



**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE CURSO DE  
PSICOLOGIA**



Mateus Gottschall e Sá

**Redução dos sintomas do transtorno do pânico pela prática recorrente de *Mindfulness*  
através da MBCT**

São Paulo

2021

## RESUMO

**Introdução:** *Mindfulness* é uma prática que pode ser entendida como um exercício formal de meditação e um estado de consciência que busca focar a atenção no momento presente, com propósito e livre de julgamento. A prática desenvolve a capacidade de observar fenômenos ansiogênicos sem racionalizações. Indivíduos com diferentes transtornos podem se beneficiar da prática, inclusive transtornos de ansiedade e depressivos. Diversas terapias utilizam o *mindfulness* como uma ferramenta essencial, como a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) que é o foco dessa pesquisa. A MBCT é um programa de terapia que se dá em oito semanas de práticas grupais. **Objetivos:** A pesquisa busca demonstrar a efetividade do *mindfulness* como técnica de apoio à MBCT no tratamento de pacientes com transtorno do pânico, refletir sobre seus benefícios e entender se a prática promove alívio dos sintomas do transtorno. **Metodologia:** Foi feita uma revisão de literatura em que sete textos foram encontrados na plataforma *PubMed* que continham os termos "*panic*" e "MBCT" e de alguma forma tratassem do que a presente pesquisa se propõe a responder. **Discussão:** Os artigos encontrados foram dispostos de uma forma visual em uma tabela que disserta sobre suas metodologias e instrumentos utilizados. Após a tabela encontram-se os principais temas tratados em comum nos artigos, estes foram: "MBCT como terapia", "Habilidades aprendidas com MBCT ou *mindfulness*", "Não completude do programa MBCT ou contraindicações", "Utilização de medicamentos e trabalho com farmacoterapia", "Instrumentos aplicados" e "Eficácia da terapia MBCT/ níveis de ansiedade e pânico/ remissão do transtorno". **Considerações finais:** Reconhece-se a MBCT como uma prática que gera resultados positivos ao tratar de pessoas diagnosticadas com transtorno do pânico, nem sempre a remissão completa do transtorno é possível, mas o alívio de parte dos sintomas é alcançado. A pessoa passa a ter um entendimento do que acontece em momentos de ansiedade e crise e acaba lidando melhor com isso a partir das técnicas aprendidas. Alguns pontos ainda se mostram inconclusivos sobre a aplicação da MBCT, as contraindicações foram pouco abordadas, portanto dificultou-se o entendimento das limitações da abordagem e o trabalho aliado à farmacoterapia não se tornou claro em quais pacientes seriam necessárias a sua aplicação e o por quê. A pesquisa apresenta limitações considerando que quatro dos sete textos analisados foram produzidos pelo mesmo grupo. Tendo em vista futuras pesquisas, sugere-se que sejam realizadas com amostras maiores e randomizadas, com os devidos follow-ups e identifiquem os graus de transtorno do pânico em seus participantes, contribuindo para a sua melhor compreensão.

**Palavras-chave:** MBCT; *mindfulness*; transtorno do pânico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 A Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness e os benefícios da prática de mindfulness.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Mindfulness como enfrentamento do transtorno do pânico.....</b>	<b>9</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>5.1 Principais temas abordados nos artigos.....</b>	<b>17</b>
<i>5.1.1 MBCT como terapia.....</i>	<i>17</i>
<i>5.1.2 Habilidades aprendidas com MBCT ou mindfulness.....</i>	<i>17</i>
<i>5.1.3 Não completude do programa MBCT ou contraindicações.....</i>	<i>18</i>
<i>5.1.4 Utilização de medicamentos e trabalho com farmacoterapia.....</i>	<i>19</i>
<i>5.1.5 Instrumentos aplicados.....</i>	<i>20</i>
<i>5.1.6 Eficácia da terapia MBCT/ níveis de ansiedade e pânico/ remissão do transtorno.....</i>	<i>21</i>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*Mindfulness* (ou atenção plena) é uma prática trazida dos Estados Unidos (PINHO *et al.*, 2020) no final da década de 1970 por Kabat-Zinn. Pode ser entendida como um exercício formal de meditação e além disso, um estado de consciência que consiste em ater a atenção ao momento presente (SHAPIRO, *et al.*, 2020), com propósito e livre de julgamento. É um funcionamento da percepção diferente daquele denominado “piloto automático”, tendência geral das pessoas estarem desatentas, com reflexões e julgamentos que as alienam do mundo (VANDENBERGHE, SOUSA, 2006). Com a prática, a pessoa busca não ficar envolvida com lembranças ou pensamentos sobre o futuro e atém-se ao momento presente, que é observado com uma atitude curiosa, de abertura e aceitação. Shapiro *et al.* (2020) sugerem três axiomas da prática de *mindfulness*: intenção, atenção e atitude. A intenção é prestar atenção com propósito, trazendo clareza ao porquê da prática. A atenção é a observação do momento, de fatores internos e externos. A atitude se refere a prestar atenção ao modo específico praticado, com abertura, presença acolhedora e interesse. A prática pode ser adotada por qualquer um, independente de questões filosóficas particulares, religiosas ou culturais (FORSYTHE, 2013). É uma arte que se desenvolve com o tempo e treino. *Mindfulness* não é a busca de algum estado, mas sim estar onde já se está e atentar-se ao espectro da experiência de momento a momento. Existem as modalidades de prática formal e informal (PINHO, *et al.*, 2020), a primeira se refere à meditação, que permite o treino através da introspecção disciplinada. A prática informal corresponde à aplicação de *mindfulness* na vida cotidiana. Quanto maior dedicação à meditação e o tempo empreendido na atividade, maiores as chances de bons resultados na capacidade de aplicar a atenção plena em eventos cotidianos (PINHO *et al.*, 2020). As técnicas serão mencionadas adiante.

As raízes do *mindfulness* (PRUDENTE, 2014 apud VAZ, 2020) podem ser encontradas em manuscritos Upanishads (mais tarde chamado de Hinduísmo), que são textos pictográficos descobertos na Índia e datam aproximadamente 1500 anos antes de Cristo. Eram práticas utilizadas em tradições espiritualistas e como modos de contemplação em diversas sociedades e culturas do continente asiático.

*Mindfulness* desenvolve a capacidade de observar fenômenos incompatíveis com o relaxamento, sem julgamentos ou racionalizações (FORSYTHE, 2013). Indivíduos com depressão, transtorno do pânico, ansiedade generalizada, ansiedade social, uso abusivo de álcool e outras drogas, estresse pós-traumático, entre outros transtornos podem se beneficiar

da prática (PINHO *et al.*, 2020). A meditação obtém resultados promissores para a redução de ansiedade e depressão (PINHO *et al.*, 2020).

Existem terapias que se utilizam de *mindfulness* como uma ferramenta essencial, como a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT), que será explorada na pesquisa e se trata de um programa em grupo que se utiliza da Terapia Cognitivo-comportamental e técnicas de *mindfulness*. O *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) ou Terapia para Redução do Estresse Baseada em *Mindfulness* (FORSYTHE, 2013) foi elaborada em 1979, e por meio do programa *The Stress Reduction and Relaxation Program* (SR & RP) do Centro Médico da Universidade de Massachusetts, foca em redução de estresse e tratamento de transtornos de ansiedade principalmente àqueles pacientes com dificuldades de aderir a tratamentos médicos convencionais. Esta terapia será apenas citada na pesquisa, mas não o seu foco.

Os benefícios que provêm da prática estão associados à calma, clareza e estabilidade mental que são treinadas (MILLER, FLETCHER, KABAT-ZINN, 1995). Objetiva-se cultivar *mindfulness* em várias instâncias da vida do indivíduo, incluindo momentos de estresse. E com relação à prática, é indicado a recorrência diária. Uma vez que pode ser aplicado em praticamente todos os momentos da vida da pessoa, entende-se que se relaciona mais a um “modo de ser” do que a uma técnica.

Ainda é importante salientar que *mindfulness* deve ser ensinada por um instrutor com grande repertório e conhecimento do assunto, uma vez que mal conduzida ou incorporada pode vir a ser prejudicial ao praticante, causando maior ansiedade na pessoa (PINHO *et al.*, 2020). O instrutor deve entender os diferentes modos que seus clientes respondem ao *mindfulness* e ainda deve assistir na superação de obstáculos à prática (FORSYTHE, 2013). A prática ainda pode ser ensinada em ambientes e instituições desvinculadas da área clínica médica ou psicológica, como em cursos de meditação, ambientes corporativos ou educativos, como as escolas.

Como já relatado, a prática de *mindfulness* aliada a certos tipos de terapia busca o alívio de sintomas ansiogênicos e este artigo discorrerá sobre o transtorno do pânico e as possibilidades de tratamento envolvendo tal técnica. E como Vaz (2020) aponta, é necessário a avaliação do quadro clínico do paciente, visto que aqueles que se encontram em crise ou com distúrbios neurológicos devem ter um monitoramento específico e ainda devem realizar o tratamento convencional.

O transtorno do pânico, como dito no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5:

É um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: (...) 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou 'enlouquecer'. 13. Medo de morrer (APA, 2014).

Os ataques de pânico podem ser inesperados, ou seja sem um desencadeante óbvio ou podem ser esperados, casos em que existem indícios ou desencadeantes conhecidos. Eles podem acontecer em uma frequência mais alta, diariamente, por exemplo, podem ser moderados, um por semana, e por fim menos frequentes, com meses sem ataques. Nos Estados Unidos a idade média que ocorre o início do transtorno é de 20 a 24 anos, com pequeno número de casos iniciando na infância ou depois dos 45 anos. O transtorno do pânico tem uma prevalência alta em indivíduos com outros transtornos, sobretudo relacionados à ansiedade. Os ataques de pânico não devem ser diagnosticados se não envolvem a característica de um surto abrupto de intenso medo ou desconforto. O transtorno está associado a taxas mais elevadas de tentativas de suicídio e ideação suicida, níveis de incapacidade social, profissional e física. A ocorrência majoritária do transtorno do pânico se dá no gênero feminino. Está entre os transtornos mentais que envolvem o maior gasto de dinheiro (FORSYTHE, 2013), custos diretos envolvem medicações, idas emergenciais ao hospital e serviços médicos no geral. Custos indiretos não se referem a custos monetários, mas impactos negativos na vida da pessoa, como a perda do emprego e níveis mais elevados de problemas familiares, vocacionais e sociais. Estas pessoas apresentam maiores dificuldades no mantimento de seus empregos, devido a condições emocionais incapacitantes. Um fato que será refletido mais à frente na pesquisa é que enquanto alguns indivíduos encontram alívio dos sintomas, a maioria deles continua a experienciar sintomas pelo resto da vida (FORSYTHE, 2013).

Como Forsythe (2013) relata, o primeiro ataque de pânico geralmente acontece em um período de estresse ou de um evento específico estressante. O que mantém este transtorno se refere ao condicionamento, mais provavelmente o condicionamento clássico, em que o indivíduo aprende a relacionar pensamentos e sensações à experiência do pânico. O desenvolvimento da hiper consciência sobre essas sensações e pensamentos, permite a noção

catastrófica dos mesmos, levando a futuros ataques de pânico. A catastrofização retira o contato do indivíduo com o fenômeno físico e psicológico e o leva a pensar o que pode acontecer a seguir e o quão insuportável vai ser, acarretando a sensação de desamparo e de uma generalizada falta de controle. Essas sensações e pensamentos, associados à memórias passadas de ataques de pânico podem acarretar outros ataques de pânico, mantendo assim o quadro. Estratégias baseadas em *mindfulness* têm o potencial de quebrar este ciclo, ajudando indivíduos que não respondem bem aos tratamentos mais tradicionais.

Forsythe (2013) comenta que o transtorno do pânico costuma ser uma condição muito desgastante para a pessoa que a desenvolveu, podendo ser classificado como severo, moderado ou suave. Gera grande sofrimento psíquico e prejuízo funcional e em casos severos envolve tentativas de suicídio. Forsythe (2013) afirma que o transtorno pode ser comórbido com outros quadros, os principais são a agorafobia, distímia, fobia específica, estresse pós-traumático, fobia social e também pode ser desencadeador de quadros como a depressão.

O transtorno do pânico gera prejuízos na vida das pessoas que se não forem tratados podem se estender a longo prazo, tais quais a ansiedade e o descontrole que acontece nos momentos de crise, que geram grandes gastos energéticos devido a intensa atividade corporal (hiperexcitação), em que a homeostase interna do organismo é perturbada de um modo muito agudo (LIPP, 1999) e mantém a pessoa constantemente “esgotada”. Nos momentos sem crise, a pessoa pode desenvolver uma ansiedade de antecipação de que o próximo episódio acontecerá a qualquer momento (KIM *et al.*, 2016). A interpretação errônea de sensações corporais que levam ao pensamento catastrófico e a novas crises de pânico são patogênicos e distorcidos (KIM *et al.*, 2016). Por fim, o alto nível de ansiedade do quadro traz prejuízos atencionais, desequilíbrios fisiológicos, atrapalha o rendimento pessoal cotidiano e o contato social, além de promover comportamentos de evitação (tanto de pensamentos, como lugares, ou pessoas) que poderão limitar a vida da pessoa fortemente, pois ela estará cotidianamente fugindo destes sintomas (FORSYTHE, 2013). Como Boyd, Lanius e Mckinnon (2018) analisam o estresse pós-traumático, muitos pacientes com o transtorno do pânico compartilham de uma sensação generalizada de falta de controle da própria vida, entorpecimento emocional, culpa, vergonha e até dissociação.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness e os benefícios da prática de mindfulness**

O *mindfulness* como tratamento de questões psicológicas é sempre apresentado nas pesquisas e estudos sendo uma das ferramentas de uma certa terapia ou programa e nunca é apresentado independente destes. Como já relatado, apresenta diversos benefícios para aquela pessoa que a pratica recorrentemente. Portanto, se visar-se melhores resultados psicoterápicos, principalmente com relação ao transtorno do pânico, deve ser considerado o trabalho conjunto da prática psicoterapêutica.

A Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) foi originalmente desenvolvida para prevenir a recaída da depressão, mas atualmente é também utilizada em casos de transtorno de ansiedade (KIM *et al.*, 2016), como o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do estresse pós-traumático e o transtorno do pânico. Trata-se de uma abordagem que incorpora componentes da Terapia Cognitivo-comportamental e intervenções baseadas em *mindfulness* (MBIs) (BOYD, LANIUS, MCKINNON, 2018).

Enquanto a MBCT aplicada em pessoas com depressão trabalha com a ruminação de pensamentos e a prevenção de recaídas, a MBCT que foca no transtorno do pânico e transtorno de ansiedade generalizada busca reduzir preocupações e fobias (KIM *et al.*, 2013).

Veja-se o programa de 8 semanas de Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* para o transtorno do pânico descrito por Kim e colegas (2013) realizado no Departamento de Psiquiatria, no Centro Médico CHA Budang, da Universidade CHA (Coréia do Sul) entre 2006 e 2010. As sessões se dão no seguinte formato: “Sessão 1 Psicoeducação para o transtorno do pânico, piloto automático”, “Sessão 2 Lidando com barreiras”, “Sessão 3 *Mindfulness* da respiração”, “Sessão 4 Estando presente”, “Sessão 5 Permitindo/ deixando ser”, “Sessão 6 Pensamentos não são fatos”, “Sessão 7 Como eu posso melhor tomar conta de mim mesmo?” e “Sessão 8 Usando o que foi aprendido para lidar com futura ansiedade”. Cada sessão leva 90 minutos e os grupos foram formados por 12 participantes, os programas de MBCT costumam seguir o padrão de se realizar em 8 sessões. As técnicas ensinadas no programa incluem: o escaneamento corporal, espaço de três minutos de respiração, meditação sentado, caminhada *mindful*, abordagens cognitivas, educação sobre o transtorno do pânico e distorções cognitivas do quadro, lição de casa e encorajamento para o uso de *mindfulness* na vida cotidiana pela prática diária (KIM *et al.*, 2016). Os exercícios informais são aqueles praticados no cotidiano, com a atenção focada e sem julgamentos ou racionalizações.

Dados mostram que o *mindfulness* utilizado em tais práticas psicoterápicas traz resultados promissores de redução de níveis de ansiedade e até dos níveis de pânico de



pacientes com o transtorno do pânico. Como demonstrado pelo estudo de Kim e colegas (2016), os níveis de intolerância à incerteza (modo negativo de reagir que engloba, emoções, cognições e comportamentos) a eventos incertos, medidos pelo *Intolerance of Uncertainty Scale*, são substancialmente reduzidos pela MBCT.

## 2.2 Mindfulness como enfrentamento do transtorno do pânico

A prática engajada de *mindfulness* traz resultados significativos no aumento do bem-estar, qualidade de vida e redução de sintomas de ansiedade. Pode ser associada a menor sofrimento emocional (PINHO *et al.*, 2020) e estados mais positivos entre os usuários. Intervenções baseadas em *mindfulness* reduzem o risco de ideação suicida, aumentando habilidades de aceitação, de observação e autocompaixão, além de reduzir níveis de estresse.

Os comportamentos verbais, principalmente aqueles de racionalização e categorização são muito recorrentes no transtorno do pânico, e acabam mantendo o ciclo de funcionamento do quadro, por meio de pensamentos sobre a perda de controle. As percepções de sensações corporais benignas, analisadas por meio de comportamentos verbais, podem ser associadas a sinais de uma crise iminente (KIM *et al.*, 2016). *Mindfulness* pode ajudar com o enfraquecimento de diferentes contextos sócio-verbais patogênicos (VANDENBERGHE, SOUSA, 2006). Isso ocorre da seguinte forma: (1) desenvolvimento de habilidades de vivenciar conteúdos como realmente são, sem categorização ou atribuição de significados derivados de outras fontes; (2) O aprendizado do respeito à pensamentos e sentimentos tanto positivos como negativos; (3) O vivenciamento do momento sem o ato de racionalizar; (4) Reagir aos pensamentos pelo que são (nada mais que pensamentos), mesmo com relação àqueles com conteúdos desagradáveis. A pessoa passa a agir mais de acordo com seus valores e não sob controle dos contextos sócio-verbais (VANDENBERGHE, SOUZA, 2006).

Os pensamentos catastróficos ocorrem no transtorno do pânico devido à hiper valorização de sensações corporais e pensamentos associados a ataques de pânico prévios (FORSYTHE, 2013). Como já dito, o condicionamento clássico permite ao indivíduo fazer essa associação e acaba se iniciando um novo ataque. Pelo aprimoramento da prática a pessoa desenvolve uma percepção mais clara, as manifestações do corpo são observadas nas meditações e passam a ser sentidas por si só, sem classificações como positivas ou negativas (VANDENBERGHE, SOUZA, 2006). Por exemplo, em casos que o coração de uma pessoa que tem o transtorno de pânico começa acelerar e que pratica a meditação, o seu estado mental pode se manter tranquilo, menos reativo e catastrófico do que o de uma pessoa sem

essas noções práticas, a pessoa terá mais ferramentas para lidar com tranquilidade na situação. As associações das sensações corporais relacionadas ao pânico não são desfeitas, mas uma nova associação inibidora é formada (FORSYTHE, 2013). Portanto entende-se que a liberdade total dos sintomas não é sempre realista, mas a aceitação desenvolvida pelas intervenções com *mindfulness* é uma valiosa adição ao repertório psicológico da pessoa.

Os pensamentos que a pessoa tem, e o entendimento de que o que a pessoa pensa sobre si, não é uma representação correta da realidade. Torna-se evidente que os pensamentos são produções subjetivas (VANDENBERGHE, SOUSA, 2006), informações não necessariamente objetivas e confiáveis e que os pacientes ainda podem pensar diferentemente do que já fazem. Ou seja, autocríticas, pensamentos sobre si e pensamentos negativos são ouvidos, mas passam a ser entendidos apenas como pensamentos e não como realidade concreta. O praticante passa a observar como a experiência presente é severamente distorcida por hábitos e processos rotineiros atencionais (FORSYTHE, 2013). O cultivo da prática leva a mudanças de padrões de pensamentos e da relação com pensamentos, imagens e outros estímulos que entram na consciência. A pessoa passa a pensar mais conscientemente do que o modo automático permite. Outro ponto importante é que Baer (2003 apud FORSYTHE, 2013, p. 36) observa que o desenvolvimento da auto-observação leva à capacidade de reconhecimento precoce de sinais de problemas. Desenvolve-se uma maior conscientização de ações próprias, padrões emocionais e cognitivos (PINHO *et al.*, 2020), a pessoa observa melhor quando seus níveis de ansiedade aumentam, podendo assim fazer algo a respeito.

A prática permite uma maior regulação emocional e a habilidade de ser menos reativo aos acontecimentos da vida, experiências ansiogênicas são observadas e trabalhadas com mais efetividade, menos pânico ou medo (MILLER, FLETCHER, KABAT-ZINN, 1995). A clareza mental proporcionada facilita a flexibilidade cognitiva e reduz a automaticidade e reatividade (FORSYTHE, 2013). Padrões cognitivos se modificam e acontece uma menor necessidade de evitação de pensamentos negativos ou respostas com comportamentos evitativos. Os fenômenos são vistos como impermanentes, com menor peso e passarão por si só, portanto não devem ser temidos e evitados. *Mindfulness* enfatiza a aceitação de experiências negativas e desconfortáveis, sem tentar modificá-las ou escapar delas. A prática de *mindfulness* permite que os praticantes reconheçam e se desapeguem da ruminação de pensamentos, tornando-se conscientes disso e de seus sentimentos, de forma a não os supervalorizar (PINHO *et al.*, 2020). Outras melhorias estão nas capacidades comunicativas, e no desenvolvimento da empatia. Fisiologicamente observa-se diminuição em níveis de

cortisol, a pressão arterial e frequência cardíaca atingem níveis saudáveis. Por fim, Pinho *et al.* (2020) entende que os benefícios se estendem para questões psicológicas, emocionais, fisiológicas, sociais, físicas e ambientais.

### 3 OBJETIVOS

A pesquisa tem por objetivo demonstrar a efetividade de *mindfulness* enquanto técnica de apoio ao tratamento psicológico através da Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* de pacientes com o transtorno do pânico. E busca refletir sobre os benefícios pessoais decorrentes da sua prática recorrente. O problema de pesquisa proposto é o seguinte: a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* promoveria o alívio dos sintomas do transtorno do pânico?

### 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, foram conduzidas buscas na plataforma *PubMed* a partir dos termos definidos: “*panic*” (pânico) e “MBCT” (sigla de Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*).

A partir destes artigos buscou-se identificar a efetividade de *mindfulness* na Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* para a redução de ansiedade e sintomas do transtorno do pânico.

Foram lidos os resumos dos artigos encontrados a fim de entender se tinham relação com o que este artigo se propõe a responder. Aqueles artigos que contenham os termos definidos anteriormente serão selecionados para leitura integral e os dados que cabem à presente pesquisa serão articulados para comporem esse estudo.

Foram incluídos os artigos encontrados na plataforma *PubMed* que incluem os termos citados anteriormente, pesquisas publicadas entre 2009 a 2021. Ao todo foram encontrados 8 artigos, 7 deles foram escolhidos para comporem a revisão da presente pesquisa. O artigo “*Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study*” (YOOK *et al.*, 2008) não foi incluso para a análise no presente artigo, por tratar de outro transtorno que é a insônia.

A partir da leitura dos textos foi confeccionada uma tabela que está presente na discussão do trabalho, que trata da metodologia utilizada em cada um dos artigos e quais instrumentos foram utilizados em suas pesquisas, a fim de facilitar a organização e análise destes. Foram discutidos os principais temas encontrados em comum nestes textos, que

contribuem com a compreensão da MBCT e a sua possível atuação sobre o transtorno do pânico, eles foram numerados e receberam um título.

## **5 DISCUSSÃO**

Conforme foi explicitado segue-se a Tabela 1, nela encontram-se enumerados todos os artigos lidos encontrados na plataforma *PubMed* conforme a metodologia deste trabalho. As suas datas estão em ordem decrescente na tabela, pois assim o leitor conhecerá de antemão as produções mais atuais sobre o assunto até aquelas produzidas há mais tempo. Além do ano de publicação, a tabela conta com o nome dos autores, o título das pesquisas, em quais revistas foram publicadas, uma descrição breve do método empregado e instrumentos utilizados na análise das pesquisas.

Tabela 1 - Metodologias e instrumentos utilizados pelos artigos analisados

<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Revista</b>	<b>Método</b>	<b>Instrumentos</b>
2021	Antonova <i>et al.</i>	1) Coping With COVID-19: Mindfulness-Based Approaches for Mitigating Mental Health Crisis	Frontiers in Psychiatry	Sem método.	Sem instrumentos utilizados.
2020	Apolinário-Hagen, Drüge, Fritsche.	2) Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches	Advances in Experimental Medicine and Biology	Sem método.	Sem instrumentos utilizados.

2020	Ninomiya <i>et al.</i>	3) Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care-settings: A randomized controlled trial	Psychiatry and Clinical Neurosciences	Foram selecionados <b>57 pacientes entre 20 e 75 anos</b> com diagnóstico de transtorno do pânico/agorafobia e ansiedade social. Foram excluídos 17 pacientes por não corresponderem aos critérios da pesquisa. Randomicamente foram selecionados 20 pacientes para o grupo de MBCT e 20 para o grupo controle. Em <b>8 sessões semanais de 2 horas</b> de MBCT, formada por <b>10 participantes</b> aprenderam-se <b>práticas de mindfulness</b> e <b>abordagens cognitivas</b> , também foi solicitada a <b>prática em casa</b> . A partir dos instrumentos avaliou-se a diferença entre a linha de base, a semana 4 e a pós intervenção.	<b>CES-D, EQ-5D, FFMQ, LSAS, MIA, K6, STAI e SF-12.</b>
2016	Kim <i>et al.</i>	4) Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder	Psychiatry Investigation	Foram selecionados <b>69 pacientes entre 18 e 65 anos</b> com diagnóstico de transtorno do pânico com ou sem agorafobia. Foram excluídos 14 pacientes por não corresponderem aos critérios da pesquisa e 7 por terem falhado em comparecer em 7 sessões ou mais. Os participantes tomaram os seguintes medicamentos para participarem da pesquisa: <b>escitalopram, paroxetina, sertralina, alprazolam e clonazepam</b> . Em <b>8 sessões semanais de 90 minutos</b> de MBCT, formada por <b>8 participantes</b> , inclui <b>psicoeducação</b> sobre causas, sintomas, modelos cognitivos e distorções cognitivas, <b>técnicas de mindfulness</b> e <b>práticas em casa</b> . A partir dos instrumentos avaliou-se a diferença entre a linha de base e após as 8 semanas do programa.	<b>K-BDI, IUS e PDSS-SR.</b>

2013	Kim <i>et al.</i>	5) Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder	Yonsei Medical Journal	Foram selecionados <b>80 pacientes entre 20 e 60 anos</b> com diagnóstico de transtorno do pânico com ou sem agorafobia. Os participantes tomaram os seguintes medicamentos para participarem da pesquisa: <b>paroxetina, escitalopram ou venlafaxina e alprazolam, diazepam ou clonazepam</b> . Em <b>8 sessões semanais de 90 minutos</b> de MBCT, formada por <b>12 participantes</b> , inclui <b>técnicas de mindfulness, abordagens cognitivas, educação sobre o transtorno, distorções cognitivas e práticas em casa</b> , incluindo um CD de áudio. A partir dos instrumentos avaliou-se a diferença entre a linha de base e após as 8 semanas do programa.	<b>ASI-R, HAM-A, HAM-D, PDSS, SCID-I e SCID-II.</b>
2010	Kim <i>et al.</i>	6) Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder	Journal of Anxiety Disorders	Foram selecionados <b>31 pacientes entre 20 e 60 anos</b> com diagnóstico de transtorno do pânico com ou sem agorafobia. Foram excluídos 8 pacientes por não corresponderem aos critérios da pesquisa. Os pacientes tomaram os seguintes medicamentos para participarem da pesquisa: <b>paroxetina, venlafaxina, escitalopram, alprazolam e clonazepam</b> . Em <b>8 sessões semanais de 90 minutos</b> de MBCT, formada por <b>10 participantes</b> , inclui a <b>aplicação do programa e tarefas de casa</b> , incluindo um CD de áudio. A partir dos instrumentos avaliou-se a diferença entre a linha de base e as semanas 2, 4 e 8.	<b>APPQ, ASI-R, BAI, BDI, HAM-A, HAM-D, PDSS e SCID-I.</b>

2009	Kim <i>et al.</i>	7) Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder	Depression and Anxiety	Foram selecionados <b>63 pacientes entre 20 e 60 anos</b> com diagnóstico de transtorno do pânico ou transtorno de ansiedade generalizada. Foram excluídos 7 pacientes por não corresponderem aos critérios da pesquisa. Os pacientes tomaram os seguintes medicamentos para participarem da pesquisa: <b>paroxetina, escitalopram, venlafaxina e alprazolam</b> . 24 pacientes participaram do grupo de MBCT e 22 deles participaram do programa de educação do transtorno de ansiedade (ADE). Em 8 <b>sessões semanais de 90 minutos</b> de MBCT, formada por <b>8 a 12 participantes</b> , inclui <b>técnicas de mindfulness, abordagens cognitivas, educação sobre os dois transtornos abordados</b> e suas <b>distorções cognitivas e tarefas de casa</b> , incluindo um CD de áudio. A partir dos instrumentos avaliou-se a diferença entre a linha de base e as semanas 2, 4 e 8.	<b>BAI, BDI, HAM-A, HAM-D, SCID-I e SCL-90-R.</b>
------	-------------------	---	------------------------	--	---



## 5.1 Principais temas abordados nos artigos

### 5.1.1 MBCT como terapia

Entre os textos analisados alguns aprofundam no que é dito sobre o programa MBCT, outros se atêm a uma explicação geral de que se trata de uma prática que utiliza-se do *mindfulness* em terapias grupais e relaciona-se ao que já foi comentado anteriormente. O texto 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021) traz a noção de que a MBCT está alinhado à tradição Tibetana Budista Dzogchen e Mahamudra e que pela meditação não busca atingir algum estado específico e busca estar de uma forma centrada no presente livre de reações emocionais (DUNNE, 2011 apud ANTONOVA *et al.*, 2021). O texto 3 (NINOMIYA *et al.*, 2020) reflete que por se tratar de uma terapia em grupo acaba tendo um custo benefício maior que sessões individuais de CBT. Por fim, o texto 6 (KIM *et al.*, 2010) comenta que a proposta central do seu programa de MBCT que trata o transtorno do pânico baseia-se em se descentralizar da distorção cognitiva promovida pelo transtorno, mantendo a atenção e aceitação do momento. Sendo assim um modo diferente de lidar com as preocupações e fobias, são almeçadas no programa mudanças cognitivas e comportamentais.

### 5.1.2 Habilidades aprendidas com MBCT ou mindfulness

Os textos que tratam sobre *mindfulness* e MBCT e falam sobre sua eficácia, tendem a discutir as habilidades desenvolvidas a partir das práticas. Os 7 textos analisados têm em comum a perspectiva de que a prática de *mindfulness* permite uma abertura experiencial e um modo de observar as coisas descentralizado de julgamentos e preconceitos, a partir de uma aceitação de sentimentos, sensações corporais e pensamentos exatamente como eles são.

Os textos 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021) e 6 (KIM *et al.*, 2010) comentam da melhora na autorregulação da atenção, permitindo que a pessoa esteja vivenciando situações que possam causar ansiedade de um modo mais eficaz ao invés de ficar tomada por pensamentos que causem medo. O texto 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021) comenta sobre a “mente do iniciante” permitida pela prática e se refere a experienciar com abertura até as coisas mais mundanas e eventos mentais repetitivos como novos, frescos e sem preconceitos (ANTONOVA, CHADWICK, KUMARI, 2015 apud ANTONOVA *et al.*, 2021), a pessoa se torna menos impulsiva pela necessidade de novas experiências cada vez mais estimulantes devido a maior apreciação do mundano (LAROWE *et al.*, 2006 apud ANTONOVA *et al.*, 2021). Os praticantes experientes apresentam pensamentos mais divergentes e criativos (BERKOVICH-OHANA *et al.*, 2017 apud ANTONOVA *et al.*, 2021). O texto 2 comenta

sobre a redução da captura da atenção em eventos mentais e caso ocorra de uma forma ansiogênica, o não envolvimento é mais facilmente permitido pelo aprimoramento do controle executivo (FOGLIATI *et al.*, 2016 apud APOLINÁRIO-HAGEN, DRÜGE, FRITSCHÉ, 2020). O texto 1 comenta que o autorreferenciamento ou a prática de se identificar com os pensamentos é reduzida, estes são percebidos como eventos passageiros (CHAMBERS, GULLONE, ALLEN 2009 apud ANTONOVA *et al.*, 2021). O texto ainda comenta como essa prática pode ser benéfica para o momento de incertezas da pandemia do COVID-19, permitindo a aceitação do desconfortável, das dificuldades e das experiências dolorosas e a vivência na forma como elas se apresentam, sem julgamento, estando presente até que elas estejam prontas para ir e novas experiências sejam possíveis. *Mindfulness* promove bem estar psicológico através da redução do neuroticismo com as habilidades de não julgar e ser menos reativo e promove o aumento da autocompaixão. A autocompaixão é um componente chave da MBCT ao lidar com pensamentos negativos (KUYKEN *et al.*, 2010 apud ANTONOVA *et al.*, 2021).

O texto 4 (KIM *et al.*, 2016) comenta que pela psicoeducação da MBCT os pacientes passam a entender o seu jeito de pensar, a catastrofização e a má interpretação proporcionada pelo transtorno e, atentando-se a sensações físicas, os pacientes podem se desapegar de maiores catastrofizações. O texto 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021) comenta que a partir da prática formal desenvolvem-se aspectos que se estendem para a vida como o melhor aproveitamento de hobbies, aprimoramento de interações inter pessoais e engajamento social. Os textos 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021), 4 (KIM *et al.*, 2016), 5 (KIM *et al.*, 2013) e 6 (KIM *et al.*, 2010) comentam que fobias e preocupações são reduzidas a partir dessa abertura experiencial, pois o praticante desenvolve a perspectiva de maior aceitação de sensações, pensamentos e situações. Entende-se que o contexto psicológico em que estes eventos são experienciados é mudado e permite-se uma maior tolerância afetiva. Ainda é citado no texto 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021 apud KLUSSMAN, NICHOLS, LANGER, 2020) que através do *Mindfulness* encontra-se maior sensação de significado.

### **5.1.3 Não completude do programa MBCT ou contraindicações**

Os textos 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021), 2 (APOLINÁRIO-HAGEN, DRÜGE, FRITSCHÉ, 2020) e 5 (KIM *et al.*, 2013) comentam sobre aspectos que podem dificultar a completude do programa e ainda a contraindicação para certos pacientes. Inicia-se pela afirmação do texto 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021) que as pessoas têm a ideia errônea de que

apenas após uma extensa carga de horas de prática poderão ser observados os benefícios, isso pode se tornar um empecilho para o início da prática. O texto 5 (KIM *et al.*, 2013) observou os motivos da não completude do programa de MBCT das pessoas avaliadas, estes foram: baixa motivação ou insatisfação com o programa, dificuldades externas e abandono do tratamento devido a melhora dos sintomas. Tanto o texto 2 (APOLINÁRIO-HAGEN, DRÜGE, FRITSCHÉ, 2020) como o 5 (KIM *et al.*, 2013) observaram que pacientes com comorbidade de transtornos de personalidade estão significativamente relacionados à não completude do programa e pessoas com doenças mentais severas podem ter experiências prejudiciais com a prática. O texto 2 (CRESWELL, 2017 apud APOLINÁRIO-HAGEN, DRÜGE, FRITSCHÉ, 2020) relata diversas contra-indicações da prática de terapias baseadas em *mindfulness*, eventos adversos podem envolver: agitação e desconforto durante as práticas formais, ainda é dito que a percepção de estímulos e variações no interior do corpo podem provocar novas crises de pânico, outros efeitos secundários podem ser o aumento da ruminação e sofrimento aumentado (GAYNOR, 2014 apud APOLINÁRIO-HAGEN, DRÜGE, FRITSCHÉ, 2020). Ainda é citado que pode agravar problemas emocionais como a ansiedade, depressão, psicose e confronto com traumas relacionados à infância (FARIAS, WIKHOLM, 2016 apud APOLINÁRIO-HAGEN, DRÜGE, FRITSCHÉ, 2020)

#### **5.1.4 Utilização de medicamentos e trabalho com farmacoterapia**

Os textos 4 (KIM *et al.*, 2016), 5 (KIM *et al.*, 2013), 6 (KIM *et al.*, 2010) e 7 (KIM *et al.*, 2009) realizaram intervenções medicamentosas nos sujeitos que participaram das pesquisas, tendo todos eles utilizado antidepressivos previamente ao início das intervenções e também ansiolíticos, com exceção do texto 3 (NINOMIYA *et al.*, 2020) que fez a utilização de antidepressivos e psicotrópicos em grupos controle que durante a pesquisa não passaram pela MBCT. Os antidepressivos utilizados nas pesquisas foram os seguintes: escitalopram, paroxetina, sertralina e venlafaxina. Os ansiolíticos utilizados foram os seguintes: alprazolam, clonazepam e diazepam. Os artigos comentam que os participantes foram monitorados por técnicos treinados quanto à aderência do programa medicamentoso e as dosagens dos medicamentos não foram alteradas durante o percurso. O texto 7 (KIM *et al.*, 2009) realizou um acompanhamento medicamentoso de 6 meses prévio ao programa de MBCT, aqueles pacientes que não tiveram remissão dos sintomas foram incluídos no programa e mantiveram os medicamentos durante o período da terapia, e após a sua completude, a maior parte dos sujeitos teve a remissão dos sintomas.

### 5.1.5 Instrumentos aplicados

Em 5 textos analisados houve a aplicação de instrumentos de mensuração de dados aplicados com os participantes, ferramentas que permitem o desenvolvimento da pesquisa e finalmente suas conclusões. Será explicado brevemente o que cada instrumento avalia, mas para mais informações recomenda-se fazer a leitura dos textos apresentados na Tabela 1. Os instrumentos utilizados foram:

1. *Albany Panic and Phobia Questionnaire* (APPQ) é utilizada para avaliar o medo de atividades que podem eliciar sensações físicas em pacientes com pânico.
2. *Anxiety Sensitivity Inventory-Revised* (ASI-R) é utilizada para avaliar a severidade da sensibilidade à ansiedade.
3. *Beck Anxiety Inventory* (BAI) é um questionário de autorrelato que avalia a intensidade dos sintomas de ansiedade cognitivos e físicos durante a última semana.
4. *Beck Depression Inventory* (BDI) é um questionário de autorrelato que avalia sintomas depressivos em populações neurotípicas e psiquiátricas, também foi utilizada a sua versão coreana (K-BDI).
5. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) é uma escala de autorrelato que mensura a sintomatologia depressiva na população geral.
6. *EuroQol 5-Dimension Instrument* (EQ-5D) provê um perfil descritivo e simples sobre o estado de saúde de quem for submetido a análise.
7. *Five-Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) provê scores de subescalas sobre *mindfulness* e inclui as 5 facetas: observar, descrever, agir com consciência, não julgar a experiência interior e não reatividade à experiência interior.
8. *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) é uma escala utilizada para identificar a gravidade dos sintomas de ansiedade.
9. *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) é uma escala utilizada para identificar a gravidade dos sintomas depressivos.

10. *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS) é utilizada para avaliar a intolerância à incerteza nos pacientes em um âmbito emocional, cognitivo e comportamental.

11. *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) é um instrumento que assiste no diagnóstico do transtorno de ansiedade social a partir da avaliação de uma gama de interações sociais e situações de desempenho temidas pelo paciente.

12. *Mobility Inventory for Agoraphobia* (MIA) permite uma medição a partir do autorrelato sobre a evitação agorafóbica e frequência de ataques de pânico.

13. *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS) é um questionário utilizado para avaliar a severidade do transtorno do pânico.

14. *Panic Disorder Severity Scale - Self Report* (PDSS-SR) mensura a partir de autorrelatos sintomas do transtorno do pânico e sua intensidade.

15. *Six-Item Kessler Psychological Distress Scale* (K6) é uma escala que discrimina casos de doenças mentais de não casos.

16. *State - Trait Anxiety Inventory* (STAI) é uma escala utilizada para medir estados e traços de ansiedade e distingui-los de sintomas depressivos.

17. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) é uma entrevista semiestruturada que realiza diagnósticos do Eixo I do DSM-IV (APA, 1994) sobre transtornos clínicos, incluindo transtornos mentais, como transtornos do desenvolvimento e aprendizado.

18. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II) é uma entrevista semiestruturada que realiza diagnósticos do Eixo II do DSM-IV (APA, 1994) sobre transtornos de personalidade ou invasivos.

19. *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) é um questionário de autorrelato sobre sofrimento psicológico e sintomas de psicopatologias.

20. *Twelve-Item Short Form Health Survey* (SF-12) consiste em uma escala construída para pesquisar o estado de saúde e qualidade de vida.

#### **5.1.6 Eficácia da terapia MBCT/ níveis de ansiedade e pânico/ remissão do transtorno**

Os sete artigos reconhecem MBCT como uma prática que se mostra eficaz em pacientes com transtorno do pânico, vale notar que foi citado recorrentemente que a

farmacoterapia como uma aliada pode trazer ótimos resultados. A remissão do transtorno é atingida em alguns casos e isso é avaliado por *follow-ups* que se dão 1 ano após a completude do programa de MBCT, tendo o texto 6 (KIM *et al.*, 2010) demonstrado que 65% dos pacientes avaliados tiveram essa remissão. Ainda que não seja alcançada a total remissão do transtorno, a severidade do quadro e diversos sintomas incapacitantes são aliviados, como a sensibilidade à ansiedade e a intolerância à incerteza, o que consequentemente reduz ansiedade antecipatória e comportamentos de esquiva. Os textos 2 (APOLINÁRIO-HAGEN, DRÜGE, FRITSCHÉ, 2020), 5 (KIM *et al.*, 2013) e 6 (KIM *et al.*, 2010) analisados também comentam sobre a diminuição na catastrofização cognitiva, preocupações e fobias. O texto 6 (KIM *et al.*, 2010) comenta que o curso do transtorno pode ser alterado pela MBCT e o transtorno pode ser manejado com mais eficácia através da maior tolerância à ansiedade e a autorregulação da atenção. O texto 7 (KIM *et al.*, 2009) que é um estudo que submeteu pacientes diagnosticados com transtorno do pânico ou transtorno de ansiedade generalizada em grupos de MBCT ou no programa de educação do transtorno de ansiedade (ADE) observaram grandes melhoras nas escalas de ansiedade para os pacientes do grupo de MBCT em comparação aos grupos de ADE; tendo tido 16 pacientes dos 24 que passaram pelo programa de MBCT a remissão dos sintomas e nenhum dos 22 que passaram pelo grupo de ADE alcançado a remissão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da leitura dos 7 textos encontrados através da busca na plataforma *PubMed* proposta na metodologia, reconhece-se a MBCT como uma prática que gera resultados positivos ao tratar de pessoas diagnosticadas com transtorno do pânico. Nem sempre a remissão completa do transtorno é possível, mas o alívio de parte dos sintomas é alcançado. E principalmente pela psicoeducação e técnicas aprendidas com o programa permite-se a pessoa ter um melhor entendimento do que acontece com ela em momentos de ansiedade ou de crise de pânico e por fim acaba lidando melhor com estes momentos de dificuldade caso se manifestem. O *Mindfulness* como prática isolada traz diversos benefícios, mas principalmente o fato de o programa MBCT promover a psicoeducação e apresentar uma estrutura mais voltada para o combate do transtorno do pânico, essa terapia acaba sendo mais recomendada do que só a meditação. E como já comentado, por se tratar de um transtorno que pode vir a ser muito incapacitante, recomenda-se o trabalho aliado à psicoterapia, que não se limita a um número de sessões como o programa MBCT e que pode ser mantido em diferentes momentos da vida.

Alguns pontos ainda se mantêm inconclusivos quanto às possibilidades de aplicação da MBCT. As contra indicações da prática são citadas em apenas um dos textos, o que dificulta o entendimento das limitações da abordagem pesquisada e permite o questionamento da baixa recorrência deste tema importante na literatura do assunto. O texto 1 (ANTONOVA *et al.*, 2021) comenta que a pesquisa no que concerne a “aspectos negativos” da prática precisa ser ampliada e deve ser feita uma clara diferenciação do que seria considerado negativo, o que deve ser cuidadosamente formulado, uma vez que depende de cada cultura o que é considerado bom ou ruim.

Quanto ao trabalho aliado à farmacoterapia, mesmo tendo sido abordado recorrentemente que foram utilizados medicamentos nas pesquisas, e quais foram estes, não se pode concluir em quais casos são necessárias a sua utilização e o porquê, uma vez que as pesquisas medicaram grupos sem ter feito diferenciação entre a gravidade do transtorno de cada um.

A presente pesquisa apresenta limitações, considerando que 4 dos 7 textos analisados foram produzidos pelo mesmo grupo de pesquisadores, com diversos autores em comum, isto diminui a variedade de produções científicas uma vez que os textos acabaram tendo um viés de raciocínio muito próximos um do outro, incluindo suas metodologias e dados articulados.

Para a realização de futuras pesquisas sobre MBCT e sua aplicação com pacientes com o transtorno do pânico sugere-se que as metodologias sejam realizadas com amostras maiores e randomizadas, com os devidos *follow-ups* dos tratamentos, e identifiquem o grau de complexidade do transtorno do paciente a fim de se entender cada vez mais a efetividade deste tratamento e as suas limitações para os diferentes tipos e demandas de pacientes.



## REFERÊNCIAS

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. **DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTONOVA, Elena; CHADWICK, Paul; KUMARI, Veena. More Meditation, Less Habituation? The Effect of Mindfulness Practice on the Acoustic Startle Reflex. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 10, n. 6, 2015. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133099>. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123512>. Acesso em: 25 nov. 2021.

ANTONOVA, Elena; SCHLOSSER, Karoly; PANDEY, Rakesh; KUMARI, Veena. Coping With COVID-19: Mindfulness-Based Approaches for Mitigating Mental Health Crisis. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 12, 2021. DOI 10.3389/fpsy.2021.563417. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33833695/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

APOLINÁRIO-HAGEN, Jennifer; DRÜGE, Marie; FRITSCHÉ, Lara. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, [S. l.], p. 291-329, 2020. DOI 10.1007/978-981-32-9705-0\_17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32002935/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BAER, Ruth A. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. **Clinical Psychology: Science and Practice**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 125-143, 2003. DOI <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2003-03824-001>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BERKOVICH-OHANA, Aviva; GLICKSOHN, Joseph; BEN-SOUSSAN, Tal Dotan; GOLDSTEIN, Abraham. Creativity Is Enhanced by Long-Term Mindfulness Training and Is Negatively Correlated with Trait Default-Mode-Related Low-Gamma Inter-Hemispheric Connectivity. **Mindfulness**, [S. l.], p. 717-727, 2017. DOI <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0649-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-016-0649-y#citeas>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BOYD, Jenna E.; LANIUS, Ruth A.; MCKINNON, Margaret C. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, [S. l.], v. 43, n. 1, p. 7–25, 2018. DOI 10.1503/jpn.170021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5747539/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

CHAMBERS, Richard; GULLONE, Eleonora; ALLEN, Nicholas B. Mindful emotion regulation: An integrative review. **Clinical Psychology Review**, [S. l.], v. 29, n. 6, p. 560-572, 2009. DOI 10.1016/j.cpr.2009.06.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19632752/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

CRESWELL, J. David. Mindfulness Interventions. **Annual Review of Psychology**, Pittsburgh, v. 68, p. 491-516, 2017. DOI <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716->

051139. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-psych-042716-051139>. Acesso em: 25 nov. 2021.

DUNNE, John. Toward an understanding of non-dual mindfulness. **Contemporary Buddhism**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 71-88, 2011. DOI <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564820>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14639947.2011.564820?journalCode=rcbh20>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FARIAS, Miguel; WIKHOLM, Catherine. Has the science of mindfulness lost its mind?. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, [S. l.], v. 40, n. 5, p. 329-332, 2016. DOI 10.1192/pb.bp.116.053686. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/309477311\\_Has\\_the\\_science\\_of\\_mindfulness\\_lost\\_its\\_mind](https://www.researchgate.net/publication/309477311_Has_the_science_of_mindfulness_lost_its_mind). Acesso em: 25 nov. 2021.

FOGLIATI, V. J.; DEAR, B. F.; STAPLES, L. G.; TERIDES, M. D.; SHEEHAN, J.; JOHNSTON, L.; KAYROUZ, R.; DEAR, R.; MCEVOY, P. M.; TITOV, N. Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for panic disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. **Journal of Anxiety Disorders**, [S. l.], v. 39, p. 88-102, 25 nov. 2016. DOI 10.1016/j.janxdis.2016.03.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27003376/#affiliation-1>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FORSYTHE, Samantha M. **Integrating mindfulness and cognitive-behavioral therapy for Panic Disorder: A theoretically-based treatment manual**. 2013. Theses (Doctoral dissertation, School of Professional Psychology) - Pacific University, [S. l.], 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/48859893.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

GAYNOR, Keith. A critical review of mindfulness-based psychological treatments for worry and rumination. **OA Behavioural Medicine**, [S. l.], v. 2, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/313549613\\_A\\_critical\\_review\\_of\\_mindfulness-based\\_psychological\\_treatments\\_for\\_worry\\_and\\_rumination](https://www.researchgate.net/publication/313549613_A_critical_review_of_mindfulness-based_psychological_treatments_for_worry_and_rumination). Acesso em: 25 nov. 2021.

KIM, Borah; CHO, Sung Joon; LEE, Kang Soo; LEE, Jun-Yeob; CHOE, Ah Young; LEE, Ji Eun; CHOI, Tai Kiu; LEE, Sang-Hyuk. Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. **Yonsei Medical Journal**, [S. l.], v. 54, n. 6, p. 1454-1462, 2013. DOI 10.3349/ymj.2013.54.6.1454. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24142651/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

KIM, Borah; LEE, Sang-Hyuk; KIM, Yong Woo; CHOI, Tai Kiu; YOOK, Keunyoung; SUH, Shin Young; CHO, Sung Joon; YOOK, Ki-Hwan. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 590-595, 2010. DOI 10.1016/j.janxdis.2010.03.019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20427148/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

KIM, Min Kuk; LEE, Kang Soo; KIM, Borah; CHOI, Tai Kiu; LEE, Sang-Hyuk. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder. **Psychiatry Investigation**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 196-202, 2016. DOI

10.4306/pi.2016.13.2.196. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27081380/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

KIM, Yong Woo; LEE, Sang-Hyuk; CHOI, Tae Kyou; SUH, Shin Young; KIM, Borah; KIM, Chan Mo; CHO, Sung Joon; KIM, Myo Jung; YOON, Keunyoung; RYU, Mi; SONG, Su Kyung; YOON, Ki-Hwan. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. **Depression and Anxiety**, [S. l.], v. 26, n. 7, p. 601-606, 2009. DOI 10.1002/da.20552. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19242985/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

KLUSSMAN, Kristine; NICHOLS, Austin Lee; LANGER, Julia. The Role of Self-Connection in the Relationship between Mindfulness and Meaning: A Longitudinal Examination. **Applied Psychology Health and Well-Being**, [S. l.], v. 12, n. 5, 2020. DOI 10.1111/aphw.12200. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340919929\\_The\\_Role\\_of\\_Self-Connection\\_in\\_the\\_Relationship\\_between\\_Mindfulness\\_and\\_Meaning\\_A\\_Longitudinal\\_Examination](https://www.researchgate.net/publication/340919929_The_Role_of_Self-Connection_in_the_Relationship_between_Mindfulness_and_Meaning_A_Longitudinal_Examination). Acesso em: 25 nov. 2021.

KUYKEN, Willem; WATKINS, Ed; HOLDEN, Emily; WHITE, Kat; TAYLOR, Rod S.; BYFORD, Sarah; EVANS, Alison; RADFORD, Sholto; TEASDALE, John D.; DALGLEISH, Tim. How does mindfulness-based cognitive therapy work? **Behaviour Research and Therapy**. v. 48, n. 11, p. 1105-1112, 2010. DOI <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796710001774>. Acesso em: 25 nov. 2021.

LAROWE, Steven D.; PATRICK, Cristopher J.; CURTIN, John J.; KLINE, John P. Personality correlates of startle habituation. **Biological Psychology**, v. 72, n. 3, p. 257-264, 2006. DOI 10.1016/j.biopsycho.2005.11.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16406215/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **O Stress está dentro de você**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

MILLER, John J.; FLETCHER, Ken; KABAT-ZINN, Jon. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. **General Hospital Psychiatry**, v. 17, n. 3, p. 192-200, 1995. DOI [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(95\)00025-M](https://doi.org/10.1016/0163-8343(95)00025-M). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/016383439500025M>. Acesso em: 25 nov. 2021.

NINOMIYA, Akira; SADO, Mitsuhiro; PARK, Sunre; FUJISAWA, Daisuke; KOSUGI, Teppei; NAKAGAWA, Atsuo; SHIRAHASE, Joichiro; MIMURA, Masaru. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings: A randomized controlled trial. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, [S. l.], v. 74, n. 2, p. 132-139, 2020. DOI 10.1111/pcn.12960. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31774604/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PINHO, Paula Hayasi; CARNEVALLI, Lígia Maffei; SANTOS, Renata Oliveira; LACERDA, Luanna Carolyne Silva De. Mindfulness no contexto dos transtornos mentais: uma revisão integrativa. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 105-117, 2020. DOI <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166027>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/166027>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PRUDENTE, B. História da meditação: das tradições do antigo oriente à ciência do século xxi. **Scientiarum Historia VII**, 2014. Disponível em: <https://docplayer.com.br/49139956-Historia-da-meditacao-das-tradicoes-do-antigo-oriente-a-ciencia-do-seculo-xxi.html>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SHAPIRO, Shauna L.; CARLSON, Linda E.; ASTIN, John A.; FREEMAN, Benedict. Mecanismos de Mindfulness. **Ciência Contemplativa**, 2020. Disponível em: [https://cienciacontemplativa.org/mecanismos-de-mindfulness/#:~:text=4\)%20E2%80%93%20incorpora%20os%20tr%C3%AAs%20axiomas,atitude%20\(qualidades%20em%20mindfulness\)](https://cienciacontemplativa.org/mecanismos-de-mindfulness/#:~:text=4)%20E2%80%93%20incorpora%20os%20tr%C3%AAs%20axiomas,atitude%20(qualidades%20em%20mindfulness)). Acesso em: 25 nov. 2021.

VANDENBERGHE, Luc; SOUSA, Ana Carolina Aquino de. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 35-44, 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 nov. 2021.

VAZ, Jhônica Raiane Delgado Amorim. **MINDFULNESS: Tratamento alternativo para estresse e ansiedade**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) - Centro Universitário São Lucas, Paraná, 2020. Disponível em: <http://repositorio.saolucasjiparana.edu.br:8080/bitstream/123456789/589/1/Jh%C3%B4nica%20Raiane%20Delgado%20Amorim%20Vaz%20-%20MINDFULNESS%20Tratamento%20alternativo%20para%20estresse%20e%20ansiedad e.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

YOOK, Keunyoung; LEE, Sang-Hyuk; RYU, Mi; KIM, Keun-Hyang; CHOI, Tae Kyou; SUH, Shin Young; KIM, Yong-Woo; KIM, Borah; KIM, Mi Young; KIM, Myo-Jung. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, [S. l.], v. 196, n. 6, p. 501-503, 2008. DOI 10.1097/NMD.0b013e31817762ac. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18552629/>. Acesso em: 25 nov. 2021.