ISSN 1982-3541
Volume XX nº 4, 81-92

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Contribuições da prática de *mindfulness* para o desenvolvimento de habilidades terapêuticas

Contributions of the mindfulness practice for the development of therapeutic skills

Contribuciones de la práctica de *mindfulness* para el desarrollo de habilidades terapéuticas

Bruno Luiz Avelino Cardoso[1]
Universidade Federal de São Carlos (São Carlos, SP)
Instituto de Teoria e Pesquisa em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (São Luís, MA)
❖
Marcelo Demarzo
Universidade Federal de São Paulo
Mente Aberta - Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde (São Paulo, SP)

RESUMO

No contexto clínico, comportamentos do terapeuta e a relação que ele estabelece com o cliente não apenas são relevantes, mas podem facilitar ou prejudicar o desenvolvimento do processo terapêutico. Pretendeu-se, a partir de uma revisão narrativa, apresentar algumas contribuições da prática de *mindfulness* para o desenvolvimento de habilidades terapêuticas. Para isso, discutiu-se, a partir dos fundamentos conceituais do *mindfulness* e da prática clínica em Psicologia, como o exercício da atenção plena pode auxiliar no desenvolvimento de habilidades terapêuticas. Desse modo foi utilizado o modelo dos cinco elementos proposto por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney (2006) e Zarbock, Lynch, Ammann e Ringer (2015), bem como as considerações de Fulton (2016) quanto às habilidades desenvolvidas por meio da atenção plena. Destacou-se que a aprendizagem de atitudes próprias da prática da atenção plena pode colaborar para o atendimento clínico a partir do fortalecimento do vínculo terapêutico entre cliente e profissional, bem como favorece um ambiente de audiência não punitiva para os eventos que ocorrem durante a terapia, atitude conhecida como aceitação ou "olhar do principiante".

Palavras-chave: mindfulness (atenção plena), habilidades terapêuticas, prática clínica

[1] Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/Proex).
brunolacardoso@gmail.com
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis, km 235. CEP: 13.565-905.

ABSTRACT

In the clinical context, therapist's behaviors and the relationship that he/she establishes with the client are not only relevant but may facilitate or prevent the development of the therapeutic process. From a narrative review, the present study aimed to present some contributions of the mindfulness practice for the development of therapeutic skills. Thus, from the conceptual foundations of mindfulness and clinical practice in psychology, it was discussed how the mindfulness practice can facilitate the development of therapeutic skills. The five elements model proposed by Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer and Toney (2006), Zarbock et al. (2015), and Fulton's (2016) considerations on mindfulness skills were used. It was pointed out that learning mindfulness practices can benefit clinical services by strengthening the therapeutic rapport between client and therapist, as well as creating a non-punitive audience for events that occur during the therapeutic process through acceptance and "beginner's mind" strategies.

Keywords: mindfulness, therapeutic skills, clinical practice

RESUMEN

En el contexto clínico, los comportamientos del terapeuta y la relación que establece con el cliente no solo son relevantes, sino que pueden facilitar u obstaculizar el desarrollo del proceso terapéutico. El presente estudio tuvo como objetivo, a partir de una revisión narrativa, presentar algunas contribuciones de la práctica de mindfulness para el desarrollo de habilidades terapéuticas. Para esto, el texto discutido desde los fundamentos conceptuales de mindfulness y práctica clínica en psicología, como el ejercicio de mindfulness puede ayudar al desarrollo de habilidades terapéuticas. De este modo, se utilizó el modelo de los cinco elementos propuestos por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006) y Zarbock et al. (2015), y las consideraciones de Fulton (2016) sobre las habilidades de mindfulness. Se señaló que el aprendizaje de actitudes como el mindfulness puede colaborar para la atención clínica, puesto que tiende a ayudar a fortalecer el vínculo terapéutico entre el cliente y el profesional, así como a favorecer un entorno de audiencia no punitivo para los eventos que ocurren durante la terapia, conocido como aceptación o mente de principiante.

Palabras clave: mindfulness (atención plena), habilidades terapéuticas, práctica clínica

A psicoterapia eficaz está distante de uma prática baseada no manejo de técnicas para problemas específicos (Franks, 2002). No contexto clínico, comportamentos do terapeuta e a relação que ele estabelece com o cliente não apenas são relevantes, mas podem facilitar ou prejudicar o desenvolvimento do processo terapêutico (Bados & García, 2001; Bandeira et al., 2006; Fogaça, Bolsoni-Silva, & Meyer, 2014; Norcross & Lambert, 2011). Além disso, para alguns autores, a própria relação terapêutica é considerada um instrumento de intervenção (Braga & Vandenberghe, 2006; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Leahy, 2008; Norcross & Lambert, 2011).

Parece inevitável supor que, para que uma relação terapêutica seja considerada "satisfatória" (ou útil) para terapeuta e cliente, sobretudo para esse último, o terapeuta deve apresentar determinadas características ou habilidades. Rangé (1995), ao definir essa relação, deixa claro que "uma relação terapêutica é algo que se refere a qualidades pessoais de um terapeuta, a qualidades pessoais de um paciente e à interação entre eles" (p. 43). Mas que habilidades são importantes a um terapeuta?

Longe de uma lista completa e de ser uma resposta que contemple clínicos de qualquer referencial teórico da Psicologia, é possível elencar algumas. Espera-se que o terapeuta seja cortês, compreensivo, empático, ofereça ajuda e apoio (Rangé, 1995), escute e observe de forma objetiva, esteja "sintonizado com suas respostas, durante a sessão, assim como as do cliente" (Shinohara, 2000, p. 231) e atue como uma audiência não punitiva (Skinner, 1998), o que pode ser entendido como ouvir sem julgar e não punir o que o cliente traz para a terapia.

Uma habilidade terapêutica que talvez seja uma das mais importantes no contexto clínico consiste na atenção. A atenção do terapeuta durante a sessão deve ser dirigida tanto a eventos externos (o que o cliente faz e fala) quanto a eventos psicológicos, como os sentimentos e pensamentos que ele próprio (terapeuta) vivencia ao estar com cada cliente (Bruce, Manber, Shapiro, & Constantino, 2010; Fulton, 2016; Jha, Krompinger, & Baime, 2007; Morgan, Morgan, & Germer, 2016; Safran, Muran, & Eubanks, 2011). O seu oposto, a desatenção, é entendida como um processo em que as respostas do terapeuta não estão sob controle dos estímulos relacionados à sessão e, consequentemente, ao cliente (Fulton, 2016).

Apesar da importância do estar atento no *setting* clínico, não é infundado afirmar que, por vezes, o terapeuta, iniciante ou não, pode estar mais sob controle de outras variáveis, como regras que aprendeu sobre como atender, ansiedade por resolução do problema do cliente ou mesmo pensamentos sobre alguma situação pessoal que está vivendo. É exatamente nesse contexto que a prática de *mindfulness* pode ser útil, na medida em que contribui para o desenvolvimento da habilidade de estar atento e "presente". A própria tradução do termo ao idioma português evidencia o foco central do *mindfulness*, sendo comumente traduzido como atenção ou consciência plena (Demarzo & Campayo, 2015).

Quanto à sua delimitação, ele é definido por Kabat-Zinn (1990, 2003), autor responsável por introduzir o *mindfulness* no contexto clínico (Vandenberghe, & Sousa, 2006), como a consciência (*awareness*) que surge ao se dedicar a atenção de forma intencional a cada momento ou atividade, com foco no presente, sem atribuir medidas ou juízos de valor e julgamentos. Briere (2016), em sua definição, explicita outros elementos quando afirma que o *mindfulness* corresponde à "capacidade aprendida de manter a atenção plena e a abertura à experiência do momento, incluindo fenômenos mentais internos e aspectos interferentes do mundo externo, sem julgamento e com aceitação" (p. 218).

As definições supracitadas evidenciam aspectos relevantes para a prática de *mindfulness*. Este, também compreendido como o estado de "estar presente" (Brown & Ryan, 2003), pode ser cultivado de diversas formas, entre as quais se destacam algumas formas de meditação, em especial as "atencionais", como foco na autorregulação da atenção (Brown & Ryan, 2004; Demarzo & Campayo, 2015). Dado que "quando se está meditando não se deve tratar de conseguir nenhum propósito imediato, e [...] atuar com consciência na vida cotidiana implica pôr toda a atenção no que se está fazendo esquecendo-se do resultado final" (Pérez & Botella, 2006, p. 83). Logo pode-se compreender uma interface conceitual entre a prática de meditação e *mindfulness*, embora uma não esteja restrita à outra.

Os resultados de pesquisa sobre a prática de *mindfulness* têm sido apontados como correlatos ao controle da atenção, consciência, regulação emocional e comportamental, autocompaixão, habilidades socioemocionais, resiliência e saúde física e mental para o indivíduo (Demarzo et al., 2014). Ademais, diversos estudos têm indicado que a prática de *mindfulness* reflete positivamente sobre a qualidade do atendimento em saúde dos médicos

(Beach et al., 2013), na saúde e bem-estar de enfermeiros (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzer, 2013), na regulação emocional, competência social e emocional de professores (Emerson et al., 2017) e nas intervenções realizadas com pacientes da atenção básica (Demarzo et al., 2015).

Os dados dessas pesquisas contribuem para a compreensão de que a prática de *mindfulness* resulta em ganhos para o psicoterapeuta. Desse modo supõe-se que quanto maior for a atitude *mindful* do psicólogo durante os atendimentos que realiza, maior a probabilidade de demonstrar habilidades terapêuticas no processo. Partindo dessa hipótese, o presente artigo pretende, a partir de uma revisão narrativa, apresentar algumas contribuições da prática de *mindfulness* para o desenvolvimento de habilidades terapêuticas, considerando que a literatura nacional acerca dessa relação é insipiente e que estudos norte-americanos mostram o potencial que o *mindfulness* pode ter sobre profissionais da saúde, incluindo o psicólogo clínico (Cohen & Miller, 2009; Shapiro & Carlson, 2017), na medida em que estes tendem a buscar a perfeição e a "consertar" ou "corrigir" problemas ou defeitos, como apontaram Zarbock et al. (2015). Assim o treinamento em *mindfulness* pode contribuir para o autocuidado e o bem-estar desses profissionais (Irving, Dobkine, & Park, 2009).

Para isso, o texto discutirá, em uma perspectiva cognitivo-comportamental, a partir dos fundamentos conceituais do *mindfulness* e da prática clínica em Psicologia, como o exercício da atenção plena pode auxiliar no desenvolvimento de habilidades terapêuticas. Desse modo serão apresentados os dados de uma revisão narrativa de literatura especializada a partir do modelo dos cinco elementos ou fatores de *mindfulness* proposto por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney (2006) e Zarbock et al. (2015), e das considerações de Fulton (2016) quanto às habilidades desenvolvidas por meio da atenção plena.

MODELO DOS CINCO FATORES DE *MINDFULNESS* E CONSIDERAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES TERAPÊUTICAS

Baer et al. (2006), ao pesquisarem um método para avaliação de *mindfulness* por meio de questionários, propuseram cinco processos como centrais: observar, descrever, agir consciente, não julgar e não reagir. Para esses autores, quatro fatores são constructos gerais do *mindfulness* que estão diretamente relacionados à consciência (agir conscientemente), sendo essa última alterada conforme o exercício da meditação.

A prática de *mindfulness* tende a proporcionar o desenvolvimento de uma gama de habilidades terapêuticas que são preponderantes para o fortalecimento da relação terapeuta-cliente, dentre as quais destacam-se: estar atento (Fulton, 2016; Morgan et al., 2016); autocompaixão, compaixão e empatia (Lutz, Greischar, Perlman, & Davidson, 2009; Morgan et al., 2016; Neff, 2003), escutar profundamente (Surrey & Kramer, 2016); estar presente ou presença terapêutica (Brown & Ryan, 2003; Geller & Greenberg, 2002); abertura, consciência e aceitação (Bishop et al., 2004), auto-observação (Chung, 1990), percepção ampliada sobre o sofrimento (Deikman, 2001). Todas essas habilidades podem ser treinadas (Abreu-Mota, de-Farias, & Coelho, 2010). Segundo Zarbock et al. (2015), os cinco fatores estudados por Baer et al. (2006) são essenciais para um programa de treinamento em *mindfulness* para terapeutas, como atitudes interligadas e interativas em um ciclo, conforme apresenta a Figura 1, sendo a concentração o elemento central para o desenvolvimento de atitudes *mindfulness*.

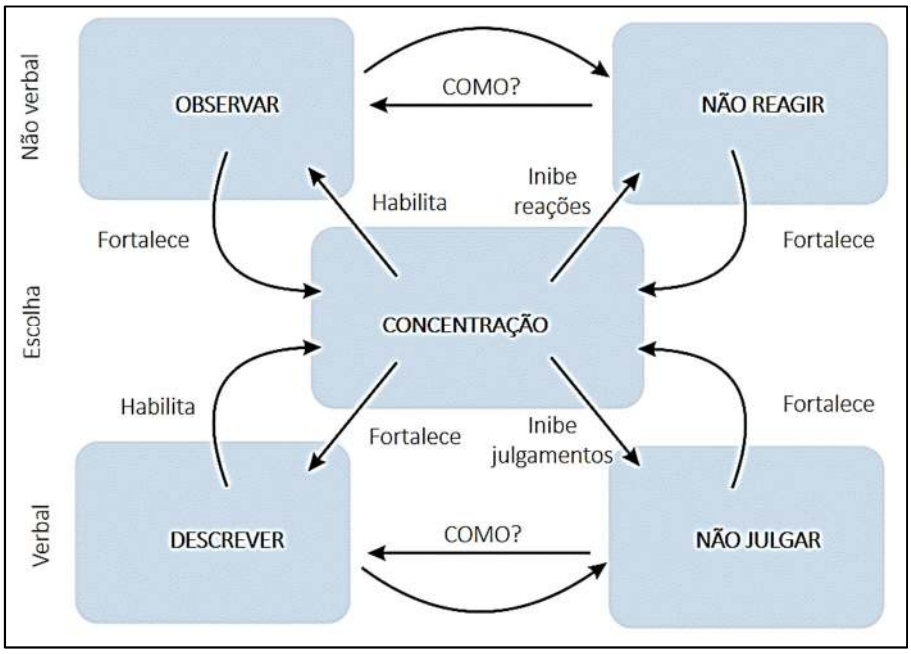

Figura 1. Modelo da interrelação entre os cinco elementos proposto por Zarbock et al. (2015, p. 16, tradução realizada pelos autores deste manuscrito com autorização de Zarbock)

A seguir, os cinco fatores apontados por Baer et al. (2006), e apontados como inter-relacionados, por Zarbock et al. (2015), serão descritos e ilustrados conforme os processos/eventos clínicos que podem ocorrer durante a terapia (cf. Tabela 1) de acordo com a experiência prática em clínica e/ou supervisão dos autores deste estudo. Para isso, partir-se-á da hipótese de que esses fatores podem contribuir para o desenvolvimento de um conjunto de habilidades terapêuticas fundamentais ao atendimento clínico.

CONCENTRAÇÃO (AGINDO COM CONSCIÊNCIA)

Como proposto por Baer et al. (2006), a concentração exerce papel central quando comparada aos outros fatores de *mindfulness*. Concentrar-se corresponde a estar presente e observar as coisas como elas se apresentam, sem estereótipos, medos, pré-julgamentos, expectativas e/ou desejos (Kabat-Zinn, 1996; Zarbock et al., 2015). Com isso, a concentração envolve estar consciente ao que ocorre no "aqui-e-agora", com foco no momento presente. Desse modo forçar as situações para que elas sejam da forma como gostaríamos que fossem (expectativa), apenas amplia a tensão (Kabat-Zinn, 1996). Para isso, é fundamental uma atuação psicoterapêutica atenta ao que se está fazendo no momento presente livre da ansiedade pelo resultado (Perez & Botella, 2006).

As definições de atenção apresentadas tendem a levantar questões quanto à (im)possibilidade de desenvolver essa habilidade, visto a diversidade de estímulos que estão presentes constantemente em nosso ambiente. Entretanto, na prática clínica, é fundamental o processo de atenção quanto ao que ocorre na terapia, pois propicia maior sensibilidade ao que é relatado/apresentado pelo cliente. Agir com consciência corresponde a perceber o que está ocorrendo no processo psicoterápico, maior sensibilidade às experiências (Brown & Ryan, 2003) e uma atitude em direção oposta à desatenção (Demarzo & Campayo, 2015).

O treino em *mindfulness* contribui para que o terapeuta saia do "piloto automático" e permaneça atento/consciente para realizar escolhas intencionais (Williams & Penman, 2015). Esse modo (concentração), facilita o desenvolvimento de habilidades terapêuticas, como prestar atenção e

estar plenamente presente nos atendimentos clínicos. Como resultados, tende a favorecer a ampliação da aliança terapêutica e a observação dos comportamentos clinicamente relevantes na terapia (Fulton, 2016; Zarbock et al., 2015). A atitude de "concentração", como elemento central em todas as demais facetas, habilita a observação, como apresentado na Figura 1.

OBSERVAR

A atitude de observar corresponde ao estado consciente e atento (discriminando) às suas próprias reações e respostas no momento, sejam elas fisiológicas ou comportamentais, agradáveis ou não, sem se esquivar delas (Zarbock et al., 2015). Para isso, é fundamental um treino de observação de seu próprio humor, comportamento (Kabat-Zinn, 1990) e das condições externas ao indivíduo, com uma compreensão aprofundada do que está acontecendo, "sem interpor o filtro das próprias crenças" (Perez & Botella, 2006, p. 82). Logo observar envolve abertura a experiências aversivas (Buchheld, Grossman, & Walach, 2001) e a novidades por meio da ampliação dos conhecimentos a respeito da experiência humana (Bishop et al., 2004).

Ressalta-se que o processo de observar e contatar com estimulações cognitivas e/ou comportamentais aversivas, ocasionalmente, ativa comportamentos de fuga ou esquiva (Zarbock et al., 2015). Para isso, é basilar que o terapeuta desenvolva uma habilidade de aprender a ver o que está acontecendo, sem a busca pela troca ou supressão de pensamentos ou emoções. De acordo com Bishop et al (2004), "todos os pensamentos ou eventos são considerados um objeto de observação, não uma distração" (p. 232). Esse processo auxilia na tomada de perspectiva sobre o que é relatado pelo cliente e experimentado pelo terapeuta, sem fundir-se com as experiências cognitivas ou emocionais. Bishop et al. (2004) sublinham que

> Em um estado de *mindfulness*, pensamentos e sentimentos são observados como *eventos na mente*, sem excesso de identificação com eles e sem reagir a eles em um padrão automático, habitual de reatividade. Este estado imparcial de auto-observação é pensado para introduzir um "espaço" entre a percepção e a resposta. Assim, o *mindfulness* é pensado para permitir que se *responda às situações mais reflexivamente* (*em oposição a agir por reflexo*) (p. 232, itálico nosso)

De acordo com essa compreensão, a atuação do terapeuta deve estar distante da prática baseada no "impulso" e atentar-se para o processo de tomada de perspectiva sobre o que ocorre em sessão. Consequentemente, favorece a compreensão do caso clínico e formulação adequada da intervenção terapêutica a partir da observação do que acontece no processo terapêutico. Fulton (2016) destaca que um problema relatado/apresentado em sessão pode ser considerado como sem solução, mas as habilidades de reformulação do terapeuta proporcionam maior adesão dos clientes. Desse modo, quando atenta e sob controle do presente, a observação contribui para compreensão clínica aprofundada do que é apresentado em sessão (Zarbock et al., 2015) e maior compreensão empática, assim como pode ser ilustrado, por meio de exemplos clínicos, na Tabela 1.

DESCREVER

Após a observação dos eventos e experiências, um dos passos seguintes refere-se à nomeação, a partir da descrição simples dos eventos, sem estabelecer interpretações aos estímulos ou juízo de valor. O terapeuta descreve os eventos psicológicos ou físicos como se apresentam ao invés de atribuir

significados e categorizações como sendo bons ou ruins. A descrição dos estímulos envolve vê-los tal como se apresentam, mantendo-se abertos à experiência, sem atribuir julgamentos quanto ao que se está vivenciando. Ao invés de rotulá-los, deve-se nomear (por descrições simples e concretas) os eventos e deixá-los passar. Um pensamento é um pensamento e não precisa ser caracterizado/julgado como negativo, mas descrito como um evento como qualquer outro: surge e passa (Zarbock et al., 2015). Logo é necessário não reagir aos eventos.

Tabela 1

Cinco elementos aplicados ao desenvolvimento de habilidades terapêuticas no contexto clínico

Habilidades Terapêuticas	*Exemplos Clínicos*	*Aplicações aos Cinco Elementos*
Atenção	*"Notei que, ao falar sobre o seu relacionamento com os seus pais, você se emocionou. Esse é um assunto difícil para você?".*	Concentrar-se (ficar sob controle) do que está sendo apresentado na sessão, facilita a observação.
Autocompaixão, compaixão e empatia	1. *Autocompaixão: "Não preciso me julgar devido ao cliente não ter obtido melhora, ainda estamos no início do processo!"* 2. *Compaixão e empatia: "Penso que realmente deva ser um momento bem difícil para você!"*	A autocompaixão abrange notar o que ocorre com seus próprios pensamentos e sentimentos desagradáveis e descrevê-los sem julgamentos, mas como são, sem atribuições de significados. Agir empaticamente e compassivo, envolve compreender o sofrimento, por meio da observação e do parafrasear (descrever) aquilo que foi relatado pelo cliente.
Escutar profundamente	*"Entendi... Então, você me falou que a vivência na sua casa tem lhe gerado sofrimento por você não conseguir expressar o que sente aos seus familiares..."*	Escutar cada detalhe do que é relatado pelos clientes compreende o processo de não julgar o que é relatado por eles. O terapeuta pode, ao invés de atribuir medidas de julgamentos, apenas descrever o que ocorre (privadamente) e fornecer respostas parafraseadas para o cliente.
Presença terapêutica – estar presente	*"Embora esteja passando por vários momentos difíceis na minha casa, a sessão é outro momento. Então estarei presente na sessão, sem foco no que ocorreu antes de sair de casa!"*	Estar presente durante o processo psicoterápico demanda concentrar-se no momento "aqui-e-agora", habilitando observação e inibindo possíveis reações e julgamentos quanto aos problemas pessoais. A partir disso, deixar os pensamentos passarem e descrevê-los como são.
Abertura, consciência e aceitação	1. *Abertura: "Entendo o medo de andar de avião, eu também já tive, mas percebi que é um dos transportes mais seguros atualmente. Tenho como mencionar sobre isso ao cliente".* 2. *Consciência: "Essa atividade que vou passar na sessão é bem condizente com a história do meu cliente; penso que irá ajudá-lo bastante!".* 3. *Aceitação: "O cliente mencionou que não gostou da atividade que passei na sessão. As pessoas têm formas diferentes, então isso pode acontecer".*	Estar aberto às experiências agradáveis ou não, públicas ou encobertas, durante à terapia, descrevendo-as e, assim, habilitando a concentração no que está ocorrendo e, consecutivamente, inibindo reações de luta para não aceitar os sentimentos.
Auto-observação	*"Estou pensando em várias coisas ao mesmo tempo durante a sessão".*	Observar o que ocorre consigo mesmo durante a sessão por meio da 'não reação' fortalece a concentração no que está acontecendo no momento presente e inibe julgamentos quanto aos eventos privados ocorridos durante a sessão.
Percepção ampliada sobre o sofrimento	"*O sofrimento pode ter sua funcionalidade. Aprender a lidar com este momento, pode ajudar meu cliente a passar pelas fases diversas da vida!"*	Observar atentamente o que os clientes relatam como sofrimento pode auxiliar no processo de intervenção.

NÃO REAGIR

Para Kabat-Zinn (1996), geralmente reagimos a tudo o que experimentamos. Entretanto, nas práticas de *mindfulness,* cultiva-se o não reagir automaticamente aos eventos, criando-se um espaço ou pausa de consciência entre o estímulo e a resposta. Deixa-se que as sensações e os pensamentos sejam observados e, logo após, que possam ir embora. Essa atitude abrange não se

apegar aos pensamentos ou emoções, agradáveis ou não, mas apenas deixar que a experiência se dê momento a momento, aceitando como as coisas são (Kabat-Zinn, 1996).

O terapeuta deve estar atento aos diversos eventos cognitivos e emocionais desagradáveis, sem tentar reagir ou lutar para que eles saiam. Manter-se desse modo facilita o processo de concentração ao que está ocorrendo na sessão. A prática de atenção plena auxilia o terapeuta a ficar sob controle do que está acontecendo no momento presente sem reagir aos possíveis eventos alternativos ao momento. Essa atitude fortalece a concentração, o que, por sua vez, inibe os julgamentos.

NÃO JULGAR

Na sociedade contemporânea, é comum atribuir julgamentos quanto ao que se está pensando e/ou avaliá-los. Por vezes, a cultura fortalece o padrão de esquiva de eventos psicológicos desagradáveis e formula regras quanto às experiências do sujeito. "Pensar positivo", "não permitir a tristeza" e "sair logo dessa situação" são alguns exemplos de como a busca por controle e/ou alteração de possíveis desconfortos acontecem atualmente (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2003). A evitação, aversão, e/ou controle, embora pareça resolver inicialmente, é ineficaz, pois contribui para a cronificação do problema (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford, & Follette, 1996; Hayes, 2004; Hayes et al., 1999/2003; Luciano & Hayes, 2001; Luciano, Valdivia, Gutiérrez, & Páez-Blarrina, 2006).

A alternativa para lidar com esses eventos seria o não julgamento inicial da experiência, por meio da descrição de como ela se apresenta no momento presente, e, assim, fortalecendo a concentração por intermédio de uma postura intencional. Esta inclui o estado de observação, sem julgamentos ou juízos de valor ao que é experimentado por si mesmo ou apresentado pelo cliente. As situações, por mais desagradáveis que se apresentem, fazem parte da experiência (Zarbock et al., 2015) e não devem ser julgadas. Isso não significa que não haverá julgamentos ou avaliações por parte do terapeuta frente ao que o cliente traz, mas, sim, que esses julgamentos ocorrerão com mais consciência e menos reatividade e juízo de valor.

Kabat-Zinn (1996) também destaca a importância de não julgar o próprio julgamento (e.g., "eu não deveria estar pensando isso do meu cliente", "não posso julgar essa pessoa pelo que ela fez"), mas aceitar a experiência e, logo após, deixar ir. A atitude de permanecer atento ao momento presente, por meio da concentração, observação e não distração (Bishop et al., 2004; Zarbock et al., 2015), bem como estar *mindful*, auxilia na flexibilidade "mental" e abertura às experiências (Demarzo & Campayo, 2015) como ilustrado nos exemplos da Tabela 1.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cinco elementos, considerados como facetas do *mindfulness* por Baer et al. (2006) e apresentados por Zarbock et al. (2015), interagem entre si e são complementares, ativando-se mutuamente. Esses autores destacam que a concentração é o elemento central para toda a prática de *mindfulness* e pode favorecer uma série de habilidades terapêuticas, como as citadas e ilustradas no decorrer deste estudo. Destaca-se que a prática de *mindfulness* consiste em uma ação aprendida e não está restrita a experiências intrapessoais.

Desse modo a aprendizagem de atitudes como a atenção plena pode colaborar para o atendimento clínico, visto que tende a ajudar a fortalecer o vínculo terapêutico entre cliente e profissional, bem como a favorecer um ambiente de audiência não punitiva para os eventos que ocorrem durante a terapia, desenvolvendo a aceitação e o "olhar do principiante". Os exemplos apresentados neste artigo consistiram em relatos corriqueiros apresentados em

momentos de supervisão. Então apontaram-se intervenções a partir da aplicação das cinco facetas do *mindfulness* como estratégias para o estado de estar plenamente atento ao que ocorre na terapia. Considera-se que os modelos teóricos apresentados neste estudo podem contribuir diretamente para o bem-estar e habilidades terapêuticas (Williams & Penman, 2015) do psicólogo e, consequentemente, para a relação terapêutica.

Novos estudos podem ser conduzidos a partir das considerações apresentadas neste artigo: (a) avaliar a relação empírica entre habilidades terapêuticas e prática de *mindfulness* em psicólogos, (b) identificar os efeitos da prática de *mindfulness* sobre a qualidade de vida e manejo de outros constructos prejudiciais à saúde do terapeuta (e.g., depressão, estresse, ansiedade), (c) verificar os efeitos da prática de *mindfulness* sobre o repertório clínico de terapeutas iniciantes, (d) avaliar as aplicações e utilização da prática de *mindfulness* entre terapeutas de diferentes abordagens teóricas da Psicologia.

REFERÊNCIAS

Abreu-Mota, H. O., de-Farias, A. K. C. R., & Coelho, C. (2010). Habilidades terapêuticas: É possível treiná-las? In A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 49-65). Porto Alegre: Artmed.

Bados, A., & García, E. (2001). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Freitas, L. C., de Sousa, A. M., Costa, A. L. P., Gomides, M. M. P., & Lima, P. B. (2006). Habilidades interpessoais na atuação do psicólogo. *Interação em Psicologia*, *10*(1), 139-149. http://dx.doi.org/10.5380/psi.v10i1.5710

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45. http://dx.doi.org/10.1177/1073191105283504

Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, *28*(2), 107-133. http://dx.doi.org/10.1080/15555240.2013.779518

Beach, M. C., Roter, D., Korthuis, P. T., Epstein, R. M., Sharp, V., Ratanawongsa, N., … Saha, S. (2013). A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. *Annals of Family Medicine*, *11*(5), 421-428. http://dx.doi.org/10.1370/afm.1507

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., … Gerald Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230-241. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077

Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos em Psicologia* (Campinas), *23*(3), 307-314. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300010

Briere, J. (2016). Mindfulness, insight e terapia do trauma. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (pp. 214-231). Porto Alegre: Artmed.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 242-248. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph078

Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *47*(1), 83-97. https://doi.org/10.1037/a0018842.

Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research*, *1*, 11-34.

Chung, C. Y. (1990). Psychoterapist and expansion of awareness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *53*(1-4), 28-32. http://dx.doi.org/10.1159/000288336

Cohen, J. S., & Miller, L. J. (2009). Interpersonal mindfulness training for well-being: A pilot study with psychology graduate students. *Teachers College Record*, *111*(12), 2760-2774.

Deikman, A. (2001). *Spirituality expands a therapist's horizons*. Retrieved from http://www.buddhanet.net/psyspir3.htm

Demarzo, M., & Campayo, J. G. (2015). *Manual prático mindfulness: Curiosidade e aceitação*. São Paulo: Palas Athena.

Demarzo, M. M. P., Montero-Marin, J., Cuijpers, J., Zabaleta-del-Olmo, E., Mahtani, K. R., Vellinga, A., … García-Campayo, J. (2015). The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: A meta-analytic review. *Annals of Family Medicine*, *16*(6), 573-582. https://doi.org/10.1370/afm.1863

Demarzo, M. M. P., Montero-Marin, J., Stein, P. K., Cebolla, A., Provinciale, J. G., & García-Campayo, J. (2014). Mindfulness may both moderate and mediate the effect of physical fitness on cardiovascular responses to stress: A speculative hypothesis. *Frontiers in Physiology*, *5*, 1-8. https://doi.org/10.3389/fphys.2014.00105

Emerson, L. M., Leyland, A., Hudson, K., Rowse, G., Hanley, P., & Hugh-Jones, S. (2017). Teaching mindfulness to teachers: a systematic review and narrative synthesis. *Mindfulness*, *8*(5), 1136-1149. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0691-4

Fogaça, F. F. S., Bolsoni-Silva, A. T., & Meyer, S. B. (2014). Interação terapêutica: Considerações sobre os efeitos dos comportamentos de empatia, interpretação e orientação. *Acta Comportamentalia*, *22*(1), 218-226.

Franks, C. M. (2002). Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: Uma revisão conceitual. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 3-22). São Paulo: Santos.

Fulton, P. R. (2016). Mindfulness como treinamento clínico. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (pp. 60-77). Porto Alegre: Artmed.

Geller, S., & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter in psychotherapy. *Person Centered and Experiential Psychotherapies*, *1*(1-2), 71-86. https://doi.org/10.1080/14779757.2002.9688279

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999/2003). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson K. G., Strosahl, K., Gifford E. V., & Follette V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152

Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *15*, 61–66. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.002

Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience*, *7*(2), 109-119. https://doi.org/10.3758/CABN.7.2.109

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144-156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness Meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and Medicine. In Y. Haruki, Y. Ishii, & M. Suzuki (Orgs.), *Comparative and Psychological Study on Meditation* (pp. 161-169). Eburon: Netherlands.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas curativas*. Santo André: Esetec.

Leahy, R. R. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*, 769-777. https://doi.org/10.1017/S1352465808004852

Luciano, M. C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [The trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *1*, 109-157.

Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., & Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromisso (ACT). *EduPsykhé*, *5*(2), 173-201.

Lutz, A., Greischar, L. L., Perlman, D. M., & Davidson, R. (2009). Bold signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices. *NeuroImage*, *47*(3), 1038-1046. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.04.081

Morgan, W. D., Morgan, S. T., & Germer, C. K. (2016). Cultivar a atenção e a compaixão. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (pp. 78-96). Porto Alegre: Artmed.

Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 233-250. https://doi.org/10.1080/15298860309027

Norcross, J. C., & Lambert, M. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2nd ed, pp. 3-21). New York: Oxford University Press.

Pérez, M. A., & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, *17*(66/67), 77-120.

Rangé, B. P. (1995). Relação terapêutica. In B. Rangé (Org), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (pp. 43-66). Campinas: Psy.

Safran, J., Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 48. 224-238). New York: Oxford University Press.

Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2017). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 5, pp. 229-233). Santo André: Esetec.

Skinner, B. F. (1998). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.

Surrey, J. L., & Kramer, G. (2016). Mindfulness relacional. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (pp. 95-114). Porto Alegre: Artmed.

Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. de (2006). *Mindfulness* nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *2*(1), 35-44.

Williams, M., & Penman, D. (2015). *Atenção plena (Mindfulness): Como encontrar a paz em um mundo frenético*. Rio de Janeiro: Sextante.

Zarbock, G., Lynch, S., Ammann, A., & Ringer, S. (2015). *Mindfulness for therapists: Understanding mindfulness for professional effectiveness and personal well-being*. West Sussex: Wiley Blackwell.

Recebido em 12/04/2018
Revisado em 29/09/2018
Aceito em 30/10/2018