

Autores | Authors

Caio Coimbra Barato
Pereira*

[caio_87rp@hotmail.com]

Tatiana de Abreu Braga
Soares**

[tatianabragapsi@gmail.com]

Mariana Fortunata
Donadon***

[marianadonadon@hotmail.com]

MINDFULNESS: UMA FERRAMENTA COMPLEMENTAR NA MANUTENÇÃO E REMISSÃO DOS SINTOMAS DE TRANSTORNO DE PÂNICO

Resumo: O transtorno do pânico, juntamente com outros transtornos de ansiedade, pode trazer prejuízos, comorbidades e piora na qualidade de vida de um indivíduo, causando desregulação emocional e sofrimento. Os tratamentos hoje têm se apoiado na investigação e na amplitude de técnicas e abordagens diferentes. Com isso, este trabalho tem como objetivo principal estudar a técnica de *Mindfulness* como forte auxílio no tratamento terapêutico, juntamente com a Terapia Cognitiva comportamental (TCC). O estudo foi realizado em 28 sessões, focando na fase intermediária do tratamento e nas técnicas de atenção plena. Através de uma análise dos inventários Beck de ansiedade, percebeu-se uma diminuição dos sintomas. Além disso, o relato da paciente demonstrou ganhos não somente em sua sintomatologia, mas também nas relações das áreas familiar e social. A atenção plena se mostrou um forte auxílio no processo terapêutico da TCC no tratamento do transtorno de pânico, indicando sua eficiência.

Palabras clave: Terapia cognitiva; atenção plena; transtorno de pânico.

Abstract: Panic disorder along with other anxiety disorders brings about impairments, comorbidities and worsening of quality of life which leads to emotional dysregulation and the suffering of the individual. Treatments today have been based on research and breadth of techniques and approaches. With this, this work has as main objective to study Mindfulness technique as a strong aid in the therapeutic treatment together with Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The study was performed with 28 sessions focusing on the intermediate phase of treatment, and on the techniques of mindfulness. Through an analysis of the Beck anxiety inventories, a decrease in symptoms was observed, as well as the patient's report of gains not only in their symptomatology, but also in their relations of family and social areas. Mindfulness proved to be efficient and a strong aid in the therapeutic process of CBT in the treatment of panic disorder.

Keywords: Cognitive Therapy; mindfulness; panic disorder

Recebido em: 02/12/2019

Aceito em: 08/05/2020

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tem como base de sua teoria o reconhecimento e a modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais, e esse tipo de intervenção vem se mostrando eficaz no que se refere ao tratamento dos transtornos de humor e ansiedade (BECK, 2011). A TCC foi desenvolvida na década de 60, época em que a psicanálise era predominante, quando Aaron Beck realizava uma pesquisa voltada à compreensão de qual seria o processo psicológico central da depressão. Pela pesquisa, Beck (2011) compreendeu que vieses cognitivos de formas de pensar sobre si mesmo, o futuro e o mundo eram comuns nos pacientes depressivos, dando assim início à criação da terapia cognitiva (PEREIRA; RANGÉ, 2011; LOPES, 2019; CIZIL; BELUCO, 2019). Diversos estudos posteriores comprovaram a eficácia da TCC. Nos dias atuais, com os avanços das neurociências, a TCC se mostra uma forte aliada para a regulação emocional da ansiedade e das emoções negativas (PORTO *et al.*, 2008; DAVID; CRISTEA; HOFMANN, 2018; RIBEIRO; BALESTRA; NICOLETTI; DONADON, 2019).

O modelo teórico da TCC é baseado nos pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais. Seu enfoque está na cognição dos pacientes, nos comportamentos e na regulação emocional. Pensamentos automáticos são pensamentos intrusivos e ocorrem naturalmente no processo da consciência, podendo desencadear emoções negativas, positivas ou neutras (LOPES, 2019; CIZIL; BELUCO, 2019). Parte importante do processo terapêutico é a identificação, o questionamento e a flexibilização dos pensamentos disfuncionais; isso é essencial nos tratamentos de transtornos mentais. Crenças intermediárias ou regras e pressupostos são estratégias comportamentais que o indivíduo aprende para “proteger” sua crença central. As crenças centrais, boa parte delas desenvolvidas nas experiências da infância, principalmente nas principais relações afetivas, são estruturas psicológicas mais rígidas, de difícil percepção, que são trabalhadas ao longo do processo terapêutico (BECK, 2013; AGOSTINHO; DONADON; BULLAMAH, 2019).

No que tange ao modelo cognitivo do transtorno de pânico, entende-se que pode ser iniciado com um estímulo (interno ou externo), como, por exemplo, uma dor abdominal nunca vivenciada antes seguida de um pensamento catastrófico (muitas vezes do tipo: *devo estar doente gravemente*), o que leva a um aumento das sensações corporais, tais como taquicardia e hiperventilação, aumentando as interpretações catastróficas. Consequentemente, há o aumento das reações fisiológicas,

até que o indivíduo experimente uma forte excitação corporal (CLARK; BECK, 2012; NICHOLLETI; DONADON, 2019).

Algumas das possíveis estratégias interventivas bastante efetivas para o tratamento do transtorno de pânico podem ser aprendidas por meio da prática do *Mindfulness* (SINGH *et al.*, 2008; HARRINGTON; PICKLES, 2009). A intervenção baseada em *Mindfulness* envolve ensinar o paciente a manter o foco de modo intencional no momento presente, nos pensamentos, emoções e reações fisiológicas, partindo do princípio da aceitação (GARLAND; BAKER; RIQUINO; PRIDDY, 2019). Ainda que seja uma experiência até desconfortante, a prática de *mindfulness* eleva o autoconhecimento. A pessoa experimenta ter mais controle de suas vivências e, conseqüentemente, obtém melhorias na sua qualidade de vida (VANDENBERGHE, 2006; MCKAY; WOOD; BRANTLEY, 2019).

A prática do *Mindfulness* teve início com os programas de redução do estresse de Kabat-Zinn (1992) e vem mostrando-se uma técnica de resultados promissores em diferentes áreas, não somente em áreas ligadas ao estresse, mas também naquelas ligadas ao auxílio e ao tratamento de transtornos mentais e dores crônicas. O *Mindfulness* tem apresentado melhoras significativas para o bem-estar, para a concentração, para a tolerância e para a memória de trabalho, além de aumento do autocontrole e diminuição do afeto negativo (SUNDQUIST *et al.*, 2014). Além disso, esse tipo de intervenção tem mostrado resultados eficazes para uma série de transtornos, tais como depressão (OMIDI; MOHAMMADKHANI; MOHAMMADI; ZARGAR, 2013; TOVOYTE *et al.*, 2014), sintomas de insônia (ONG; SHAPIRO; MANBER, 2008), dependência de jogos (TONEATTO; PILLAI; COURTICE, 2014) e transtorno de ansiedade generalizada (KOSZYCKI *et al.*, 2007). Também tem mostrado bons resultados no que tange a intervenções para redução de sintomas do transtorno de pânico (GOISMAN; WARSHAW; KELLER, 1999; KIM *et al.*, 2010; 2013; 2016; SEOL *et al.*, 2017; APOLINÁRIO-HAGEN; SALEWSKI, 2018).

O *Mindfulness* pode ser descrito como uma prática que envolve atenção ou consciência plena, não se referindo diretamente à atenção seletiva e focada, mas sim à experiência vivenciada no aqui e agora. Essa experiência deve ser observada através dos sentidos, sem o julgamento que se costuma fazer a todo o momento. Nesse sentido, suspender o autojulgamento é conceito fundamental na prática de *Mindfulness* (MCKAY; WOOD; BRANTLEY, 2019). Nessa prática, o foco não está em conseguir um estado mental, encontrar uma serenidade ou controlar as emoções, mas sim, a partir da aceitação, notar até mesmo experiências desconfortantes. O objetivo é que possamos, a partir da prática, notar quais pensamentos são somente pensamentos e quando podemos experimentar uma regulação

mais funcional do nosso humor. Aplicada em grupos ou em atendimentos individuais, essa prática tem ganhado apreciação não somente nas áreas de psicologia e psiquiatria, mas também nas áreas da enfermagem e fisioterapia, apresentando uma aplicação multidisciplinar (EBY *et al.*, 2019; FORTES *et al.*, 2019).

Através da prática, alcançam-se resultados de melhor aceitação e regulação emocional, já que o *Mindfulness* instila a esperança e minimiza a chance de o paciente catastrofizar sua dor (SCHUTZE *et al.*, 2014). A regulação emocional envolve a compreensão que o indivíduo tem do seu funcionamento psíquico e comportamental e é fundamental para melhorar a saúde psíquica e a qualidade nas relações afetivas. As emoções favorecem a nossa sobrevivência e melhoram o nível das nossas relações sociais. Nesse sentido, saber compreender e equilibrar as emoções vai ao encontro dos conceitos de *Mindfulness*, promovendo mais compreensão acerca delas, além do desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos (FORTES *et al.*, 2019; EBY *et al.*, 2019).

Objetivos

Este estudo de caso teve por objetivo apresentar o resultado de intervenções baseadas no *Mindfulness* e na terapia cognitivo-comportamental para um caso de transtorno de pânico atendido em psicoterapia individual.

RELATO DO CASO

Informações de identificação

Jéssica, 19 anos, estudante e atleta, morava com seus pais. Estudante de psicologia no 4º semestre, por ser atleta e competidora de natação, tinha bolsa de estudos na universidade. Filha única, possuía um namorado e vida social ativa. A paciente queixava-se de ter muita ansiedade e de ter vivenciado crises de pânico recentemente. Relatava que, nessas crises, pensava que ia morrer. A paciente teve sensações físicas intensas, como taquicardia, perda de controle, sudorese, hiperventilação, desconforto torácico e desconforto abdominal. Relatava sentir ansiedade constante, brigava muito com os pais e discutia com o namorado, vivenciando fortes emoções de raiva.

Demonstrava uma hipervigilância em relação a seus batimentos cardíacos, e já tinha ficado muito preocupada com o coração, levando-a a fazer exames. Nenhuma irregularidade foi encontrada. Jéssica tinha uma rotina bem rígida de estudo e treino. Estudava psicologia em período integral. Na maioria dos dias, quando não tinha aula à tarde ou de manhã, fazia os

treinos de natação, que eram obrigatórios. Dizia que seu pai era bem rígido e que a cobrava bastante no desempenho de suas tarefas. Dizia ainda que sua mãe era bastante ansiosa. Tinha muito ciúmes do namorado. Por esse motivo, os conflitos entre os dois eram frequentes. Relatou nunca ter feito tratamento com psicoterapia, mas fazia tratamento medicamentoso para gastrite e esofagite. Não fazia práticas de meditação, mas frequentava semanalmente atividade espiritual evangélica junto com a mãe.

História pessoal e médica

A paciente não tinha relato de diagnóstico psiquiátrico ou internação. Fazia pouco uso de álcool quando ia a festas da faculdade e bebia vinho em restaurantes. Queixava-se de gastrite e esofagite, e havia tido duas crises de ansiedade nos últimos meses.

Filha única, vivenciou na infância e na adolescência cobrança de desempenho escolar do seu pai. Relatou ter brigas constantes com sua mãe, que considerava ansiosa. Dizia que seu pai não era de demonstrar muito afeto com palavras ou abraços. Ele só demonstrava afeto presenteando com roupas, tênis ou aparelhos tecnológicos. Relatou nunca ter sofrido episódios de *bullying* na infância e na adolescência, mas deixou de confiar nos colegas de escola quando percebeu que a maioria das pessoas se aproximavam com segundas intenções.

Possuía diagnóstico de transtorno de pânico, sendo forte a presença de ataques repentinos de medo e desconforto, com sintomas como: taquicardia, sudorese, tremores, desconforto torácico, desconforto abdominal e medo de morrer.

Formulação de caso

Jéssica relatou ter passado a infância e a adolescência com um pai que cobrava muito seu desempenho em várias atividades, principalmente nas atividades escolares. Disse ter recebido pouco afeto, sendo reforçado, na maioria das vezes, com presentes e brinquedos novos. Sua mãe sempre foi ansiosa. A paciente relatou lembrar de hipóteses e pensamentos catastróficos. No ensino médio, teve popularidade na escola onde estudava e sofreu calúnias por relatos de atos que não tinha realizado, o que acarretou possivelmente a perda de confiança nas pessoas. Acreditava que algumas pessoas tinham se aproximado dela no período escolar com segundas intenções. Sempre foi cercada de atividades. Os pais cobravam constantemente seu desempenho, acarretando um estilo de vida acelerado, hostil e estressante. Nos dias atuais, tem uma rotina bastante rígida de estudo e trabalho, e conflitos constantes com os pais, o que

resulta em brigas com agressões verbais. A paciente tem ciúmes do namorado, dificuldade na resolução de conflitos e dificuldade em ser assertiva nessa relação.

Visão transversal de cognições e comportamentos atuais:

Situação 1: Reprovação da carteira de motorista
 Pensamento disfuncional: não deveria ter falhado;
 Significado do pensamento disfuncional: sou incompetente;
 Emoção: raiva e ansiedade;
 Comportamento: briga com os pais.

Situação 2: Namorado vai fazer academia
 Pensamento disfuncional: ele não deveria treinar sem mim por perto
 Significado do pensamento disfuncional: posso perdê-lo para outra pessoa
 Emoção: ansiedade;
 Comportamento: briga com o namorado por ele ir treinar sozinho.

Situação 3: Na lanchonete, sente uma sensação ruim no esôfago
 Pensamento disfuncional: posso ter uma crise agora, e se eu desmaiar?
 Significado do pensamento disfuncional: sou vulnerável;
 Emoção: ansiedade;
 Comportamento: busca tomar um suco e sair da lanchonete.

A paciente apresenta um esquema de desamparo. Esse esquema se formou devido à exigência dos pais quanto ao seu desempenho acadêmico e nos esportes. Suas crenças centrais são: "Sou um fracasso", "Sou fraco", "Sou vulnerável". Suas regras e suposições são: "se eu culpar alguém, então me sentirei menos responsável pelo fracasso"; "se eu deixá-lo sozinho então vou perdê-lo para outra pessoa"; "se eu ficar atento aos sintomas, posso descobrir que tenho algum problema de saúde"; "se eu fizer tudo perfeito nos mínimos detalhes, então verei que não sou um fracasso"; "se eu monitorar toda dor que sinto, então poderei saber o que tenho"; "se eu ficar atento a todos os detalhes da prova, então eu não reprovarei e não serei uma fracassada".

Relatou que sua mãe sempre foi ansiosa, o que pode ter influenciado no seu repertório comportamental, considerando que, por repetição e aprendizagem, normalmente os filhos replicam comportamentos dos pais, indiferentemente se disfuncionais ou funcionais. Disse ter recebido pouco limite e que

ganhava tudo o que pedia; com isso, hipoteticamente, pode ter deixado de desenvolver habilidades sobre como lidar com pequenas frustrações.

Estratégias compensatórias: perfeccionismo (não posso falhar nas competições ou nas minhas notas da faculdade, e também não falhar com o meu namorado, porque posso perdê-lo); hipervigilância dos sintomas físicos e esportiva.

Situações ativadoras: alguma dor interna, conflitos com os pais, ciúmes do namorado e competições da natação.

Hipóteses de trabalho

Por sofrer cobranças constantes dos pais quanto ao seu desempenho, a paciente desenvolveu um esquema de desamparo. Passou a duvidar de sua capacidade, percebendo-se como fracassada. Ao longo de sua infância, relatou que seus pais não lhe davam muito limite, o que não possibilitou o desenvolvimento de tolerância em relação a frustrações e situações diversas. Disse que quase não recebia demonstrações de afeto, como palavras afirmativas e toque físico, percebendo que isso também ocorria na relação do seu avô com o seu pai. Sempre estava próxima aos seus avós paternos. Recordava ver seu avô ter explosões de raiva e rigidez devido à sua forma de pensar e resolver os problemas. Com isso, desenvolveu um repertório comportamental limitado, baseando-se sempre na percepção do próprio desempenho nas atividades, sem considerar a intensidade de suas emoções.

Sua hipervigilância iniciou-se com os primeiros sintomas de gastrite e esofagite. Como não estava habituada às sensações desses sintomas, percebeu como verdade absoluta os seus pensamentos catastróficos, que mostravam que estava em perigo de ter uma doença grave e terminal. Sua desregulação com a emoção da raiva vem desse repertório utilizado para resolução de conflitos e problemas aprendido do seu avô e do seu pai. Seu perfil agressivo corroborou para o aumento dos níveis de estresse, deixando-a mais vulnerável a desenvolver sintomas da gastrite e esofagite e diminuindo a qualidade de suas relações sociais.

PLANO DE TRATAMENTO

Os objetivos do tratamento

Ser aprovada no exame para tirar a carteira de motorista, diminuir os conflitos com o namorado, diminuir os conflitos com os pais, desenvolver comunicação assertiva com os pais e o namorado.

Plano de tratamento

Fase inicial: trabalhar o treino e a psicoeducação da comunicação, técnicas de respiração, passar no exame de carta, trabalhar a psicoeducação sobre ansiedade, diminuir sintomas de ansiedade, trabalhar a comunicação não violenta, a psicoeducação sobre a raiva, as emoções e o modelo cognitivo. Trabalhar a psicoeducação da comunicação e a assertividade para melhorar a habilidade de resolução de problemas e conflitos na relação com os pais e com o namorado. Psicoeducação da ansiedade para compreensão de seu funcionamento, com técnicas de respiração para conseguir passar no exame de motorista e para diminuir a ansiedade. Compreensão sobre como funciona a raiva e as emoções, para diminuir os conflitos e o estresse gerado por esses conflitos.

Fase intermediária: registro do pensamento disfuncional através de exercícios de questionamento do pensamento. Flexibilização de crenças através da identificação dessas regras e experimento comportamental para reestruturação. Flexibilização das crenças centrais, bem como construção e solidificação de crenças mais funcionais, através da psicoeducação de crenças, minuta de crença e custo-benefício. Prática de *mindfulness* para regulação emocional, com programa de oito semanas de exercícios com áudio, com os seguintes temas: acordando para o piloto automático, conscientizando-se do corpo, movimento atento, indo além dos rumores, enfrentando dificuldades, vivenciando o presente, exaustão e estresse, e atenção plena para manter o equilíbrio e a paz.

Fase final do tratamento: prevenção de recaída e manutenção de ganhos com quadro de crenças.

Curso do tratamento

A relação terapêutica foi fortalecida com a escuta ativa, diálogo colaborativo, aceitação, *rapport*, e colaboração na construção da agenda, que gerou um vínculo estável, positivo e sem obstáculos.

A paciente foi psicoeducada quanto aos principais princípios e fundamentos sobre *Mindfulness* e, na prática, foi aplicado o exercício do chocolate, que consiste em uma tarefa de atenção plena através dos sentidos, com todas as sensações que a experiência pode trazer. Em seguida, foi trabalhado o conceito de piloto automático e o modo existente, para que Jéssica pudesse se conscientizar da normalidade da divagação da mente, e que pudesse, com treino, retomar a atenção e conduzir sua vida de um modo mais consciente, fazendo escolhas a partir dos seus valores e objetivos. Depois foi trabalhado o exercício do movimento lento e a respiração de três minutos, para que a paciente

exercitasse sua atenção nos movimentos do corpo. Com a respiração dos três minutos, poderia reconhecer (e treinar) que poderia retomar a atenção em qualquer momento do seu dia.

Na sessão seguinte, a paciente realizou o treino de perceber seus pensamentos como pensamentos e de conseguir observá-los como eventos mentais, e não como fatos sobre a realidade. Foi inserido o exercício da meditação dos sons e dos pensamentos; a paciente poderia fazer, assim, uma analogia com o formato dos pensamentos. Na semana seguinte, foi elucidada a aceitação e a exploração das dificuldades, para que a paciente conseguisse reduzir a ansiedade e lidar melhor com os problemas e dificuldades que estava vivenciando. Em seguida, foi trabalhada a autocompaixão e a amizade, tanto por si quanto pelos outros, fortalecendo a conexão com as pessoas. O objetivo era ser mais empática e assertiva nas relações, principalmente pelo cultivo da amizade por si mesma. Por fim, foi trabalhado o *Mindfulness* como estilo de vida, com mapeamento e reconhecimento das atividades do dia a dia, para encontrar e manter um equilíbrio entre uma vida harmoniosa e o estresse do cotidiano, evitando cair no funil da exaustão.

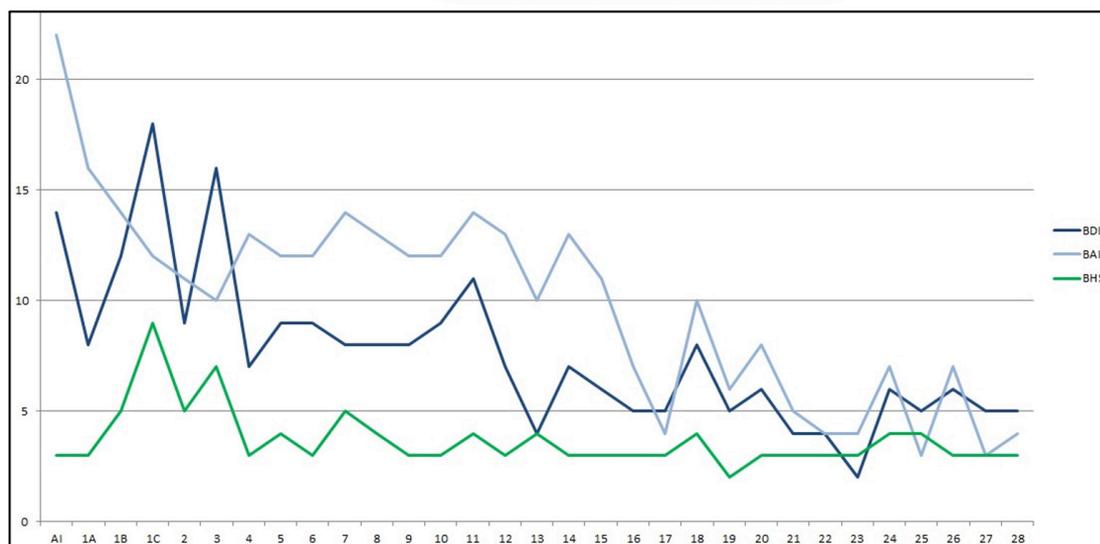
Não houve obstáculos significativos que comprometessem o tratamento. A paciente se mostrou sempre dedicada, e isso foi reforçado durante o tratamento. A paciente não demonstrou resistência aos exercícios de *Mindfulness*, comprovados sempre com a solicitação de *feedback* ao término das sessões.

RESULTADOS

No curso da terapia e com a administração das intervenções, a paciente mostrou-se mais funcional. Sua ansiedade diminuiu de um escore de 22 pontos na Escala de Ansiedade de Beck (BAI) para um escore de 4 pontos, conforme é possível verificar na Figura 1. Os conflitos com os pais e o namorado diminuíram consideravelmente.

A ansiedade apresentada pela paciente era ativada a partir de sintomas físicos, como dor no estômago e esôfago, o que a levava a ter pensamentos catastróficos, levando-a a uma hipervigilância desses sintomas. Conseqüentemente, a partir desses pensamentos catastróficos, a paciente tinha a sensação amplificada dos sintomas, bem como aumento do batimento cardíaco e hiperventilação, os quais, nesse ciclo, levavam a sensações de perda de controle ou de morte, comuns no pânico.

A prática do *Mindfulness* potencializou a reestruturação cognitiva da paciente, bem como a autopercepção, a empatia, a atenção e o engajamento na terapia. A aceitação, promovida pela prática do *Mindfulness*, mostrou-se significativa para diminuir o processo de ruminação dos pensamentos automáticos e disfuncionais da paciente, sendo fundamental para o trata-

Figura 1 – Gráfico relativo à aplicação dos Inventários de Humor

Legenda: BDI: Escala de Depressão de Beck; BAI: Escala de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck.

mento e possibilitando a redução dos sintomas de transtorno de pânico.

A paciente passou a relatar que conseguia se concentrar melhor nas atividades acadêmicas e nas práticas de sua espiritualidade, e que conseguia reconhecer os pensamentos catastróficos e disfuncionais de uma forma suspensa de julgamentos, ou seja, compreendendo o pensamento como um evento mental, e não como um fato de sua realidade. Parte importante das práticas da atenção plena é a suspensão dos julgamentos, bem como a evolução de um olhar mais intrapessoal.

Observou-se também que, nas relações sociais, a paciente demonstrava dificuldade de ser assertiva, de se comunicar e de ser mais empática com seus pais e com o namorado. Com a prática da atenção plena, isso foi ampliado, o que refletiu no aumento da tolerância a pequenos conflitos que aconteciam no dia a dia, aumentando o repertório de resoluções de problemas, bem como a compaixão diante das limitações do outro. Com isso, a paciente passou a demonstrar respostas mais adaptativas em relação à forma de perceber e/ou demonstrar as suas emoções, comportamentos e relações sociais. Uma de suas maiores dificuldades relacionava-se à hipervigilância dos sintomas que apareciam quase todos os dias de maneira repentina. O treino de *Mindfulness*, focado em perceber os pensamentos como apenas pensamentos (que vem e vão), ajudou na quebra do ciclo de manutenção que levava a paciente a manter os sintomas de ansiedade elevada, o que potencializava os sintomas com

verdadeiros pensamentos catastróficos (“posso ter uma doença grave”, por exemplo).

A prática de *Mindfulness* foi utilizada de diferentes maneiras, como a partir do treino de amplitude de atenção, em que se realizou uma prática com um chocolate. A paciente relatou reconhecer a riqueza de detalhes nas sensações e a forma como essa percepção lhe trazia mais vida. O treino de atenção foi ampliado para práticas cotidianas, como escovar os dentes, tomar banho e fazer refeições. Após esse treino e em sessões posteriores, a paciente relatou ter conseguido desfrutar melhor dos alimentos e das sensações que antes não havia percebido, como o cheiro do sabonete e a movimentação que costumava fazer ao escovar os dentes.

Em uma situação cotidiana, como estar numa fila para adquirir um produto em um estabelecimento, a paciente relatou ter conseguido identificar uma forte emoção de raiva. No momento em que a havia sentido, conseguiu identificar a emoção negativa e obter, com isso, um processamento mais adaptativo da emoção, não reagindo com agressividade ou reclamação, o que poderia até prolongar o estado da emoção negativa. Compreendeu, equilibrou-se e tomou a decisão mais cabível naquele momento.

No início da terapia, a paciente sentia sintomas mais fortes de ansiedade. O treino de *Mindfulness* com validação e aceitação de algo desconfortável veio ao encontro da demanda. Após sucessivos treinos de *Mindfulness*, a paciente passou a reagir de forma diferente aos sintomas de ansiedade. Assim que a pa-

ciente percebia que estava sentindo um sintoma mais intenso de ansiedade, ao invés de focar sua atenção nos pensamentos automáticos catastróficos, passou a trabalhar a aceitação da experiência, favorecendo a diminuição do sintoma sem que se prolongasse o desconforto.

Por fim, conforme relatado pela própria paciente, a prática de *Mindfulness* não só a ajudou no processo de redução dos sintomas de pânico, como também colaborou em outras áreas e experiências de sua vida, contribuindo com mais equilíbrio e assertividade nas reações e escolhas do dia a dia.

DISCUSSÃO

No presente estudo de caso, pôde-se verificar que a paciente apresentou uma redução significativa dos sintomas de desconforto emocional relacionado ao transtorno de pânico, conforme visto nas escalas Beck e no relato e observação da paciente. Observou-se também que a paciente se mostrou mais assertiva com reações estressantes e com conflitos em relações interpessoais. Tais resultados estão em concordância com a literatura, que aponta que a base inicial para essa melhora significativa envolve o uso da psicoeducação sobre os pensamentos automáticos e sobre como a ansiedade pode fazer com que os indivíduos subestimem seus recursos, levando a uma sensação de vulnerabilidade maior (PEREIRA; RANGÉ, 2011).

A partir da psicoeducação sobre o transtorno de pânico, bem como sobre o ciclo de manutenção dos sintomas, as crises de pânico cessaram durante todo o tratamento. Tais resultados demonstram que a compreensão do modo como as emoções, pensamentos e comportamentos funcionam foi uma intervenção importante. Nesse sentido, Clark e Beck (2012) apontam que a identificação dos principais gatilhos disparadores de uma crise de pânico, bem como o processo de descatastrofização, podem ser importantes para colaborar com a promoção da regulação emocional dos pacientes.

As intervenções baseadas em *Mindfulness* e a terapia cognitivo-comportamental mostraram-se eficazes na regulação emocional da paciente. Um dos pensamentos automáticos que causavam mais ansiedade, e conseqüentemente uma desregulação emocional, era o pensamento “será que estou morrendo?”. Mesmo na fase final do tratamento, o pensamento aparecia em algumas situações, mas não tinha impacto significativo, levando a paciente a ter uma resposta mais adaptativa. Esses dados corroboram o estudo de Menezes, Pereira e Bizarro (2012), que também mostraram o favorecimento da regulação emocional no uso dessas práticas. A paciente não apresentou nenhum sintoma de agorafobia, ou seja, evitação e ansiedade antecipatória de ter uma crise em locais públicos que a deixariam em situa-

ções embaraçosas. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Santana e Gondim (2016).

A prática de *Mindfulness*, nesse estudo de caso, envolveu o treino de amplitude de atenção, estar atento aos detalhes, focado no momento presente. Tal prática, segundo Eby *et al.* (2019) e Fortes *et al.* (2019), é a base da atenção plena que favorece a atenção seletiva e que propicia, conseqüentemente, mais poder de decisão. Ela envolve o treino de vivenciar os fenômenos como são apresentados, com uma atitude curiosa, desperta e sem julgamentos; traz a riqueza e a possibilidade de vivenciar um momento plenamente e mostra-se efetiva para o controle de sintomas de ansiedade. Trabalhar o foco no momento presente foi de suma importância, pois foi possível trabalhar um conceito central da atenção plena, que é a conscientização do piloto automático e do modo atuante. Com o treino das sensações corporais e com o movimento atento, a paciente relatou melhoras em diversas áreas da sua vida, conseqüência essa de sair de um modo automático, ou seja, de estar atenta às suas escolhas e aos seus valores, de modo a ser autor de sua própria história.

A prática do *Mindfulness* favoreceu também a concentração em atividades diversas da vida diária da paciente, e permitiu o reconhecimento dos pensamentos catastróficos e disfuncionais de uma forma suspensa de julgamentos, ou seja, compreendendo o pensamento como um evento mental, e não como um fato de sua realidade. A literatura aponta que parte importante das práticas da atenção plena é a suspensão dos julgamentos, bem como a evolução para um olhar mais intrapessoal (EBY *et al.*, 2019; FORTES *et al.*, 2019). Não reconhecer o julgamento que se faz de si e do outro é limitante. Quando esse julgamento é suspenso, é possível que o indivíduo aumente sua autocompaixão, possibilitando reconhecer de forma melhor a consciência dos seus modos de agir, dos seus potenciais e dos limites que podem favorecer a diminuição da ansiedade ou do humor depressivo (ZANCAN; HABIGZANG, 2018). A promoção do autoconhecimento favoreceu o trabalho/treino de aceitação das experiências e das emoções desconfortáveis, resultando na diminuição da ruminação de emoções vividas, como a ansiedade e a raiva.

Nas relações sociais, observou-se um aumento da tolerância a pequenos conflitos, bem como um aumento do repertório de resoluções de problemas, além do favorecimento da compaixão pelas limitações do outro. Nesse sentido, a literatura aponta que a empatia, que é se colocar no lugar da outra pessoa, suspendendo julgamentos, promove a tolerância e a escuta ativa, promovendo as relações e as resoluções de problemas, além da aceitação (PENMAN; WILLIAMS, 2015; SIERRA *et al.* 2015; EBY *et al.*, 2019; FORTES *et al.*, 2019). A paciente passou a re-

latar que conseguiu se colocar no lugar de seus pais mais facilmente, tendo mais tolerância e mais assertividade nos conflitos familiares, confirmando assim a proposta da atenção plena de favorecer o desenvolvimento da empatia.

Em suma, ainda que os resultados tenham sido positivos e os objetivos alcançados, o presente trabalho não é suficiente para garantir a eficácia das técnicas de *Mindfulness* em transtornos de pânico, dada a sua dimensão em um recorte de estudo de caso. Recomenda-se que futuros trabalhos sejam desenvolvidos com essa temática, a fim de verificar a consistência dos achados.

CONCLUSÃO

A TCC vem demonstrando sua eficácia não somente no nível da regulação emocional dos pacientes submetidos à prática, mas também em nível neuronal, principalmente em situações ligadas ao transtorno de humor e à ansiedade. As técnicas e a forma de conduzir o caso na TCC formam um conjunto de fatores que tem grande potencial de efeito positivo para o paciente. A psicoeducação do modelo cognitivo, aliada à reestruturação cognitiva com aliança terapêutica consistente, impulsionou a melhora de suas relações familiares e sociais, além da diminuição significativa das crises e dos picos de ansiedade. A regulação emocional é uma forma de não reprimir ou negar a emoção, mas de experimentá-las de forma equilibrada, de forma que não traga prejuízos para o indivíduo ou o leve a comportamentos mais desadaptativos, como conflitos interpessoais prejudiciais para a vida familiar, social e pessoal.

O *Mindfulness* se mostrou funcional para promover mudanças significativas e promissoras a médio prazo, refletindo não somente na problemática de experiências do ataque de pânico, mas também nas relações interpessoais, vida acadêmica e evolução do autoconhecimento e da regulação emocional. Os resultados de *Mindfulness* a longo prazo podem ser uma nova sugestão de pesquisa para medir a eficiência que ele engloba nas diferentes áreas da vida de uma pessoa. A pesquisa se mostra limitada e corresponde apenas a um estudo de caso que deve ser ampliado para pesquisas maiores, com públicos diversificados. O objetivo da técnica de *Mindfulness* nos sintomas de transtorno do pânico se mostrou relevante quando demonstrado neste estudo.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, T. F.; DONADON, M. F.; BULLAMAH, S. K. Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de

manutenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 15, n. 1, p. 59-65, 2019.

APOLINÁRIO-HAGEN, J.; SALEWSKI, C. Internet-based cognitive behavioral therapy and online mindfulness training for panic disorder. In: Y. K. Kim (Ed.). *Psychology research progress*. Panic disorder: Assessment, management and research insights (p. 221-245). Nova Science Publishers, 2018.

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. 2013.

CIZIL, M. J.; BELUCO, A. C. R. As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão. *Revista Uningá*, v. 56, n. S1, p. 33-42, 2019.

CLARK, D. A. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Artmed Editora, 2012.

DAVID, D.; CRISTEA, I.; HOFMANN, S. G. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, v. 9, n. 4, 2018.

EBY, L. T.; ALLEN, T. D.; CONLEY, K. M.; WILLIAMSON, R. L.; HENDERSON, T. G.; MANCINI, V. S. Mindfulness-based training interventions for employees: A qualitative review of the literature. *Human Resource Management Review*, v. 29, n. 2, p. 156-178, 2019.

FORTES, P. M.; WILLHELM, A. R.; PETERSEN, C. S.; DE ALMEIDA, R. M. M. Mindfulness em crianças com ansiedade e depressão: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. *Contextos clínicos*, v. 12, n. 2, p. 584-598, 2019.

GARLAND, E. L.; BAKER, A. K.; RIQUINO, M. R.; PRIDDY, S. E. *Mindfulness-oriented recovery enhancement*. Handbook of Mindfulness-Based Programmes: Mindfulness Interventions from Education to Health and Therapy. 1 ed. Itai Ivztan, 2019.

GOISMAN, R. M.; WARSHAW, M. G.; KELLER, M. B. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry*, v. 156, n. 11, p. 1.819-1.821, 1999.

HARRINGTON, N.; PICKLES, C. Mindfulness and cognitive behavioral therapy: are they compatible concepts. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, v. 23, n. 4, p. 315-323, 2009.

- KIM, B.; CHO, S. J.; LEE, K. S.; LEE, J. Y.; CHOE, A. Y.; LEE, J. E.; LEE, S. H. Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. **Yonsei medical journal**, v. 54, n. 6, p. 1.454-1.462, 2013.
- KIM, B.; LEE, S. H.; KIM, Y. W.; CHOI, T. K.; YOON, K.; SUH, S. Y.; YOON, K. H. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 24, n. 6, p. 590-595, 2010.
- KIM, M. K.; LEE, K. S.; KIM, B.; CHOI, T. K.; LEE, S. H. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on intolerance of uncertainty in patients with panic disorder. **Psychiatry investigation**, v. 13, n. 2, p. 196, 2016.
- KOSZYCKI, D.; BENDER, M.; SHLIK, J.; BRADWEJN, J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. **Behaviour Research and Therapy**, v. 45, n. 10, p. 2.518-2.526, 2007.
- LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.
- LOPES, T. M.; VAZ DE CARVALHO, A. Terapia Cognitivo-Comportamental na síndrome de Burnout: contextualização e intervenções. Sinopsys, 2019. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 39, n. 97, p. 289-290, 2019.
- MCKAY, M.; WOOD, J. C.; BRANTLEY, J. **The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance**. 1. ed. New Harbinger Publications, 2019.
- MENEZES, C. B.; PEREIRA, M. G.; BIZARRO, L. Sitting and silent meditation as a strategy to study emotion regulation. **Psychology & Neuroscience**, v. 5, n. 1, p. 27, 2012.
- NICOLETTI, E. A.; DONADON, M. F. **Ciclos de manutenção em terapia cognitivo-comportamental: formulação de caso, plano de tratamento e intervenções específicas**. 1. ed. Sinopsys, 2019.
- OMIDI, A.; MOHAMMADKHANI, P.; MOHAMMADI, A.; ZARGAR, F. Comparing mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior therapy with treatments as usual on reduction of major depressive disorder symptoms. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 15, n. 2, p. 142, 2013.
- ONG, J. C.; SHAPIRO, S. L.; MANBER, R. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. **Behavior therapy**, v. 39, n. 2, p. 171-182, 2008.
- PENMAN, D.; WILLIAMS, M. **Atenção Plena Mindfulness como encontrar a paz em um mundo frenético**. 1. ed. Sextante editora, 2015.
- PORTO, P.; OLIVEIRA, L.; VOLCHAN, E.; MARI, J.; FIGUEIRA, I.; VENTURA, P. Evidências científicas das neurociências para a terapia cognitivo-comportamental. **Paidéia**, v. 18, n. 41, p. 485-494, 2008.
- RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. 2011.
- RIBEIRO, L. C.; BALESTRA, A. G.; NICOLETTI, Ê. A.; DONADON, M. F. A espiritualidade na flexibilização de pensamentos e crenças de uma paciente ansiosa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 2, p. 126-131, 2019.
- RODRIGUES, M. F.; NARDI, A. E.; LEVITAN, M. Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. **Trends in psychiatry and Psychotherapy**, v. 39, n. 3, p. 207-215, 2017.
- SANTANA, V. S.; GONDIM, S. M. G. Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, n. 1, p. 58-68, 2016.
- SCHÜTZE, R.; SLATER, H.; O'SULLIVAN, P.; THORNTON, J.; JONES, A. F.; REES, C. S. Mindfulness-Based Functional Therapy: a preliminary open trial of an integrated model of care for people with persistent low back pain. **Frontiers in psychology**, v. 5, p. 839, 2014.
- SEOL, E.; MIN, S.; SEO, S.; JUNG, S.; LEE, Y.; LEE, J.; CHOI, S. Drop the beat virtual reality based mindfulness and cognitive behavioral therapy for panic disorder: a pilot study. *In: Proceedings of the 23rd ACM Symposium on Virtual Reality Software and Technology*, p. 1-3, 2017.
- SIERRA, O. L.; URREGO, G.; MONTENEGRO, S. C. Estrés escolar y empatía en estudiantes de bachillerato practicantes de Mindfulness. **Cuadernos de Lingüística Hispánica**, n. 26, p. 175-197, 2015.
- SINGH, N. N.; LANCIONI, G. E.; WAHLER, R. G.; WINTON, A. S.; SINGH, J. Mindfulness approaches in cognitive behavior therapy. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 36, n. 6, p. 659-666, 2008.

SUNDQUIST, J.; LILJA, A.; PALMÉR, K.; MEMON, A. A.; WANG, X.; JOHANSSON, L. M.; SUNDQUIST, K. Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, v. 206, n. 2, p. 128-135, 2015.

TONEATTO, T.; PILLAI, S.; COURTICE, E. L. Mindfulness-enhanced cognitive behavior therapy for problem gambling: A controlled pilot study. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 12, n. 2, p. 197-205, 2014.

TOVOTE, K. A.; FLEER, J.; SNIPPE, E.; PEETERS, A. C.; EMMELKAMP, P. M.; SANDERMAN, R.; SCHROEVERS, M. J. Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. **Diabetes care**, v. 37, n. 9, p. 2.427-2.434, 2014.

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

WENZEL, A. **Inovações em Terapia Cognitivo-Comportamental: Intervenções Estratégicas para uma Prática Criativa**. Artmed Editora. 2018.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 253-265, 2018.

CURRÍCULOS

* Especialista em Terapia cognitiva pelo Centro de Terapia cognitiva CTC VEDA

** Mestre pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Docente do Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7327523027451974>

*** Doutora pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Docente do Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8553808669566010>