

HELENA ESPÍRITO-SANTO
FERNANDA DANIEL
(COORDS.)

IMPrensa DA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA
COIMBRA
UNIVERSITY
PRESS

TRAJETOS DO ENVELHECIMENTO

PERSPETIVAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS



8. MINDFULNESS E COMPAIXÃO NA IDADE AVANÇADA

Marina Cunba e Ana Galbardo

O ENVELHECIMENTO

Perante o panorama atual, que nos confronta com o envelhecimento da população mundial, é compreensível que a longevidade com qualidade de vida seja um dos tópicos centrais da investigação contemporânea (Simões, 2006). Com efeito, a importância do fenómeno do envelhecimento da população é atualmente inegável face às suas consequências, quer do ponto de vista económico, quer social (Cancino & Rehbein, 2016). Envelhecer é um processo universal, dinâmico, lento e gradual que, apesar de incluir um padrão comum, associado a um conjunto de alterações morfológicas, orgânicas e funcionais, não deixa de ser uma experiência muito diversificada entre os indivíduos. Diferentes aspetos, entre os quais as oportunidades e constrangimentos oferecidos pelas condições socioeconómicas, culturais e históricas, são responsáveis pela variabilidade individual e ritmos diferenciados de envelhecimento. Neste sentido, de acordo com Ferrari (1999), o envelhecimento é, portanto, um facto biológico que atravessa a história, mas cujo destino varia segundo o contexto social.

Em grande medida o envelhecimento do indivíduo está intrinsecamente ligado a uma maior probabilidade de experienciar

acontecimentos negativos, tais como a morte do companheiro(a), de amigos(as), problemas de saúde, bem como, muitas vezes, é também acompanhado de uma capacidade mais limitada para se envolver em atividades prazerosas e de realização pessoal (Allen & Leary, 2014). Desta forma, o envelhecimento coloca vários desafios e exige uma abordagem multidisciplinar que tenha em conta a interdependência das várias dimensões envolvidas (biológica, social, psicológica, cultural), de forma a facilitar este processo, dotá-lo de maior qualidade, procurando, simultaneamente, minimizar os riscos e perdas inerentes a esta etapa da vida.

O conceito de envelhecimento positivo, tão proclamado atualmente, refere-se a uma atitude positiva em relação ao avanço da idade que se traduz no indivíduo por um sentimento de aceitação deste processo, por se sentir bem consigo mesmo, preservar uma vida saudável e manter nesta uma participação ativa, apesar das dificuldades que se colocam (Australian Psychological Society, 2012). Diversos fatores podem contribuir para este processo de envelhecimento positivo, incluindo fatores individuais e fatores contextuais. Alguns autores têm realçado a importância das estratégias de acomodação (Brandstädter & Renner, 1990) e de controlo primário e secundário (Heckhausen, Wrosch, & Schulz, 2010) neste processo de adaptação às mudanças relacionadas com a idade. Outros têm apontado a relevância das estruturas de apoio, definidas como aspetos do contexto do indivíduo que facilitam a adaptação à mudança. Recursos físicos como a saúde e o rendimento (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001), recursos sociais como o suporte social (Fiksenbaum, Greenglass, & Eaton, 2006), e recursos psicológicos como crenças de controlo (Wurm, Tesch-Römer, & Tomasik, 2007) e otimismo (Ferguson & Goodwin, 2010) têm revelado ser aspetos cruciais neste processo de adaptação (Phillips & Ferguson, 2013).

Com efeito, e de acordo com Paúl (2017), aspetos como a saúde, a satisfação de vida, o bem-estar psicológico, bem como a satisfa-

ção em relação ao ambiente social e físico, devem ser considerados como elementos fundamentais e interdependentes na promoção da qualidade de vida nos idosos. A mesma autora refere, ainda, que a preservação da autonomia física, psicológica e social por parte das pessoas de idade avançada constitui um resultado desejável no processo de envelhecimento, sendo esta uma ideia consensual.

Como referimos anteriormente, apesar dos desafios físicos, mentais e sociais colocados pelo processo de envelhecimento, existe também uma grande variabilidade na forma como os indivíduos lidam com estas mudanças, o que, seguramente, se refletirá nas diferenças de bem-estar subjetivo reportado pelos idosos. Nesta linha de pensamento, a investigação continua especialmente interessada em aumentar e aprofundar o conhecimento sobre os fatores (mecanismos psicológicos, emocionais, cognitivos e comportamentais) que podem promover o bem-estar e uma vida saudável desta população específica. O presente capítulo irá focar-se fundamentalmente nos recursos psicológicos, enfatizando a importância do desenvolvimento de competências de *mindfulness* e de autocompaixão.

***MINDFULNESS* E COMPAIXÃO**

O *mindfulness*, segundo Kabat-Zinn (1994a), traduz-se na consciência que surge quando o indivíduo dirige a atenção para a sua experiência de uma forma particular: com uma intenção (a atenção é propositadamente dirigida para aspetos específicos da experiência); no momento presente; e sem julgamento (com uma atitude de aceitação da experiência, tal como ela se apresenta). O *mindfulness* pode ser percebido como «uma forma simples de nos relacionarmos com a experiência que, desde há muito, tem vindo a ser usado para atenuar a dor das dificuldades da vida, particularmente daquelas que são aparentemente autoimpostas» (Germer, 2005, p. 3). A designação

de *mindfulness* pode corresponder a um constructo teórico, uma prática de cultivar o *mindfulness* (e.g., a meditação), ou um processo psicológico (estar consciente da própria experiência). Com efeito, pode dizer-se que se trata do oposto ao funcionamento em «piloto automático», ao «sonhar acordado», dado que envolve um direcionar da atenção plena para o momento presente.

O *mindfulness* faz parte de diversas tradições espirituais. Contudo, a consciência *mindfulness* não tem um carácter religioso ou esotérico, podendo ser acessível e aplicável a todos os seres humanos. Particularmente na tradição Budista, as competências de *mindfulness* possibilitam o alcance de uma compreensão das origens do sofrimento e constituem, em simultâneo, um meio para apaziguar o sofrimento acrescido às dificuldades e à dor, comum na condição humana (Gunaratama, 2002).

De acrescentar também que em termos da conceptualização do *mindfulness*, alguns autores referem que este pode ser tido como um traço ou característica disposicional, um estado, ou até como ambos, sendo variável de sujeito para sujeito (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003).

Enquanto traço é visto como uma capacidade inerente ao funcionamento normal dos seres humanos (Kabat-Zinn, 2003), a qual apresenta diferenças individuais, em termos de grau e ao longo do tempo. Na generalidade, os sujeitos que têm um elevado traço *mindfulness* tendem a exibir melhores índices de saúde mental (Brown & Cordon, 2009; Keng, Smoski, & Robins, 2011).

O *mindfulness* pode igualmente corresponder a um estado cuja «evocação e manutenção está dependente da regulação da atenção enquanto se cultiva uma orientação aberta para a experiência» (Bishop et al., 2004, p. 234). Ao ser entendido como uma competência mental, é de realçar que esta poderá ser desenvolvida através da prática de meditação (e.g., Baer, 2003; Bishop et al., 2004), dado que a prática de meditação *mindfulness* é facilitadora

da manutenção do estado de *mindfulness* (e.g., Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2005). É ainda de salientar que o *mindfulness*, quer enquanto conceito, quer enquanto prática, pressupõe também o desenvolvimento de competências de compaixão e de autocompaixão.

Segundo Neff (2003a), e com base na tradição Budista e na Psicologia Social, a autocompaixão corresponde a uma atitude calorosa e de aceitação em relação aos aspetos negativos do *self* ou da vida. De acordo com esta definição existem três componentes fulcrais: (1) atitude calorosa e de compreensão para consigo mesmo, por oposição a uma atitude de crítica e de punição (componente de calor/compreensão); (2) reconhecimento das próprias experiências como fazendo parte de uma experiência humana mais abrangente *versus* isolamento (componente de condição humana); e (3) consciência equilibrada e aceitação de pensamentos e sentimentos, mesmo que dolorosos, sem uma identificação excessiva com estes, ou seja, sobreidentificação (componente de *mindfulness*). Por sua vez a compaixão envolve ser sensível ao sofrimento dos outros, não evitando ou não se desligando e gerando o desejo de contribuir para o alívio desse sofrimento (Dalai-Lama, 2002; Neff, 2003a, 2003b; Wispé, 1991).

À luz da psicologia evolucionária e da teoria da vinculação, Gilbert (1989, 2005) defende que a autocompaixão está associada ao sistema fisiológico mais evoluído dos mamíferos, responsável pelo comportamento de vinculação e de prestação de cuidados. Este sistema pode ser ativado através de sinais externos (comportamentos dos outros) e internos (comportamentos do próprio) de bondade, de suporte e prestação de cuidados, o que gera nos indivíduos sentimentos de ligação e de tranquilização. Inversamente, experiências de autocrítica e/ou negligência ativam os sistemas de ameaça, focados no *ranking* social, que desencadeiam comportamentos de dominância agressiva ou de subordinação. Assim, a autocompaixão envolve um conjunto de competências e de motivações interdependentes que tornam a pessoa mais sensível ao sofrimento do próprio

e dos outros, ajudando-a a compreender esse sofrimento sem o julgar, bem como a atuar tendo em vista o seu alívio. Entendida deste modo, a compaixão pelo próprio é tão essencial, mesmo inseparável, da compaixão pelos outros (Gilbert, 2005).

Pelo exposto, o *mindfulness* e a autocompaixão, enquanto formas de lidar com experiências dolorosas, têm vindo a ser estudados como processos de regulação emocional que evidenciam um efeito protetor relativamente ao desenvolvimento de psicopatologia. Efetivamente, diversos estudos têm demonstrado, por exemplo, que a autocompaixão se associa negativamente com a ansiedade, o stresse e a depressão (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007; Raes, 2011), com a ruminação (Raes, 2010), a vergonha (Gilbert & Procter, 2006), a paranoia (Mayhew & Gilbert, 2008), e com o autodano (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills, & Gale, 2009). No sentido inverso, a autocompaixão tem-se mostrado fortemente associada ao bem-estar psicológico, à felicidade, à satisfação com a vida, ao otimismo, à inteligência emocional e relações interpessoais (Neff & Costigan, 2014; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, Rude, et al., 2007). O facto das competências de autocompaixão se mostrarem associadas à capacidade de gerir a adversidade e de fazer mudanças necessárias na vida (Neff, Rude, et al., 2007), pode ser particularmente relevante nos indivíduos de idade avançada tendo em conta os desafios próprios desta fase desenvolvimental. Como já mencionámos anteriormente, o processo de envelhecimento envolve também mudanças indesejáveis na vida, como o declínio da saúde mental e física que se traduz, por vezes, em lapsos ou fracassos em tarefas simples diárias. Como consequência, os indivíduos idosos podem tornar-se autocríticos e agressivos, punindo-se a si próprios e lamentando a sua incapacidade de funcionar como anteriormente. Uma vez que o *mindfulness* e a autocompaixão atenuam as reações aos acontecimentos negativos, o desenvolvimento destas competências pode ajudar as pessoas idosas a lidar com este conjunto de

acontecimentos. Seguidamente serão mencionados alguns dos estudos que abordam os constructos de *mindfulness* e de compaixão especificamente em idosos.

MINDFULNESS E COMPAIXÃO EM IDOSOS

Ainda que esta área se encontre em pleno desenvolvimento, os constructos de *mindfulness* e de autocompaixão têm sido menos explorados na idade avançada, assistindo-se recentemente a um progressivo interesse pelo desenvolvimento de competências compassivas e de *mindfulness* neste período do ciclo de vida, sugerindo que estas desempenham um papel importante na procura do envelhecimento positivo.

Relativamente ao papel do *mindfulness*-traço em idosos, o estudo de Frias e Whyne (2015), realizado numa amostra de 134 indivíduos saudáveis com idades entre os 50 e os 85 anos ($M = 65,43$; $DP = 9,50$), revelou não só que o *mindfulness*-traço estava positivamente associado à saúde mental, mas também que o efeito negativo do stresse diário sobre a saúde mental era enfraquecido nos indivíduos com níveis mais elevados de *mindfulness*-traço, depois de controlados os efeitos da idade, género e escolaridade. Este resultado sugere, assim, que o *mindfulness*-traço pode ser uma estratégia eficaz e adaptativa na proteção dos efeitos nocivos do stresse na saúde mental em indivíduos com idade avançada.

No Projeto Trajetórias do Envelhecimento, os dados preliminares com uma amostra de 85 idosos institucionalizados com uma idade média de 77,50 anos ($DP = 9,56$) revelaram que altos níveis de *mindfulness*-traço se correlacionam com baixos níveis de estados emocionais negativos, com menor solidão, com mais otimismo e esperança. Da mesma forma, estes resultados indicam que esta competência poderá proteger as pessoas idosas de sintomatologia

ansiosa, depressiva e de stresse e ajudá-las a sentirem-se menos sós, mais esperançosas e otimistas.

Phillips e Ferguson (2013), num estudo realizado com 185 adultos com idade superior a 65 anos, verificaram que a autocompaixão se encontrava associada de forma positiva e significativa ao envelhecimento positivo, mais especificamente, ao afeto positivo, integridade do *eu* e sentido de vida, ao passo que em relação ao afeto negativo se observou uma correlação negativa.

Allen, Goldwasser e Leary (2012) realizaram dois estudos com vista à exploração da existência de um efeito moderador da autocompaixão na relação entre a saúde física e o bem-estar subjetivo na população idosa. Num primeiro estudo, com 132 participantes com idades compreendidas entre os 67 e os 90 anos, constataram que os idosos que apresentavam uma boa saúde física exibiam também valores elevados de bem-estar subjetivo, independentemente do nível de autocompaixão. Contudo, nos participantes com uma pobre saúde física, a autocompaixão mostrou-se associada a um maior bem-estar subjetivo. Já num segundo estudo, com 71 sujeitos com idades entre os 63 e os 97 anos, os sujeitos que evidenciavam níveis mais elevados de autocompaixão sentiam-se menos incomodados com o facto de terem que recorrer a ajuda no que respeita à locomoção, audição ou memória.

Por sua vez, Allen e Leary (2014) constataram, numa amostra de 121 idosos com uma média de idades de 76 anos, que a autocompaixão se constitui como preditora de respostas positivas face ao envelhecimento e que pensamentos autocompassivos eram igualmente preditores das respostas emocionais dadas a acontecimentos/mudanças relacionados com o próprio processo de envelhecimento.

O crescente interesse por estes processos tem conduzido a inúmeras investigações com dados promissores e conducentes ao desenvolvimento de programas destinados à promoção de competências de *mindfulness* e compassivas (para uma revisão ver Baer,

2003; Barnard & Curry, 2011; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Neste contexto, são de seguida apresentadas as características mais relevantes de alguns desses programas.

Programas de intervenção baseados no *mindfulness* e compaixão

Intervenções terapêuticas mais recentes incluídas nas terapias contextuais, também designadas terapias cognitivo-comportamentais de 3.^a geração, têm vindo a mostrar bons resultados quanto à sua aplicação em diversas populações e em diversos contextos. Entre estas podemos referir, a título de exemplo, o Programa Baseado no *Mindfulness* para a Redução do Stresse (Kabat-Zinn, 1994b), a Terapia Cognitiva baseada no *Mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), a Terapia Dialética do Comportamento (Linehan, 1993) e a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2010). Genericamente, esta nova geração de terapias cognitivo-comportamentais mantém a sua base em princípios empíricos, mas é particularmente sensível ao contexto e funções dos fenómenos psicológicos, e não apenas à sua forma. Deste modo, acentua as estratégias de mudança contextuais e experienciais, para além das estratégias de mudança mais diretas e didáticas. Tende a procurar a construção de um repertório de respostas mais vasto, mais flexível e eficaz, não se centrando na eliminação de problemas estritamente definidos (Hayes, 2004). Não obstante os diferentes modelos teóricos na base destas intervenções, elas partilham componentes centrais e interdependentes, como o *mindfulness*, a aceitação e a compaixão, diferindo fundamentalmente no realce dado a cada um destes componentes. O objetivo destas estratégias não é alterar os pensamentos e emoções problemáticos,

mas antes aceitá-los pelo que são — apenas experiências privadas, não verdades literais. Esta atitude de aceitação leva o indivíduo à mudança, a qual se traduz na forma como se relaciona com os seus acontecimentos privados (e.g., pensamentos, sentimentos, sensações corporais, recordações, etc.) e não na mudança dos conteúdos. O presente capítulo centrar-se-á apenas nas terapias baseadas no *mindfulness* e na compaixão.

O Programa Baseado no *Mindfulness* para a Redução do Stresse [*Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 1982, 1990)], desenvolvido por Kabat-Zinn, é uma intervenção orientada para a gestão da dor crónica e tratamento de dificuldades relacionadas com o stresse advindas de múltiplas condições de doença. Trata-se de um programa constituído por oito sessões, com larga evidência empírica em adultos (Baer, 2003; Hofmann et al., 2010) e em crianças (Burke, 2010), tendo vindo a surgir, mais recentemente, estudos sobre a sua aplicação em indivíduos de idade avançada (Lenze et al., 2014). Apesar da intervenção MBSR, aplicada num formato grupal, ser focada essencialmente no desenvolvimento de competências de *mindfulness*, engloba também práticas de meditação para promover a aceitação e a compaixão pelo próprio e pelos outros (Grossman et al., 2004; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Em síntese, os participantes são convidados a desenvolver competências de atenção e a treinar uma consciência dos processos mentais através de práticas repetidas de meditação *mindfulness* que incluem a atenção focada no corpo, a consciência dos diferentes tipos de conteúdo mental, o movimento *mindful*, e exercícios de aceitação *mindful*.

Partindo da combinação entre o MBSR e a terapia cognitiva, surgiu a Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* [*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal et al., 2002)]. A MBCT foi especificamente desenvolvida para utilização na depressão, mais especificamente para a prevenção de recaída neste quadro clínico. Com

efeito, os autores constataram que a MBCT se revela particularmente eficaz em pacientes com três ou mais episódios depressivos anteriores (Segal et al., 2002). Na verdade, esta terapia é muito semelhante ao MBSR, incorporando, para além da prática de *mindfulness*, técnicas cognitivas utilizadas na terapia para a depressão. A MBCT, aplicada em adolescentes e adultos, tem vindo a estender-se a indivíduos mais idosos, tendo em conta que os episódios depressivos são também recorrentes nesta população (Fouk, Ingersoll-Dayton, Kavanagh, Robinson, & Kales, 2014; Smith, Graham, & Senthinathan, 2007).

A Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2010) foi desenvolvida como uma abordagem terapêutica destinada a pessoas com problemas de saúde mental relacionados com a vergonha e o autocrítico. As suas origens resultam de uma perspetiva evolucionária, da neurociência e da psicologia social, relacionadas com a psicologia e a neurofisiologia do cuidar. Diversos autores têm apontado que o sentir-se amado, aceito e possuir um sentimento de pertença e de afiliação com os outros são imprescindíveis para a maturação fisiológica e para o bem-estar (Cozolino, 2006; Siegel, 2001, 2007). Assim, a Terapia Focada na Compaixão preconiza que as reações automáticas derivam de defesas evolutivas, da genética, de aprendizagens e de condicionamentos. Neste sentido, o seu objetivo primordial é o de auxiliar os indivíduos a lidar com as suas reações automáticas sem se autocriticarem, autocondenarem ou sentirem vergonha. Como tal, estão envolvidos processos metacognitivos (Gilbert & Irons, 2005; Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007; Wells, 2000) e a ativação de um sistema de regulação de afeto baseado na autotranquilização e na autoaceitação. Efetivamente, apesar de se enquadrar nas terapias cognitivo-comportamentais, o seu foco não se propõe propriamente a reestruturar pensamentos negativos acerca do *eu* que possam ser disfuncionais, mas sim a descobrir novos recursos do *eu* e a desenvolver novos padrões de organização da mente (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Ao reconhecer a importância de um

sistema de afiliação tranquilizador, a terapia focada na compaixão procura promover o desenvolvimento de uma relação do *eu* com o *eu* que tem por base sentimentos de bondade, calor e compaixão, os quais, através da autotranquilização, possibilitam diminuir o afeto negativo e a perturbação.

Estudos empíricos de aplicação de programas de intervenção baseados no *mindfulness* e compaixão com idosos

Mais recentemente tem-se assistido ao desenvolvimento de diversos programas de intervenção baseados no *mindfulness* e na compaixão, especificamente desenhados para pessoas de idade avançada, alguns dos quais apontamos de seguida.

Com o objetivo de testar a utilidade de um programa de MBSR, Lenze e colaboradores (2014) conduziram um estudo em 34 sujeitos com idades superiores a 65 anos que apresentavam perturbações ansiosas e disfunção cognitiva. Após a conclusão do programa de oito semanas e num seguimento a seis meses, verificaram que os participantes mostravam sintomas de preocupação menos severos, um aumento nas competências de *mindfulness*, e uma melhoria no que respeita à memória e às funções executivas. Para além destes dados, constataram também que os participantes continuaram a sua prática de *mindfulness* ao longo dos seis meses de seguimento, considerando-as úteis nas situações indutoras de stresse.

Por sua vez, o estudo clínico randomizado de Creswell e colaboradores (2012), realizado numa amostra de 40 sujeitos saudáveis com idades compreendidas entre os 55 e os 85 anos ($M = 65$; $DP = 7$), procurou estudar o impacto de um programa MBSR na solidão. Por comparação com um grupo de controlo de lista de espera, os participantes no programa revelaram uma diminuição nos níveis de solidão. Para além deste dado, os autores reportam também que o

MBSR poderá diminuir a expressão do gene pró-inflamatório relacionado com a solidão.

Foulk e colaboradores (2014) testaram um programa grupal de Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT), constituído por oito sessões, dirigido a idosos que apresentavam quadros de depressão e/ou ansiedade. Os dados recolhidos com a aplicação deste programa em cinco grupos (50 participantes no total, com idades entre os 61 e os 89 anos, com uma média de 72,90 anos) mostraram uma melhoria significativa no tocante a sintomas de ansiedade, de depressão, pensamentos ruminativos e problemas relacionados com o sono.

Num outro estudo de aplicação da MBCT a 30 idosos com idades superiores a 65 anos que não se encontravam deprimidos ou estavam apenas ligeiramente deprimidos, Smith et al. (2007) reportam que esta é uma abordagem útil para a prevenção de recaída da depressão nesta população. Este estudo procurou explorar em que medida a MBCT se adequa a pessoas mais velhas e identificar quais as alterações necessárias para que tal se verifique. Os participantes foram avaliados no início da MCBT, após as suas oito sessões e num seguimento a um ano, através de entrevista. Nestas entrevistas os principais temas identificados prenderam-se com a compreensão e utilização da MBCT por parte dos sujeitos e com o modo como estes elementos se foram desenvolvendo ao longo do programa. Em suma, os participantes consideraram a MBCT uma intervenção útil para a prevenção de recaída da depressão, por exemplo, através do aumento da consciência, da aceitação, de mudanças no estilo de vida e de interação social, e da diminuição na ruminação.

Com o intuito de analisar se o *mindfulness* se associava com a perturbação emocional, Splevins, Smith e Simpson (2009) realizaram um estudo com 22 idosos aos quais aplicaram um programa de Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT), tendo analisado os níveis de depressão, ansiedade e stresse. Estes autores

constatarem a existência de melhorias significativas no bem-estar emocional dos seus participantes. Para além disso, há também a realçar que este estudo revelou que os idosos apresentavam níveis elevados de determinadas facetas de *mindfulness*, sugerindo que tal possa estar relacionado com o próprio processo de envelhecimento.

Já Keller, Singh e Winton (2014) descreveram o desenvolvimento e aplicação de uma abordagem cognitiva baseada no *mindfulness* dirigida a seniores. Este programa organiza-se em oito sessões (distribuídas por 8 meses) e sete sessões intermédias de prática de *mindfulness*. Tem como objetivo ensinar os participantes a observar a sua experiência de uma forma não ajuizadora, a identificar reações ou comportamentos que possam ser desadaptativos e a aumentar e reforçar estratégias de *coping* adaptativas para lidar com as dificuldades do dia a dia que frequentemente são encontradas nesta faixa etária. Foi aplicado num formato grupal, tendo na totalidade participado 43 indivíduos saudáveis com idade superior a 65 anos (4 grupos). Após o programa, os participantes revelaram melhorias significativas em medidas de depressão, bem-estar e autoestima. Para além destes resultados, através de entrevista, os seniores mencionaram também que a participação no programa constituiu uma experiência com muito significado e muito útil para as suas vidas.

Recentemente, Chen, Sun, Xiao e Luo (2017) observaram que a aplicação de um programa de seis semanas de treino de competências de *mindfulness* a 68 idosos com mais de 60 anos, resultou num aumento significativo do bem-estar subjetivo reportado pelos participantes, independentemente de serem homens ou mulheres.

Também Franco, Amutio, Mañas, Gásquez e Pérez-Fuentes (2017), na vizinha Espanha, observaram uma diminuição significativa no que respeita à depressão geriátrica, níveis de ansiedade e de preocupação num grupo de 42 sujeitos de idade avançada que

realizou um programa de *mindfulness* de sete semanas (sessões de 2 horas), por comparação com um grupo de lista de espera de 45 participantes.

De acrescentar ainda que, mais recentemente, Malinowski, Moore, Mead e Gruber (2017) apontaram que o treino de meditação *mindfulness* melhora a manutenção da atenção visuo-espacial dirigida a objetos, podendo funcionar como uma estratégia compensatória do declínio cognitivo associado ao envelhecimento. Estes autores sugerem que o treino de *mindfulness* em pessoas de idade avançada revela potencial ao nível das funções de controlo cognitivo e regulação das emoções, sendo que os seus correlatos eletrofisiológicos podem estar associados com a neuroplasticidade.

Em Portugal, com o objetivo de promover o bem-estar de idosos institucionalizados, Lima, Oliveira e Godinho (2011) desenvolveram um programa baseado no *mindfulness* que aplicaram durante nove semanas (3 sessões por semana, num total de 27 sessões, com a duração de aproximadamente 50 minutos cada), a sete idosos com uma média de idades de 75 anos. De acordo com os autores, as práticas de *mindfulness* usadas foram adaptadas às circunstâncias físicas dos participantes. Entre o pré e o pós programa os participantes evidenciaram uma diminuição significativa em termos de sintomatologia depressiva e alterações positivas nas dimensões cognitiva, emocional, física e comportamental, avaliadas através do Questionário para Idosos Pós-Treino em *Mindfulness*. Apesar destes ganhos, não foram observadas mudanças significativas ao nível do estado de saúde funcional, da intensidade da dor, do afeto positivo e negativo e da satisfação com a vida.

De realçar ainda que este tipo de programas poderá englobar um conjunto de adaptações que os tornam mais especificamente desenhados para responder às limitações físicas características do processo de envelhecimento (e.g., diminuição da força, da flexibilidade, do equilíbrio, da mobilidade) (Morone & Greco, 2014). Por

exemplo, como forma de possibilitar um maior conforto durante a prática de meditação *mindfulness*, a duração das sessões poderá ser encurtada e esta poderá ser realizada numa cadeira, em vez de no chão, com uma almofada de meditação. Um outro exemplo de adaptação prende-se com a prática do *Body Scan*, que integra habitualmente estes programas. Face às possíveis dificuldades de executar os movimentos de deitar-levantar, esta prática é ensinada numa cadeira, sendo sugerido que a sua posterior prática em casa ocorra na postura deitada, na cama, num sofá ou numa poltrona. No que respeita à meditação do andar, e atendendo a que o caminhar num ritmo mais lentificado pode acarretar perda de equilíbrio, esta deverá ser realizada num ritmo mais próximo do habitual para o idoso, junto a uma parede ou a algo que possa servir de apoio caso ocorra desequilíbrio. De modo semelhante, a prática de posturas de *yoga* que requerem equilíbrio deve ser efetuada próximo de uma parede ou de uma cadeira que sirva de apoio e as posturas deitadas poderão ser adaptadas para a posição de sentado na cadeira. Este tipo de adaptações permitirá que os idosos se sintam confortáveis, valorizados e incluídos, uma vez que as suas limitações físicas não têm que ser impedimento para a participação nestes programas. Nesta sequência, é importante que os terapeutas/instrutores de *mindfulness* entrem em linha de conta com as características individuais dos participantes de modo a encontrar um equilíbrio entre as suas fragilidades físicas e o seu envolvimento na prática de meditação *mindfulness*.

CONCLUSÃO

O presente capítulo procurou rever os principais estudos na área do *mindfulness* e da compaixão na idade avançada. Num primeiro momento foram apresentadas algumas considerações acerca do

processo de envelhecimento, dando particular destaque aos aspetos psicológicos que podem contribuir para o envelhecimento positivo. Neste contexto, foram descritos os conceitos de *mindfulness* e de compaixão e referidos alguns estudos que salientam a ligação entre estes e o bem-estar psicológico. De seguida procedeu-se à exposição dos principais programas terapêuticos baseados no *mindfulness* e na compaixão, sendo depois especificados resultados de estudos de aplicação deste tipo de programas em idosos.

Na sua globalidade, os resultados apontam para um efeito benéfico destas abordagens na população idosa, promovendo uma maior aceitação das mudanças inerentes ao envelhecimento, uma maior consciência acerca das suas experiências, e mudanças no estilo de vida e nas interações sociais. Outro efeito benéfico encontrado prendeu-se com melhorias ao nível da memória e das funções executivas. Paralelamente, foi observado um aumento do bem-estar emocional, traduzido num decréscimo de sintomas depressivos, de ansiedade, de ruminação, e de sentimentos de solidão. Não obstante, todos estes programas foram aplicados e estudados em amostras de idosos sem comprometimento cognitivo significativo. No entanto, McBee (2008) desenvolveu o *Mindfulness-Based Elder Care* que aplicou a idosos particularmente fragilizados, com e sem demência, institucionalizados.

Na globalidade, a evidência aponta para efeitos benéficos do treino de *mindfulness* nesta população específica no que respeita a aspetos cognitivos, emocionais e de saúde. Fountain-Zaragoza e Prakash (2017) realçam que estas abordagens podem ser aplicadas numa variedade de contextos (e.g., lares, centros de dia, residências), dado que revelam benefícios em populações heterogéneas.

Em conclusão, as intervenções baseadas no *mindfulness* e na compaixão na idade avançada têm vindo a demonstrar eficácia, justificando-se amplamente a continuidade da sua aplicação e investigação.

Referências bibliográficas

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2014). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*, *54*(2), 190-200. doi:10.1093/geront/gns204
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, *11*(4), 428-453. doi:10.1080/15298868.2011.595082
- Australian Psychological Society. (2012). *Ageing positively*. Acedido a 5 de novembro de 2016, em http://www.psychology.org.au/publications/tip_sheets/ageing/
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 125-143. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, *15*(4), 289-303. doi:10.1037/a0025754
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, *5*(1), 58-67. doi:10.1037/0882-7974.5.1.58
- Brown, K. W., & Cordon, S. (2009). Toward a phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (1.^a ed., pp. 59-81). New York, NY: Springer Science+Business Media. doi:10.1007/978-0-387-09593-6
- 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. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 133-144. doi:10.1007/s10826-009-9282-x
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, *34*(3), 183-189. doi:10.4067/S0718-48082016000300002
- Chen, T.-L., Sun, S.-J., Xiao, X.-F., & Luo, L. (2017). The influence of the mindfulness training on the subjective well-being of the elderly. DEStech Transactions on Social Science, Education and Human Science: *International Conference on Modern Education and Information Technology*, 407-411. doi:10.12783/dtssehs/meit2017/12898
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., ... Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small

- randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095-1101. doi:10.1016/j.bbi.2012.07.006
- Dalai-Lama, H. (2002). *An open heart: Practising compassion in everyday life*. London, UK: Hodder & Stoughton.
- de Frias, C. M., & Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: The protective nature of mindfulness. *Aging & Mental Health*, 19(3), 201-206. doi:10.1080/13607863.2014.924090
- Ferguson, S. J., & Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71(1), 43-68. doi:10.2190/AG.71.1.c
- Ferrari, M. A. C. (1999). O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde*, 23(4), 197-203.
- Fiksenbaum, L. M., Greenglass, E. R., & Eaton, J. (2006). Perceived social support, hassles, and coping among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 25(1), 17-30. doi:10.1177/0733464805281908
- Fouk, M. A., Ingersoll-Dayton, B., Kavanagh, J., Robinson, E., & Kales, H. C. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy with older adults: An exploratory study. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(5), 498-520. doi:10.1080/01634372.2013.869787
- Fountain-Zaragoza, S., & Prakash, R. S. (2017). Mindfulness training for healthy aging: Impact on attention, well-being, and inflammation. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9(11), 1-15. doi:10.3389/fnagi.2017.00011
- Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Gásquez, J. J., & Pérez-Fuentes, M. C. (2017). Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. *Terapia Psicológica*, 35(1), 71-19. doi:10.4067/S0718-48082017000100007
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (1.^a ed., pp. 3-27). New York, NY: Guilford Press.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (1.^a ed., pp. 9-74). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London, UK: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (1.^a ed., pp. 263-325). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 123-136. doi:10.1348/147608308x379806

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. doi:10.1016/s0022-3999(03)00573-7
- Gunaratama, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Stroschal, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117(1), 32-60. doi:10.1037/a0017668
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Aonde quer que eu vá*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness* (1.^a ed.). New York, NY: Hyperion.
- Keller, B. Z., Singh, N. N., & Winton, A. S. W. (2014). Mindfulness-based cognitive approach for seniors (MBCAS): Program development and implementation. *Mindfulness*, 5(4), 453-459. doi:10.1007/s12671-013-0262-2
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., ... Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 991-1000. doi:1002/gps.408
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em *mindfulness*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 165-183. doi:10.14195/1647-8614_45-1_9

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181-205. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
- Malinowski, P., Moore, A. W., Mead, B. R., & Gruber, T. (2017). Mindful aging: The effects of regular brief mindfulness practice on electrophysiological markers of cognitive and affective processing in older adults. *Mindfulness*, 8(1), 78-94. doi:10.1007/s12671-015-0482-8
- Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 113-138. doi:10.1002/cpp.566
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers* (1.^a ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Morone, N. E., & Greco, C. M. (2014). Adapting mindfulness meditation for the older adult. *Mindfulness*, 5(5), 610-612. doi:10.1007/s12671-014-0297-z
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi:10.1080/15298860309027
- Neff, K. D., & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 2(3), 114-119.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275-287. Acedido a 20 de maio de 2018, em <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392/2189>
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 529-539. doi:10.1093/geronb/gbs091
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761. doi:10.1016/j.paid.2010.01.023
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36. doi:10.1007/s12671-011-0040-y
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164

- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of the therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- Siegel, D. J. (2001). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2007) *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being* (1.^a ed.). New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice — Um novo público a educar* (1.^a ed.). Porto: Âmbar.
- Smith, A., Graham, L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging & Mental Health, 11*(3), 346-357. doi:10.1080/13607860601086256
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health, 13*(3), 328-335. doi:10.1080/13607860802459807
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(6), P364-P373. doi:10.1093/geronb/56.6.P364
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wispé, L. (1991). *The psychology of sympathy* (1.^a ed.). New York, NY: Springer Science+Business Media. doi:10.1007/978-1-4757-6779-7
- Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(3), P156-P164. doi:10.1093/geronb/62.3.P156