

REVISÃO NARRATIVA/NARRATIVE REVIEW

Terapias de Terceira Geração nas Perturbações Psicóticas Third-Wave Therapies in Psychotic Disorders

✉ MATILDE GOMES*¹, NATÁLIA FERNANDES¹

¹ Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga, Braga, Portugal

Resumo

As perturbações psicóticas são síndromes clínicas que se caracterizam pela dificuldade em distinguir a experiência interna da realidade externa, com emergência de delírios, alucinações e/ou desorganização psicomotora, experiências frequentemente angustiantes para o doente. Embora sejam patologias de evolução heterogénea, a maioria dos doentes experimenta dificuldades na reabilitação psicossocial, com perda de autoestima e de qualidade de vida.

As terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, desenvolvidas nos últimos trinta anos, têm sido amplamente estudadas, com evidência científica a comprovar a sua eficácia no tratamento de várias patologias, como depressão, ansiedade e dor crónica. Embora o interesse na aplicação destas terapias nas perturbações psicóticas se tenha desenvolvido mais recentemente, há já vários estudos que demonstram a sua utilidade na redução dos sintomas psicóticos e na melhoria do bem-estar dos doentes com psicose. Esta revisão foca-se nos contributos das terapias baseadas em *mindfulness*, terapia de aceitação e compromisso e terapia focada na compaixão no tratamento de perturbações psicóticas.

Abstract

Psychotic disorders are clinical syndromes that are characterized by difficulty in distinguishing internal experience from external reality, with emergence of delusions, hallucinations and/or psychomotor disorganization. These symptoms are often distressing experiences for the patient. Although these pathologies have a heterogeneous course, most patients experience difficulties in psychosocial rehabilitation, with loss of self-esteem and quality of life.

Third-wave cognitive-behavioral therapies, developed in the last thirty years, have been extensively studied, with scientific evidence proving their effectiveness in the treatment of various pathologies, such as depression, anxiety and chronic pain. Although interest in the application of these therapies in psychotic disorders has developed more recently, there are already several studies that demonstrate their usefulness in reducing psychotic symptoms and improving the well-being of patients with psychosis.

This review focuses on the contributions of mindfulness based therapies, acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy in the treatment of psychotic disorders.

Palavras-Chave: Empatia; Perturbações Psicóticas/tratamento; Mindfulness; Terapia Cognitivo-Comportamental

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Empathy; Mindfulness; Psychotic Disorders/therapy

Recebido/Received: 2021-12-11

Aceite/Accepted: 2022-04-28

Publicado Online/Published Online: 2022-05-13

Publicado/Published: 2022-06-06

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Matilde Gomes | matilde.silva.gomes@hb.min-saude.pt | Hospital de Braga - Serviço de Psiquiatria, Sete Fontes – São Victor, 4710-243, Braga

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, várias têm sido as publicações sobre o uso de terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração nas perturbações psicóticas (nomeadamente terapias baseadas em *mindfulness*, terapia de aceitação e compromisso e terapia focada na compaixão), demonstrando que contribuem para a redução da angústia associada aos sintomas psicóticos e para a reabilitação psicossocial dos doentes.¹ Apesar do crescente corpo de literatura, a implementação destas intervenções em doentes com psicose tem sido mais lenta do que em outras patologias,² o que se relaciona com vários fatores.

Por um lado, durante décadas dominaram preocupações relacionadas com o potencial de as práticas meditativas exacerbarem sintomatologia psicótica em doentes com psicose. Estes receios advêm da publicação, na década de 70, de relatos de casos de indivíduos com esquizofrenia que experienciaram descompensações psicóticas após participarem em retiros de meditação.³ Contudo, esses retiros foram descritos como envolvendo a prática de meditação durante dezoito horas diárias, em silêncio total e sem qualquer comunicação,⁴ intensidade que difere das intervenções terapêuticas, com supervisão clínica, propostas pelas terapias de terceira geração.

Por outro lado, segundo Chadwick, a relutância em oferecer terapias baseadas em *mindfulness* a doentes com psicose relaciona-se com o preconceito de que estes indivíduos são deficitários em características humanas fundamentais, como a capacidade de ser consciente ou de ter *insight*. Este autor defende que as pessoas com psicose já se sentem desumanizadas e marginalizadas pelas próprias experiências psicóticas, o que não deve ser reforçado ao privá-las de oportunidades terapêuticas devido aos receios e crenças dos técnicos de saúde mental. Promover a prática de *mindfulness* em doentes com psicose é aceitar a psicose como parte da pessoa e incentivar o indivíduo a fazer o esforço de se conectar com o seu “eu saudável”, conexão fundamental para que o doente mude a sua relação com a psicose, melhorando tanto a aceitação da experiência psicótica como do próprio *self*.⁵

O objetivo desta revisão é fazer uma breve descrição das terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração que têm sido mais aplicadas nas perturbações psicóticas, explorando as adaptações necessárias para aplicação nesta população clínica e os seus efeitos terapêuticos. Dada a complexidade teórica e conceptual subjacente a cada uma das terapias, as descrições apresentadas serão introdutórias e simplificadas, não cumprindo esta revisão o propósito de as explorar individualmente em detalhe.

a. Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração

A evolução da teoria cognitivo-comportamental em três gerações sucessivas, difundida inicialmente por Steven Hayes, tem recebido crescente apoio da comunidade científica.⁶ Segundo Hayes, as terapias cognitivo-comportamentais podem ser categorizadas em três gerações, distinguíveis entre si por apresentarem variações nas respetivas formulações, métodos e objetivos⁷: a primeira geração com uma ênfase

comportamental, a segunda com uma ênfase cognitiva e a terceira com uma ênfase contextual.

As terapias de terceira geração agregam um conjunto heterogêneo de terapias que emergiram a partir da década de 1990 e que se estabeleceram na primeira década do século XXI.⁸ Tal como na segunda geração, as terapias da terceira geração reconhecem a importância dos processos cognitivos e verbais para a psicopatologia, contudo, em vez de procurarem combater processos desadaptativos com vista à mudança de pensamentos e sentimentos desconfortáveis, as novas abordagens focam-se no cultivo de uma atitude de aceitação e não-julgamento em relação a todas as experiências humanas, de modo a aumentar o bem-estar psicológico.⁹

As principais abordagens de terceira geração, como enunciadas originalmente por Hayes, são a terapia de aceitação e compromisso (ACT),¹⁰ a terapia dialética comportamental,¹¹ a terapia analítica funcional,¹² a terapia comportamental integrativa de casais¹³ e as terapias baseadas em *mindfulness* (TBM).¹⁴ Uma outra intervenção, desenvolvida mais recentemente, é a terapia focada na compaixão (TFC).¹⁵ Hayes definiu as características unificadoras das terapias de terceira geração do seguinte modo: “todas se aventuram em áreas tradicionalmente menos empíricas, enfatizando questões como a aceitação, a desfusão cognitiva, a atenção plena, a dialética, os valores, a espiritualidade e a relação”.⁷ Em geral, utilizam estratégias experienciais para ajudar os doentes a estarem no momento presente e a desistirem de lutar contra emoções e pensamentos desagradáveis. Outra premissa basal é a da importância do contexto: é através da compreensão do contexto que ocorre a compreensão do comportamento.¹⁶ O carácter contextual abarca três dimensões que se reforçam mutuamente: dimensão pessoal (pessoa como indivíduo socio-verbal, com um passado e um estilo de se relacionar com as próprias experiências), dimensão ambiental (configuração social e cultural, normas e valores) e dimensão relacional (relação terapêutica como contexto de aprendizagem experiencial).⁸ Neste sentido, foi proposta em 2011 uma nova designação para este conjunto de terapias: terapia cognitivo-comportamental contextual,¹⁷ contudo o termo “terceira geração” mantém-se como o mais amplamente difundido na literatura.

Pela sua pertinência na intervenção em doentes com perturbações psicóticas, serão exploradas em maior detalhe a ACT, as TBM e a TFC.

b. Perturbações Psicóticas

As perturbações psicóticas (PP), como a esquizofrenia ou a perturbação esquizoafetiva, são síndromes clínicas que se caracterizam pela incapacidade de distinguir a experiência interna da realidade externa, com emergência de sintomas que refletem alterações graves nas funções perceptivas e cognitivas.¹⁸ Esses sintomas podem ser primariamente distinguíveis em três domínios: 1) sintomas positivos – delírios, alucinações e desorganização psicomotora; 2) sintomas negativos – redução da expressão emocional, anedonia, embotamento afetivo e escassez de discurso; 3) sintomas cognitivos – disfunção executiva, diminuição

da velocidade de processamento de informação, perda de memória semântica e redução da capacidade de atenção.¹⁸ Na nomenclatura atual, “sintoma psicótico” exprime uma manifestação de disfunção perceptiva ou cognitiva, enquanto “perturbação psicótica” se refere a uma condição na qual determinados sintomas psicóticos, em conjunto, reúnem critérios específicos para um diagnóstico.¹⁹ Embora possam apresentar sintomatologia em comum, as diferentes PP diferem na sua etiologia, apresentação clínica, perfil de evolução e prognóstico. Segundo a edição atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5), o diagnóstico das diferentes perturbações psicóticas é feito consoante: a) a duração da sintomatologia (por exemplo, mais de 6 meses para a esquizofrenia e menos de 1 mês para a perturbação psicótica breve); b) o perfil de sintomatologia apresentada (por exemplo, vários tipos de sintomas psicóticos na esquizofrenia e apenas delírios na perturbação delirante); c) a relação entre os sintomas psicóticos e episódios de alterações do humor (isto é, se os sintomas psicóticos ocorrem durante ou se estendem além de um episódio de perturbação do humor); d) a etiologia (isto é, se os sintomas psicóticos são resultantes do consumo de substâncias psicoativas como a fenciclidina, ou se se devem a uma condição médica conhecida).²⁰

As pessoas que sofrem de PP deparam-se com dificuldades significativas em diferentes domínios da vida humana, nomeadamente naqueles relacionados com o trabalho, a educação, as relações interpessoais, a capacidade de viver de forma independente e de prestar autocuidados.²¹

c. Esquizofrenia – Custos e Intervenções

Entre as PP mais frequentes, encontra-se a esquizofrenia. Trata-se de uma doença cujos sintomas psicóticos emergem tipicamente entre o final da adolescência e a quarta década de vida. Apesar do curso heterogéneo, apenas 20% dos doentes têm uma evolução favorável, sendo raros os casos de recuperação completa. A maioria dos doentes permanece cronicamente doente com exacerbações e remissões dos sintomas positivos, enquanto outros têm um curso de deterioração progressiva.²⁰

Um estudo realizado em Portugal, em 2015, estimou que a prevalência de esquizofrenia na população portuguesa será de cerca de 48 mil doentes, correspondendo a uma taxa de prevalência bruta na população com idade superior a 15 anos de 0,57%. Trata-se de uma doença com um importante impacto social: nesse ano de 2015 foi atribuído à esquizofrenia, em Portugal, um custo total de 436.3 milhões de euros, equivalente a 0,24% do PIB. Os custos diretos (resultantes de internamentos e cuidados diretos) e os custos indiretos (resultantes, entre outros, de absentismo laboral) representaram 2,7% da despesa em saúde desse ano.²² Outro estudo, que descreveu as hospitalizações por esquizofrenia nos hospitais públicos portugueses entre 2008 e 2015, divulgou um total de 25 385 internamentos nesse período, pertencentes a 14 279 doentes, o que revela o grande número de reinternamentos. O custo médio por episódio de internamento foi de 3 509.7 euros, totalizando 89.1 milhões de euros nos oito anos.²³ Estes trabalhos espelham os enormes custos sociais das PP no nosso país, em

particular da esquizofrenia, e reacendem a discussão sobre a melhor abordagem terapêutica a oferecer para reduzir a morbilidade da doença e melhorar a reabilitação psicossocial destes doentes.

As *guidelines* internacionais recomendam opções de tratamento baseadas na evidência, como a psicofarmacologia, a terapia cognitivo-comportamental e o suporte social.²⁴ Embora haja escassez de estudos sobre a implementação de intervenções psicoterapêuticas em contexto hospitalar em Portugal, o seu uso é manifestamente insuficiente, tanto por barreiras organizacionais como financeiras. Relativamente ao uso de psicofármacos, algumas limitações têm sido apontadas: apesar da eficácia reconhecida nos sintomas positivos e depressivos, permanecem insatisfatórios os resultados quanto aos sintomas negativos, ao funcionamento social, à *performance* cognitiva e à qualidade de vida em geral.²⁵ Embora a combinação de terapia cognitivo-comportamental (primeira/ segunda geração) e psicofarmacologia seja o tratamento standard recomendado para doentes com PP, nos últimos anos tem havido um grande investimento na investigação sobre abordagens de terceira geração na psicose, integrando domínios como *mindfulness*, aceitação e desfusão cognitiva.²⁶

d. Terapias Baseadas em *Mindfulness* (TBM)

A prática de *mindfulness* está profundamente enraizada na tradição oriental de meditação budista, na qual o termo “*mindfulness*” é originário do termo Pali “*sati*”, que pode ser traduzido como “atenção plena”, embora o termo original “*mindfulness*” se mantenha como o mais amplamente utilizado na literatura em língua portuguesa. Como exercício terapêutico, tem ganho popularidade no mundo ocidental nas últimas décadas, em grande parte graças ao contributo de Jon Kabat-Zinn, que introduziu o *mindfulness* no contexto psicoterapêutico ocidental e o separou das afiliações religiosas budistas. Embora a definição concreta do *mindfulness* seja alvo de debate, Kabat-Zinn definiu-o como “a consciência que emerge através de manter a atenção, propositadamente, no momento presente, sem julgamento perante o desenrolar da experiência, momento a momento”.²⁷ A Associação Portuguesa para o *Mindfulness*, acrescenta que “é a prática de viver no agora, com gentileza e bondade, estando completamente envolvidos naquilo que está a acontecer à nossa volta e dentro de nós. Implica sair dos nossos padrões habituais de julgamento e criticismo, adotando uma atitude de curiosidade e bondade perante a nossa experiência”.²⁸ A prática de *mindfulness* encoraja, portanto, um estado mental de não julgamento, não reatividade, desapego, aceitação e compaixão por si mesmo e relativamente aos outros. Em abordagens psicoterapêuticas, promove uma postura consciente e de aceitação em relação a sintomas e experiências angustiantes, em vez de os tentar reestruturar, mudar ou eliminar.²⁹ Nos últimos anos, as TBM têm recebido evidência científica considerável na intervenção em várias patologias, especialmente nas perturbações afetivas, perturbações aditivas e dor crónica, assumindo a sua utilidade transdiagnóstica pela forma como pretende trabalhar a relação do indivíduo com o sintoma, em vez de pretender eliminar o sintoma.³⁰

As práticas de *mindfulness* pretendem cultivar o “estado mindful” – estar presente, aqui e agora, sem julgamentos. Podem ser práticas formais – exercícios de meditação – ou informais – aplicar os princípios do *mindfulness* no dia-a-dia.³¹

A primeira TBM a ser desenvolvida foi o Programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), por Kabat-Zinn em 1979. Consiste num programa psicoeducativo desenvolvido em formato grupal, de oito a dez semanas. São realizadas oito a dez sessões (cada uma com duração de duas horas e meia) e um retiro de silêncio (com duração de seis horas). Nas sessões, ensinam-se as atitudes fundamentais do *mindfulness* (mente de principiante, não-julgamento, aceitação, desapego, confiança, paciência, não-forçar, gratidão e generosidade) e técnicas de relaxamento, respiração, meditação e *yoga*. Uma vez que a prática regular e mantida no tempo é fundamental para o sucesso do programa, os participantes assumem o compromisso de realizar, autonomamente, práticas diárias de *mindfulness* durante 45 minutos.³² Com base no MBSR, várias outras TBM foram desenvolvidas, com diferentes adaptações consoante o alvo terapêutico. Um dos programas mais difundidos e com maior evidência científica é o *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), desenhado especificamente para aplicação em doentes com perturbações depressivas. Combina técnicas da terapia cognitiva com práticas meditativas e atitudes baseadas no *mindfulness*, sendo objetivo central desenvolver uma consciência metacognitiva – habilidade de experienciar cognições e emoções como eventos mentais que simplesmente surgem na mente, e que podem ou não estar relacionados com a realidade externa. O foco é aprender a experienciar os pensamentos “disfuncionais” como eventos internos separados do *self*.¹⁴

e. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

O primeiro manual da Terapia de Aceitação e Compromisso (também chamada de *ACT*, do inglês “agir”) foi publicado em 1999. Baseia-se na filosofia do Contextualismo Funcional, que postula que “tudo aquilo que acontece não pode ser visto isoladamente; o fenómeno está intimamente relacionado e coexiste com o seu contexto”.³³

Segundo a *ACT*, o sofrimento resulta da inflexibilidade psicológica – o indivíduo apresenta uma gama reduzida de possibilidades de ação. Usando uma metáfora, suponha-se que um indivíduo experienciou um estímulo aversivo (como dor abdominal após comer um pudim). Se esse indivíduo evitar todos os eventos semelhantes à situação aversiva original (por exemplo, evitar comer qualquer doce), irá reduzir a sua gama de ações possíveis, o que provoca sofrimento. Esta evicção de estímulos potencialmente aversivos é designada por “evitamento experiencial” e pode ocorrer tanto relativamente a estímulos externos como internos (pensamentos e emoções desagradáveis). Embora simplista, o exemplo do pudim retrata o “fechar-se” que ocorre após uma experiência dolorosa. A *ACT* defende que as experiências dolorosas são incontornáveis, inerentes à vida, e chama-as de sofrimento de “primeira ordem” ou “sofrimento limpo”; já a diminuição de repertório de ação e a inflexibilidade psicológica, que resultam de uma forma

disfuncional de reagir, constituem o sofrimento de “segunda ordem” ou “sofrimento sujo”. O sofrimento de segunda ordem é responsável pelo surgimento de psicopatologia.¹⁰ Baseando-se na Teoria das Molduras Relacionais, a *ACT* defende ainda que a linguagem desempenha um papel na manutenção do sofrimento: é através da linguagem que pensamos, julgamos, ruminamos e autocríticamos. A linguagem permite-nos atribuir significados e associar nomes verbais à realidade. Uma vez feita a associação entre a realidade e um nome verbal, é possível percorrer o caminho inverso e assumir que um pensamento (apenas verbal) é a realidade. Através da linguagem, criamos regras verbais que perpetuam a rigidez psicológica.³⁴

O objetivo da *ACT* é promover a flexibilidade psicológica: capacidade de estar no momento presente, com atenção plena e abertura à experiência, e de agir consoante os valores pessoais. De modo a aumentar a flexibilidade psicológica, a *ACT* promove seis processos psicológicos, que constituem o chamado Modelo do Hexágono da Flexibilidade Psicológica: 1) “Contacto com o momento presente” (observar a experiência interna sem julgamento, tendo atenção plena ao momento presente); 2) “Aceitação” (disponibilidade para contactar com todas as experiências internas, sejam elas consideradas boas, más ou neutras); 3) “Desfusão cognitiva” (observar a experiência interna de forma distanciada, interpretando-a como transitória e subjetiva); 4) “Eu observador” (o indivíduo deixa de rotular o “eu” com descrições e avaliações verbais e observa-se sem julgamento); 5) “Clareza de valores” (os valores são direções de vida, traduzindo a forma como o indivíduo gostaria de viver a sua vida e a pessoa que gostaria de ser); 6) “Ação comprometida” (o indivíduo orienta a ação de forma congruente com os seus valores).¹⁰

f. Terapia Focada na Compaixão (TFC)

Desenvolvida por Paul Gilbert, a TFC foca-se na utilidade terapêutica da prática da compaixão por indivíduos com níveis elevados de vergonha e auto-criticismo, que habitualmente têm dificuldade em gerar sentimentos de segurança e aconchego relativamente aos outros ou a si mesmos.¹⁵

Na TFC, definem-se seis “qualidades/ atributos da compaixão”: cuidado com o bem-estar, sensibilidade, simpatia, tolerância ao sofrimento, empatia e não-julgamento. Para desenvolver as qualidades da compaixão, desenvolveram-se seis “competências compassivas”: 1) Atenção compassiva (focar a atenção de uma forma que ajude e apoie, o que pode implicar uma mudança de foco para algo que nos seja útil e esteja associado a sentimentos de amabilidade); 2) Pensamento compassivo (desenvolver pensamentos amáveis e úteis relativamente aos outros e ao próprio); 3) Comportamento compassivo (identificar e agir em congruência com o que é útil para o projeto de vida valorizada do indivíduo; reconhecer as próprias necessidades); 4) *Imagery* compassiva (técnica terapêutica que envolve exercícios de imaginação que ajudem a gerar sentimentos de compaixão e a desenvolver o “eu compassivo ideal”); 5) Sentimentos compassivos (estimular sentimentos de compaixão pelos outros e pelo próprio e permitir-se receber compaixão dos outros); 6) Sensações compassivas (explorar sensações corporais resultantes da prática da compaixão).³⁵

A TFC conceptualiza a regulação emocional através do modelo dos três sistemas da regulação emocional, que deriva de investigações na área da neurofisiologia e das neurociências da emoção.³⁶ Segundo este modelo, existem três sistemas de regulação emocional: 1) sistema de defesa-ameaça (sistema de afeto negativo, relacionado com o cérebro primitivo, desencadeia respostas de autoproteção perante ameaças reais ou imaginadas; predomina sobre os outros sistemas); 2) sistema de procura (sistema de afeto positivo, procura recursos para a sobrevivência e bem-estar: excitação, entusiasmo); 3) sistema de tranquilização (sistema de afeto positivo relacionado com a ligação aos outros: segurança, aconchego, contentamento e felicidade). Quando o sistema de tranquilização está ativo, o que pode ser atingido através da prática de *mindfulness*, os sistemas de defesa-ameaça e de procura estão desativados, e a pessoa encontra-se num estado de aceitação.³⁵

Assim, o “treino da mente compassiva” consiste em praticar os atributos da compaixão, de modo a que a compaixão seja usada como forma de regulação emocional, substituindo a regulação emocional baseada em comportamentos defensivos, que originam dificuldades psicológicas/psiquiátricas.¹⁵

g. Mindfulness, Aceitação e Compaixão na Recuperação da Psicose

Vários estudos experimentais têm investigado a aplicabilidade de terapias de terceira geração adaptadas às perturbações psicóticas, mostrando que a intervenção é segura e terapêutica,⁵ nomeadamente ao reduzir as taxas de reinternamento comparativamente com o tratamento padrão habitual,³⁷⁻³⁹ reduzir a duração dos internamentos,⁴⁰ melhorar aspetos neuro-cognitivos⁴¹ e promover a melhoria clínica.⁴² Meta-análises recentes têm demonstrado que, após intervenções terapêuticas de terceira geração, os doentes experimentam uma diminuição estatisticamente significativa de sintomas negativos⁴³⁻⁴⁷ e sintomas depressivos.^{44,47} Embora com maior controvérsia, várias meta-análises têm também demonstrado melhorias nos sintomas positivos.⁴³⁻⁴⁷ Os efeitos descritos referem-se aos resultados a curto prazo após a intervenção; relativamente à duração dos efeitos da terapia a longo prazo, há carência de estudos, mas uma meta-análise demonstrou que a redução de sintomas negativos se mantém, no mínimo, durante três a seis meses.⁴⁷ A prática em grupo demonstrou melhores resultados do que a prática individual.^{44,46}

Uma revisão sistemática que incluiu o *feedback* qualitativo dos doentes com psicose relata elevados níveis de satisfação com estas terapias,⁴⁸ sendo que os *feedbacks* mais frequentes são relacionados com o facto de os participantes se sentirem mais calmos e relaxados, se sentirem mais capazes de sair do modo de “piloto-automático” e terem maior controlo sobre as suas vidas,⁴⁹ terem uma melhor regulação emocional, melhor autocuidado e menos preocupações psicossomáticas,⁵⁰ sentirem-se mais disponíveis para estabelecer relações com os outros e sentirem-se menos definidos pela doença e mais motivados para participarem ativamente na própria vida.⁵¹ A prática de *mindfulness* ajudou doentes com esquizofrenia a estarem conscientes do momento presente no seu

dia-a-dia, diminuindo a ruminação acerca dos sintomas e a tentativa de controlo das vozes, com maior aceitação da experiência psicótica. A prática de *mindfulness* também melhora as capacidades metacognitivas dos doentes, reduzindo a habitual crença nas consequências negativas dos sintomas psicóticos, como a onnipotência das vozes.⁵² Para garantir a segurança das intervenções, algumas adaptações têm sido sugeridas, como limitar o tempo de meditação a dez minutos, iniciar as sessões por uma meditação de rastreio corporal e realizar outras práticas de ancoragem com frequência, evitar longos períodos de silêncio, fazer intervenções com grupos mais pequenos (até seis doentes) e fazer com que as intervenções sejam aplicadas por terapeutas com experiência a lidar com doentes com psicose.^{53,54}

h. Programa de Intervenção COMPASS

O COMPASS (*COMPassionate Approach to Schizophrenia and Schizoaffective disorder*) é um programa de intervenção psicoterapêutica baseado na TFC e nas TBM, adaptado para aplicação em doentes com perturbações psicóticas, com vista à sua reabilitação psicossocial.³⁵ Desenvolvido em Coimbra e publicado recentemente sob a forma de um manual de intervenção, foi desenhado tendo em consideração a realidade dos serviços de saúde mental em Portugal. Apesar de o estudo-piloto do programa ter sido aplicado apenas em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme e perturbação esquizoafetiva, nos primeiros cinco anos de doença, os autores consideram que doentes com mais tempo de evolução de doença ou com outros diagnósticos que curse com sintomatologia psicótica podem também ser incluídos nos grupos terapêuticos. O programa consiste numa intervenção em co-terapia, semanal, constituída por doze sessões distribuídas por três fases (quatro sessões introdutórias de psicoeducação e criação de coesão de grupo; seis sessões intermédias sobre compaixão e treino da mente compassiva; duas sessões de encerramento sobre a recuperação e perspetiva compassiva de futuro). Cada sessão tem uma duração de 120 minutos, com um intervalo de 15 minutos. O grupo deve ser fechado, de cinco a oito elementos, de modo a criar uma coesão de grupo que permita estabelecer uma base segura para a partilha de experiências. O programa inclui uma sessão extra, de seguimento, que deve ser realizada três meses após o término das 12 sessões.

CONCLUSÃO

Do mesmo modo que permitem a um indivíduo psicologicamente saudável uma melhor conexão com o “eu interior”, as terapias de terceira geração permitem que as pessoas que experienciam sintomatologia psicótica se conectem com o “eu interior saudável”, fortalecendo a sua relação consigo próprias.⁵ Pretende-se que, com esta atitude, o doente “aceite” (reconheça sem luta) a experiência psicótica e reduza as reações negativas que frequentemente se associam, dotando-se o indivíduo de estratégias que lhe permitam integrar de forma mais saudável a sua experiência, com vista a uma melhor reabilitação psicossocial.³⁵

Declaração de Contribuição

MG: Revisão bibliográfica e redação do manuscrito

NF: Supervisão e revisão crítica do conteúdo do manuscrito

Contributorship Statement

MG: Bibliographic review and writing of the manuscript

NF: Supervision and critical review of the manuscript content

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

- Langer ÁI, Schmidt C, Mayol R, Díaz M, Lecaros J, Krogh E, et al. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017 25;18:233. doi: 10.1186/s13063-017-1967-7.
- Bøge K, Thomas N, Jacobsen P. Is mindfulness for psychosis harmful? Deconstructing a myth. *Br J Psychiatry*. 2021;218:71-2. doi: 10.1192/bjp.2020.165.
- Dyga K, Stupak R. Meditation and psychosis. A trigger or a cure? *Arch Psychiatry Psychother*. 2015;17:48-58. doi:10.12740/APP/58976
- Walsh R, Roche L. Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1979;136:1085-6. doi:10.1176/ajp.136.8.1085
- Chadwick P. Mindfulness for psychosis: a humanising therapeutic process. *Curr Opin Psychol*. 2019;28:317-20. doi:10.1016/j.copsyc.2019.07.022
- Lucena-Santos P, Pinto-Gouveia J, Oliveira M. *Terapias Comportamentais de Terceira Geração*. Lisboa: Sinops Editora; 2015.
- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004;35:639-65. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Pérez-Álvarez M. Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *Int J Clin Health Psychol*. 2012;12:291-310.
- Herbert JD, Forman EM. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. Berlin: John Wiley & Sons Inc; 2011.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. London: The Guilford Press; 1999.
- Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. London: Guilford Press; 1993.
- Kohlenberg RJ, Tsai M. *Functional Analytic Psychotherapy*. Berlin: Springer; 1991.
- Jacobson NS, Christensen A. *Integrative Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change*. London: W W Norton & Co; 1996.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. London: Guilford Publications; 2002.
- Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatric Treat*. 2009;15:199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Cullen C. *Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Third Wave Behaviour Therapy*. *Behav Cogn Psychother*. 2008;36:667-73. doi:10.1017/S1352465808004797
- Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:141-68. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388:86-97. doi:10.1016/S0140-6736(15)01121-6
- Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. *New Engl J Med*. 2018;379:270-80. doi:10.1056/NEJMr1801490
- American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores; 2014.

21. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, et al. Humanistic burden in schizophrenia: A literature review. *J Psychiatr Res.* 2014;54:85-93. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.03.021
22. Gouveia M, Ascensão R, Fiorentino F, Pascoal J, Costa J, Borges M. The cost and burden of schizophrenia in Portugal in 2015. *Int J Clin Neurosci Mental Health.* 2018;4:S13. doi:10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13
23. Gonçalves-Pinho M, Ribeiro JP, Freitas A. Schizophrenia Related Hospitalizations – a Big Data Analysis of a National Hospitalization Database. *Psychiatr Q.* 2021;92:239-48. doi:10.1007/s11126-020-09793-8
24. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2014;348:g1173-g1173. doi:10.1136/bmj.g1173
25. Haddad PM, Correll CU. The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Therap Adv Psychopharmacol.* 2018;8:303-18. doi:10.1177/2045125318781475
26. Dimidjian S, Arch JJ, Schneider RL, Desormeau P, Felder JN, Segal Z. Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioral Therapies. *Behav Ther.* 2016;47:886-905. doi:10.1016/j.beth.2016.07.002
27. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol.* 2003;10:144-56. doi:10.1093/clipsy.bpg016
28. Associação Portuguesa para o Mindfulness. O que é o mindfulness. [consultado Nov 2021] <http://apmindfulness.com/mindfulness.html>.
29. Böge K, Karadza A, Fuchs LM, Ehlen F, Ta TM, Thomas N, et al. Mindfulness-Based Interventions for In-Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders-A Qualitative Approach. *Front Psychiatry.* 2020;11:600. doi: 10.3389/fpsy.2020.00600.
30. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;59:52-60. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.011
31. Zhang D, Lee EK, Mak EC, Ho CY, Wong SY. Mindfulness-based interventions: an overall review. *Br Med Bull.* 2021;138:41-57. doi: 10.1093/bmb/ldab005.
32. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *J Psychosom Res.* 2004;57:35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
33. Pepper SC. *World Hypotheses: A Study in Evidence.* California: University of California Press; 1942.
34. Hayes SC, Gifford E v. The Trouble with Language: Experiential Avoidance, Rules, and the Nature of Verbal Events. *Psychol Sci.* 1997;8:170-3. doi:10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x
35. Martins M, Castilho P, Carvalho C, Pereira A, Braehler C, Macedo A. Mindfulness e Compaixão Na Recuperação Da Psicose. *Pactor;* 2020.
36. Gilbert P. *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy.* London: Routledge; 2005.
37. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70:1129-39. doi:10.1037/0022-006X.70.5.1129
38. Wang LQ, Chien WT, Yip LK, Karatzias T. A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:3097-110. doi: 10.2147/NDT.S123239
39. Chien WT, Bressington D, Yip A, Karatzias T. An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. *Psychol Med.* 2017;47:2081-96. doi:10.1017/S0033291717000526
40. Chien WT, Lee IY. The Mindfulness-Based Psychoeducation Program for Chinese Patients With Schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2013;64:376-9. doi:10.1176/appi.ps.002092012
41. Tabak NT, Granholm E. Mindful cognitive enhancement training for psychosis: A pilot study. *Schizophr Res.* 2014;157:312-3. doi:10.1016/j.schres.2014.06.002
42. Davis L, Kurzban S. Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: a literature review. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2012;15:202-32. doi:10.1080/15487768.2012.679578
43. Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2013;150:176-84. doi:10.1016/j.schres.2013.07.055
44. Louise S, Fitzpatrick M, Strauss C, Rossell SL, Thomas N. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2018;192:57-63. doi:10.1016/j.schres.2017.05.023
45. Cramer H, Lauche R, Haller H, Langhorst J, Dobos G. Mindfulness- and Acceptance-based Interventions for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Global Adv Health Med.* 2016;5:30-43. doi:10.7453/gahmj.2015.083
46. Jansen JE, Gleeson J, Bendall S, Rice S, Alvarez-Jimenez M. Acceptance and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2020;215:25-37. doi:10.1016/j.schres.2019.11.016
47. Liu Y, Li I, Hsiao F. Effectiveness of mindfulness-based intervention on psychotic symptoms for patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Adv Nurs.* 2021;77:2565-80. doi:10.1111/jan.14750
48. Li Y, Coster S, Norman I, Chien WT, Qin J, Ling Tse M, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of mindfulness-based interventions for people with recent-onset psychosis: A systematic review. *Early Interv Psychiatry.* 2021;15:3-15. doi: 10.1111/eip.12929.

49. Samson C, Mallindine C. The feasibility and effectiveness of running mindfulness groups in an early intervention in psychosis service. *Cogn Behav Therap.* 2014;7:e9. doi:10.1017/S1754470X14000087
50. Khoury B, Lecomte T, Comtois G, Nicole L. Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Interv Psychiatry.* 2015;9:76-83. doi:10.1111/eip.12095
51. Tong AC, Lin JJ, Cheung VY, Lau NK, Chang WC, Chan SK, et al. A Low-Intensity Mindfulness-Based Intervention for Mood Symptoms in People with Early Psychosis: Development and Pilot Evaluation. *Clin Psychol Psychother.* 2016;23:550-60. doi: 10.1002/cpp.1981.
52. Chadwick P. Relationship to Internal Experience: Mindfulness Practice. In: *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis.* London: John Wiley & Sons Ltd; 2008.p.58-97.
53. Chadwick P, Taylor KN, Abba N. Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Psychother Res.* 2008;18:77-87. doi:10.1017/S1352465805002158
54. Shonin E, van Gordon W, Griffiths MD. Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis? *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:124-7. doi:10.1177/0004867413512688