as it is without requiring that it be any different.

WORKING WITH THE MIND WHEN IT WANDERS

7. Sooner or later (usually sooner), the mind will wander away from the focus on the breath sensations in the belly, getting caught up in thoughts, planning, or daydreams, or just aimlessly drifting about. Whatever comes up, whatever the mind is pulled to or absorbed by, is perfectly okay. This wandering and getting absorbed in things is simply what minds do; it is not a mistake or a failure. When you notice that your awareness is no longer focused on the breath, you might want to actually congratulate yourself because you've already come back enough to know it. You are, once more, aware of your experience. You might like to briefly acknowledge where the mind has been (noting what is on your mind and perhaps making a light mental note: "thinking, thinking" or "planning, planning" or "worrying, worrying"). Then, gently escorting your attention back to the breath sensations in the belly, as you bring awareness to the feeling of this in-breath or this out-breath, whichever is here as you return.
8. However often you notice that the mind has wandered (and this will quite likely happen over and over and over again), each time take note of where the mind has been, then gently escort your attention back to the breath and simply resume attending to the changing pattern of physical sensations that come with each in-breath and with each out-breath.

9. As best you can, bring a quality of kindness to your awareness, perhaps seeing the repeated wanderings of the mind as opportunities to cultivate greater patience and acceptance within yourself and some compassion toward your experience.
10. Continue with the practice for ten minutes, or longer if you wish, perhaps reminding yourself from time to time that the intention is simply to be aware of your experience moment by moment, as best you can, using the breath as an anchor to gently reconnect with the here and now each time that you notice that the mind has wandered off and is no longer in touch with the abdomen, in touch with this very breath in this very moment.

Mindfulness of the Breath and Body

1. Practice mindfulness of the breath, as described earlier (p. 78), for ten minutes in an erect and dignified sitting posture, whether in a chair or on the floor.
2. When you feel you have settled to some degree into feeling the breath moving in and out of your body at the belly or at the nostrils, intentionally allow the field of awareness to expand around the breath to include as well a sense of the various sensations throughout the body, whatever they are, and a sense of the body as a whole sitting and breathing. You may even find you get a sense of the breath moving throughout the body.
3. If you choose, include together with this wider sense of the body as a whole, and of the breath moving in and out of the body, awareness of the more local, particular patterns of physical sensations that arise where the body makes contact with the floor; chair, cushion, or stool-the sensations of touch, pressure, or contact of the feet or knees with the floor; the buttocks with whatever is supporting them, the hands where they rest on the thighs or together in the lap. As best you can, hold all these sensations, together with the sense of the breath and of the body as a whole, in a wide and spacious awareness.
4. Of course, in all likelihood, you will find the mind wandering repeatedly away from the breath and body sensations. Keep in mind that this is a natural tendency of the mind and is in no way a mistake or a sign of failure or "not doing it right." As we have noted before, whenever you notice that your attention has drifted away from sensations in the body, you might want to let it register that to be aware of that fact means that you are already back and awake to what is going on in the mind. In that very moment, it can be useful to gently note what was on your mind ("thinking, "

"planning," "remembering") and then to re-establish your attention on the breath sensations and a sense of the body as a whole.

5. As best you can, resting in a gentle attending to the actuality of the field of sensations throughout the body from moment to moment, and being aware of any feelings of pleasantness, unpleasantness, or neutrality as they arise.
6. The longer the session continues, the more you may experience sensations arising that are particularly intense in one region of your body or another, perhaps in the back or in the knees or in the shoulders. With greater intensity of sensations, especially if they feel unpleasant and uncomfortable, you may find that your attention is repeatedly drawn to them and away from your intended focus on the breath or the body as a whole. In such moments, rather than shifting your posture (although you are always free to do that, of course), you might experiment even briefly with intentionally bringing the focus of attention right into the region of greatest intensity and, as best you can, exploring with gentle and wise attention the detailed pattern of sensations there-what, precisely, are the qualities of the sensations; where, exactly, are they located; do they vary over time or shift around in the body from one place to another? This exploration is undertaken in the realm of sensing and feeling, rather than through thinking. Again, as best you can, opening to feeling whatever is already here to be felt, allowing yourself to know what you are feeling via directly experiencing it. As in the body scan, you may play with using the breath as a vehicle to carry awareness into such regions of intensity, "breathing in" to them, and out from them.
7. Whenever you find yourself "carried away" by the intensity of physical sensations, or in any other way, as best you can reconnect with the here and now by refocusing attention on the movements of the breath or on a sense of the body as a whole sitting in a balanced and dignified posture, even in the midst of the intensity of sensation, grounded in the present moment. Notice how much we create "pain" out of discomfort through the thoughts we have about it and especially our thoughts about how long it is going to last.

Inviting a Difficulty In and Working with It through the Body

Sit for a few minutes, focusing on the sensations of breathing, then widening the awareness to take in the body as a whole.

When you are ready, see if you can bring to mind a difficulty that is going on in your life at the moment, something you don't mind staying with for a short while. It does not have to be very important or critical, but it should be something that you are aware of as somewhat unpleasant, something unresolved. Perhaps a misunderstanding or an argument, a situation where you feel somewhat angry, regretful, or guilty over something that has happened. If nothing comes to mind, perhaps you might choose something from the past, either recent or distant, that once caused unpleasantness.

Now, once you are focusing on some troubling thought or situation - some worry or intense feeling- allow yourself to take some time to tune in to any physical sensations in the body that the difficulty evokes. See if you are able to note, approach, and investigate inwardly what feelings are arising in your body, becoming mindful of those physical sensations, deliberately directing your focus of attention to the region of the body where the sensations are strongest in the gesture of an embrace, a welcoming. This gesture might include breathing into that part of the body on the in-breath and breathing out from that region on the out-breath, exploring the sensations, watching their intensity shift up and down from one moment to the next.

Once your attention has settled on the bodily sensations and they are vividly present in the field of awareness, unpleasant as they may be, you might try deepening the attitude of acceptance and openness to whatever sensations you are experiencing by saying to yourself from time to time: "It's okay. Whatever it is, it's already here. Let me open to it. " Then just stay with the awareness of these bodily sensations and your relationship to them, breathing with them, accepting them, letting them be, allowing them to be just as they are. It may be helpful to repeat "It's here right now. Whatever it is, it's already here. Let me open to it. " Soften and open to the sensations you become aware of, letting go of any tensing and bracing. Say to yourself: "softening" or "opening" on each out-breath. Remember that by saying "It's already here" or "It's okay," you are not judging the original situation or saying that everything's fine, but simply helping your awareness, right now, to remain open to the sensations in the body. If you like, you can also experiment with holding in awareness both the sensations in the body and the feeling of the breath moving in and out, as you breathe with the sensations moment by moment.

And when you notice that the bodily sensations are no longer pulling your attention to the same degree, simply return 100% to the breath and continue with that as the primary object of attention. If in the next few minutes no powerful bodily sensations arise, feel free to try this exercise with any bodily sensations you notice, even if they have no particular emotional charge.

Mindfulness of Hearing and Thinking

1. Practice mindfulness of breath and body as described in the instructions for Mindfulness of the Breath and Body in Chapter 7, until you feel reasonably settled.
2. Allow the focus of your awareness to shift from sensations in the body to hearing- bring your attention to the ears and then allow the awareness to open and expand so that there is a receptiveness to sounds as they arise, wherever they arise.
3. There is no need to go searching for sounds or listening for particular sounds. Instead, as best you can, simply open your mind so that it is receptive to awareness of sounds from all directions as they arise- sounds that are close, sounds that are far, sounds that are in front, behind, to the side, above, or below- opening to the whole space of sound around you. Allow awareness to include obvious sounds and more subtle sounds. Allow it to include the space between sounds and silence itself.
4. As best you can, be aware of sounds simply as sounds, as bare auditory sensations. When you find that you are thinking about the sounds, reconnect, as best you can, with direct awareness of their sensory qualities (patterns of pitch, timbre, loudness, and duration), rather than their meanings or implications.
5. Whenever you notice that your awareness is no longer featuring sounds in the present moment, gently acknowledge where your mind has drifted off to, and then return your attention back to hearing sounds as they arise and pass away moment by moment.
6. When you are ready, let go of featuring sounds and instead feature thoughts center stage in your awareness. Just as you were aware of whatever sounds arose- noticing their arising, lingering, and passing away- so now, as best you can, allowing your awareness to discern any and all thoughts that may arise in the mind in just the same way- noticing thoughts arise, as they linger in the space of the mind, and as they eventually dissolve and disappear. There is no need to try to make thoughts come or go- just let them come and go on their own, in the same way that you related to the arising and passing away of sounds.
7. You might find it helpful to bring awareness to thoughts in the mind in the same way that you would if the thoughts were projected on the screen at the movies- you sit,

watching the screen, waiting for a thought or image to arise. When it does, you attend to it so long as it is there "on the screen," and then you let it go as it passes away. Alternatively, you might find it helpful to see thoughts as clouds moving across a vast spacious sky. Sometimes they are dark and stormy, sometimes they are light and fluffy. Sometimes they fill the entire sky. Sometimes they clear out completely, leaving the sky cloudless.

8. If any thoughts bring with them intense feelings or emotions, pleasant or unpleasant, as best you can, note their "emotional charge" and intensity and let them be as they already are
9. If at any time you feel that your mind has become unfocused and scattered, or it keeps getting repeatedly drawn into the drama of your thinking and imaginings, see if it is possible to come back to the breath and a sense of the body as a whole sitting and breathing and use this focus to anchor and stabilize your awareness.

Choiceless Awareness

In the early stages of this practice, it might be wise just to play with it for relatively short periods of time, returning to the breath or featuring some other specific chosen object of attention at other times. It sounds so simple to "just sit" without any chosen object to attend to—to simply be awareness itself, to be the knowing. It is not so easy. Yet with time and motivation, the practice of choiceless awareness can become more and more robust and more and more compelling.

We begin with a few minutes of focusing on the breath, and then, if we care to, we allow the field of awareness to expand to include any or all of the following: body sensations (including the breath), sounds, thoughts, and feelings.

Then, whenever we feel ready to, we see if it is possible to let go of any particular object of attention, like the breath, or class of objects of attention, like sounds or thoughts, and let the field of awareness be open to whatever arises in the landscape of the mind and the body and the world. We simply rest in awareness itself, effortlessly apprehending whatever arises from moment to moment. That might include the breath, sensations from the body, sounds, thoughts, or feelings. As best we can, we just sit, completely awake, not holding on to anything, not looking for anything, having no agenda whatsoever other than embodied wakefulness.

This practice invites us to be completely open and receptive to whatever comes into the field of awareness, like an empty mirror; simply reflecting whatever comes before it,

expecting nothing and clinging to nothing; awareness itself attending to the entire field of present-moment experience in utter stillness.