

1

Alguns pontos básicos

Todas as psicoterapias acreditam que a terapia deve ser conduzida de uma forma compassiva, que seja respeitosa, solidária e, de modo geral, gentil com as pessoas (Gilbert, 2007a; Glasser, 2005). Rogers (1957) articulou aspectos centrais da relação terapêutica que envolvem aceitação positiva, autenticidade e empatia – o que pode ser visto como “compassivo”. Mais recentemente, ajudar pessoas a desenvolver *autocompaixão* tem recebido atenção de pesquisas (Gilbert & Procter, 2006; Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, 2003a, 2003b) e se tornado um foco para a autoajuda (Germer, 2009; Gilbert, 2009a, 2009b; Rubin, 1975/1998; Salzberg, 1995). Desenvolver a compaixão por si mesmo e pelos outros, como forma de melhorar o bem-estar, também tem sido central na prática budista para a melhora do bem-estar há milhares de anos (Dalai Lama, 1995; Leighton, 2003; Vessantara, 1993).

Depois de examinar os princípios básicos para o desenvolvimento da terapia focada na compaixão (TFC), o Ponto 16 descreve os aspectos detalhados da compaixão na abordagem da TFC. Podemos fazer uma observação preliminar, no entanto, de que diferentes modelos de compaixão estão surgindo com base em diferentes teorias, tradições e pesquisas (Fehr, Sprecher & Underwood, 2009). A palavra “compaixão” vem do latim *compati*, que significa “sofrer com”. Provavelmente, a definição mais conhecida é a do Dalai Lama, que definiu compaixão como “uma *sensibilidade* para o sofrimento de si mesmo e dos outros, com um profundo *compromisso* de tentar aliviá-lo”, isto é, atenção-consciência sensíveis *mais* motivação. No modelo budista, a verdadeira compaixão surge do discernimento da natureza ilusória de um eu separado e do esforço para manter seus contornos – do que é chamado uma mente iluminada ou desperta. Kristin Neff (2003a, 2003b; ver www.self-compassion.org), pioneira na pesquisa sobre autocompaixão, derivou seu modelo e medidas de autorrelato do budismo Theravada. Sua abordagem da autocompaixão envolve três componentes principais:

1. ser atento e aberto para o próprio sofrimento;
2. ser gentil e não se autocondenar; e
3. ter a consciência de compartilhar experiências de sofrimento com outros, em vez de se sentir envergonhado e sozinho – uma abertura à nossa humanidade comum.

Em contraste, a TFC foi desenvolvida com e para pessoas que têm problemas de saúde mental crônicos e complexos ligados a vergonha e autocrítica, e que com frequência vêm de históricos difíceis (por exemplo, de negligência ou abuso). A abordagem da TFC para a compaixão toma emprestados muitos ensinamentos budistas (especialmente os papéis de sensibilidade e motivação para aliviar o sofrimento), mas suas raízes derivam de uma abordagem evolutiva, neurocientífica e de psicologia social, ligada à psicologia e à neurofisiologia do cuidado – tanto dar como receber (Gilbert, 1989, 2000a, 2005a, 2009a). Sentir-se cuidado, aceito e ter um sentimento de pertencimento e afiliação com os outros é fundamental para nosso amadurecimento fisiológico e bem-estar (Cozolino, 2007; Siegel, 2001, 2007). Esses estão ligados a tipos particulares de afeto positivo que se associam ao bem-estar (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Mikulincer & Shaver, 2007; Panksepp, 1998) e a um perfil neuro-hormonal com níveis mais elevados de endorfinas e oxitocina (Carter, 1998; Panksepp, 1998). Esses tipos calmos e pacíficos de sentimentos positivos podem ser distinguidos das emoções de ativação psicomotora associadas a realização, ao entusiasmo e à busca de recursos (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Ter uma sensação positiva de bem-estar, satisfação e segurança, em contraste com sentir-se entusiasmado ou focado em realizações, pode agora ser distinguido por autorrelato (Gilbert et al., 2008). Nesse estudo, descobrimos que emoções de satisfação e segurança estavam mais fortemente associadas a menos depressão, ansiedade e estresse do que emoções positivas de entusiasmo ou de se sentir energizado.

Portanto, se existem *diferentes tipos* de emoções positivas – e existem diferentes sistemas cerebrais subjacentes a essas emoções positivas –, então faz sentido que os psicoterapeutas se concentrassem em como estimular capacidades para as emoções positivas associadas a calma e ao bem-estar. Como veremos, isso envolve ajudar os clientes a (se tornarem motivados para) desenvolver compaixão por si mesmos, compaixão pelos outros e a capacidade de ser sensíveis à compaixão dos outros. Existem maneiras compassivas (e não compassivas) de lidar com experiências dolorosas, sentimentos assustadores ou memórias traumáticas. A TFC não tem a ver com evitar o doloroso, ou tentar “acalmá-lo e afastá-lo”; ela é uma maneira de lidar com o doloroso. No Ponto 29, observaremos que muitos clientes têm receio de sentimentos de compaixão dos outros, e por si mesmos, e é o trabalho com esse medo que pode constituir o foco principal da terapia.

Um segundo aspecto da abordagem evolutiva da TFC sugere que os sistemas de autoavaliação operam por meio dos mesmos sistemas de processamento que usamos quando avaliamos processos sociais e interpessoais (Gilbert, 1989, 2000a). Assim, por exemplo, como os behavioristas há muito observaram, quer vejamos algo sexual ou fantasiemos sobre algo sexual, o sistema de excitação sexual é o mesmo – não existem sistemas diferentes para estímulos internos e externos. Da mesma forma, a autocrítica e a autocompaixão podem operar por processos cerebrais similares que são estimulados quando outras pessoas são críticas ou compassivas conosco. Evidências crescentes para essa concepção vieram do

estudo de neurônios espelho e de empatia (Decety & Jackson, 2004) e de nosso recente estudo de imagem por ressonância magnética funcional sobre autocrítica e autocompaixão (Longe et al., 2010).

Intervenções

A TFC é uma terapia multimodal que se baseia em uma série de terapias cognitivo-comportamentais (TCC) e outras terapias e intervenções. Assim sendo, concentra-se em atenção, raciocínio e ruminação, comportamento, emoções, motivos e imagens. Essa terapia utiliza: a relação terapêutica (ver a seguir); diálogos socráticos, descoberta guiada, psicoeducação (do modelo da TFC); formulações estruturadas; pensamento, emoção, comportamento e monitoramento “corporal”; encadeamento de inferências; análise funcional; experimentos comportamentais; exposição, tarefas graduadas; imagens focadas em compaixão; trabalho com a cadeira; encenação de diferentes *selves*; *mindfulness*; aprendizagem de tolerância emocional, aprendizagem de como entender e lidar com complexidades emocionais e conflitos, assumir compromissos com esforço e prática, esclarecimento de estratégias de segurança; mentalização; escrita expressiva (carta), perdão, distinção entre crítica que envergonha e autocorreção compassiva, trabalho fora da sessão e prática guiada – para citar alguns aspectos!

Sentir a mudança

A TFC acrescenta características distintivas, em seu foco na compaixão e uso de imagens compassivas, em relação às abordagens tradicionais do tipo TCC. Tal como em muitos dos desenvolvimentos recentes em terapia, especial atenção é dada à *mindfulness*, ou atenção plena, tanto no cliente como no terapeuta (Siegel, 2010). Em sua formulação, a TFC é focada no modelo de regulação do afeto descrito no Ponto 6, e intervenções são usadas para desenvolver padrões específicos de regulação do afeto, estados cerebrais e experiências do *self* que deem apoio aos processos de mudança. Isso é particularmente importante quando se trata de trabalhar com autocrítica e vergonha em pessoas que vieram de ambientes difíceis. Esses indivíduos podem não ter tido muita experiência de comportamentos de cuidado ou afiliação por parte dos outros e, portanto, o sistema de regulação de emoções (tranquilizador) está menos acessível para eles. Esses são indivíduos que provavelmente dirão: “Eu entendo a lógica da [digamos] TCC, mas não consigo me sentir nem um pouco diferente”. *Sentir-se* diferente requer a capacidade de acessar sistemas de afeto (uma neurofisiologia específica) que dão origem a nossos *sentimentos* de conforto e segurança. Esse é um problema bem conhecido na TCC (Leahy, 2001; Stott, 2007; Wills, 2009, p. 57).

Há mais de 20 anos, examinei por que “pensamentos alternativos” não eram “experimentados” como úteis. Isso revelou que o tom emocional, e o modo como esses clientes “ouviam” pensamentos alternativos em sua cabeça, era frequentemente analítico, frio, distante ou mesmo agressivo. Pensamentos alternativos a se sentir um fracasso, como: “Veja bem, as evidências não corroboram essa visão negativa; lembre-se de quanto você conseguiu realizar na semana passada!”, terão um impacto muito diferente se forem ditos a si mesmo (experimentados) de forma agressiva e com irritação ou se forem ditos lentamente e com gentileza e receptividade. Foi o mesmo com exposições ou tarefas de casa – o modo como elas são feitas (intimidar e forçar a si mesmo *versus* incentivar e ser gentil consigo mesmo) pode ser tão importante quanto aquilo que é feito. Assim, parecia claro que precisávamos nos concentrar muito mais nos *sentimentos* das alternativas e não só no conteúdo – na verdade, um foco excessivo no conteúdo com frequência não ajudava. Portanto, meus primeiros passos na TFC simplesmente tentavam incentivar os clientes a imaginar uma voz gentil e acolhedora oferecendo-lhes as alternativas; ou trabalhando com eles em suas tarefas comportamentais. Por ocasião da segunda edição de *Counseling for depression* (Gilbert, 2000b), todo um foco havia sido centrado em “desenvolver acolhimento interior” (ver também Gilbert, 2000a). Assim, a TFC progrediu do uso da TCC e do trabalho com as emoções *com um foco na compaixão (gentileza)* para, depois, conforme as evidências em relação ao modelo se desenvolveram e exercícios mais específicos se mostraram úteis, chegar à TFC.

A relação terapêutica

A relação terapêutica desempenha um papel fundamental na TFC (Gilbert, 2007c; Gilbert & Leahy, 2007), dando uma atenção especial às micro-habilidades de engajamento terapêutico (Ivey & Ivey, 2003), problemas de transferência/contratransferência (Miranda & Andersen, 2007), expressão, amplificação, inibição e/ou medo da emoção (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2003; Leahy, 2001), vergonha (Gilbert, 2007c), validação (Leahy, 2005) e *mindfulness* do terapeuta (Siegel, 2010). Ao treinar pessoas de outras abordagens, particularmente da TCC, percebemos que temos que desacelerá-las; permitir espaços, e silêncios para reflexão, e experiências dentro da terapia, em lugar de uma série de perguntas socráticas ou “definição de metas”. Ensina-mos como usar a velocidade e o tom da voz, a comunicação não verbal, o ritmo da terapia, a atenção (Katzow & Safran, 2007; Siegel, 2010) e o processo reflexivo a fim de criar uma “sensação de segurança” para explorar, descobrir, experimentar e desenvolver. A chave é proporcionar contextos emocionais em que o cliente possa experimentar (e internalizar) os terapeutas como “compassivamente do lado deles” – tarefa nada fácil porque, como discutiremos adiante (ver Ponto 10), a vergonha com frequência faz com que os clientes tenham experiências emocionais (transferência) de serem mal

compreendidos, entenderem errado, tentarem inferir o que a outra pessoa quer que eles façam e *intensa sensação de estar sozinhos*. O tom emocional na terapia é criado em parte por todo o jeito e ritmo do terapeuta e é importante nesse processo de *experimental* “estar junto”. Os terapeutas da TFC são sensíveis a como os clientes podem realmente achar difícil experimentar “estar junto” ou “receber atenção”, e se envolver em estratégias de segurança de fechar a si mesmos para “os *sentimentos* de estar junto e de se conectar” (ver Ponto 29; Gilbert, 1997, 2007a, especialmente os Capítulos 5 e 6, 2007c).

A TCC centra-se na colaboração, na qual o terapeuta e o cliente trabalham o problema juntos – como uma equipe. A TFC também se centra em “compartilhamento” (da mente). A evolução do compartilhar (e dos motivos para compartilhar), por exemplo, não só objetos, mas também nossos pensamentos, ideias e sentimentos, é uma das adaptações mais importantes dos humanos e nós nos destacamos em querer compartilhar. Como uma espécie social por excelência, os humanos têm um desejo inato de compartilhar – não apenas coisas materiais, mas também seus conhecimentos, valores e o conteúdo de sua mente – para serem conhecidos, compreendidos e validados. Assim, questões de motivação para compartilhar *versus* medo de compartilhar (vergonha), empatia e teoria da mente são importantes motivos e competências evoluídos. São as barreiras sentidas para esse “fluxo de mentes” que podem ser problemáticas para algumas pessoas e é o modo como o terapeuta “desbloqueia” esse fluxo que pode ser terapêutico.

A terapia comportamental dialética – TCD (Linehan, 1993) aborda a questão chave de comportamentos que interferem na terapia. A TFC, como qualquer outra terapia, precisa ser capaz de estabelecer limites claros e usar autoridade como um processo de contenção. Alguns clientes podem ser “*bullies* emocionais”, ameaçar o terapeuta (por exemplo, com litígios ou suicídio) e ser exigentes. Terapeutas assustados podem se submeter ou recuar. O cliente, em algum nível, tem medo de sua própria capacidade de forçar os outros a se afastarem dele. Com outros clientes, durante momentos dolorosos, os terapeutas podem tentar resgatá-los em vez de permanecer em silêncio. O esclarecimento da relação terapêutica, portanto, é muito importante. É por isso que a TCD recomenda sabiamente um grupo de apoio para terapeutas que trabalham com esses tipos de clientes.

Pesquisas mostraram que a compaixão pode se tornar uma parte genuína da autoidentidade, mas também pode estar ligada a objetivos de autoimagem, em que as pessoas são compassivas para que os outros gostem delas (Crocker & Canevello, 2008). Os objetivos de autoimagem centrados na compaixão são problemáticos de muitas maneiras. Os pesquisadores também estão começando a explorar estilo de apego e relações terapêuticas com evidências de que terapeutas com apego seguro desenvolvem alianças terapêuticas com mais facilidade e menos problemas do que terapeutas com um estilo de apego inseguro (Black, Hardy, Turpin, & Parry, 2005; ver também Liotti, 2007). Leahy (2007) também descreveu como a personalidade e a organização de esquemas do terapeuta podem desempenhar um papel enorme na relação terapêutica – por

exemplo, terapeutas autocráticos com pacientes dependentes ou terapeutas dependentes com pacientes autocráticos. Portanto, compaixão não tem a ver com “delicadeza” submissa – ela pode envolver ser duro, estabelecer limites, ser honesto e não dar aos clientes o que eles querem, mas o que eles precisam. Um alcoólatra quer outra bebida – isso não é o que ele precisa; muitas pessoas querem evitar a dor e podem tentar fazê-lo de várias formas – mas clareza (gentil), exposição e aceitação podem ser o que realmente facilita a mudança e o crescimento (Siegel, 2010).

Evidências sobre os benefícios da compaixão

Embora a TFC esteja fundamentada em um modelo de ciência evolutiva, neurológica e psicológica, é importante reconhecer seu forte empréstimo de influências budistas. Há mais de 2.500 anos, o budismo tem se centrado na compaixão e na *mindfulness* como centrais para a iluminação e “cura de nossa mente”. Enquanto o budismo Theravada centra-se na *mindfulness* e na gentileza amorosa (amistosa), as práticas Mahayana são especificamente centradas na compaixão (Leighton, 2003; Vessantara, 1993). No final de sua vida, o Buda disse que seus principais ensinamentos eram a *mindfulness* e a compaixão: não fazer nenhum mal a si mesmo ou aos outros. O Buda descreveu um caminho óctuplo para prática e treinamento da mente a fim de evitar o mal e promover a compaixão. Isso inclui: meditações e imagens compassivas, comportamento compassivo, pensamento compassivo, atenção compassiva, sentimento compassivo, fala compassiva e meio de vida compassivo. São esses componentes multimodais que levam a uma mente compassiva. Sabemos agora que a prática de vários aspectos da compaixão aumenta o bem-estar e afeta o funcionamento do cérebro, especialmente em áreas de regulação emocional (Begley, 2007; Davidson et al., 2003).

Os últimos dez anos presenciaram um grande aumento no exame dos benefícios do cultivo da compaixão (Fehr et al., 2009). Em um dos primeiros estudos, Rein, Atkinson e McCraty (1995) descobriram que orientar pessoas em imagens compassivas teve efeitos positivos em um indicador de funcionamento imunológico (S-IgA), enquanto imagens de raiva tiveram efeitos negativos. Práticas de imaginar compaixão pelos outros produzem mudanças no córtex frontal, no sistema imunológico e no bem-estar (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008). Hutcherson, Seppala e Gross (2008) concluíram que uma breve meditação de gentileza amorosa aumentou sentimentos de conexão social e afiliação em relação a estranhos. Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek e Finkel (2008) puseram 67 funcionários da Compuware em um grupo de meditação de gentileza amorosa e 72 em uma lista de espera de controle. Eles concluíram que seis sessões em grupo semanais de 60 minutos com prática domiciliar baseada em um CD de meditações de gentileza amorosa (compaixão direcionada a si

mesmo, depois a outros, depois a estranhos) aumentaram emoções positivas, *mindfulness*, sentimentos de propósito na vida e apoio social e diminuíram sintomas de doença. Pace, Negi e Adame (2008) constataram que a meditação compassiva (por seis semanas) melhorou a função imunológica e as respostas neuroendócrinas e comportamentais ao estresse. Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman e Glover (2008) encontraram que imagens compassivas aumentaram a variabilidade da frequência cardíaca e reduziram o cortisol em pessoas com baixo grau de autocrítica, mas não nos autocríticos de grau elevado. Em nosso recente estudo de imagem por ressonância magnética funcional, verificamos que autocrítica e autoconfiança diante de eventos ameaçadores imaginários (por exemplo, uma rejeição no trabalho) estimularam áreas diferentes do cérebro, com autocompaixão, mas não autocrítica, estimulando a ínsula – uma área cerebral associada a empatia (Longe et al., 2010). Ver rostos tristes, de forma neutra ou com atitude compassiva, influencia respostas neurofisiológicas a rostos (Ji-Woong et al., 2009).

Em um pequeno estudo não controlado de pessoas com problemas crônicos de saúde mental, o treinamento da compaixão reduziu significativamente a vergonha, a autocrítica, a depressão e a ansiedade (Gilbert & Procter, 2006). Observou-se que o treinamento da compaixão também foi útil para pessoas que ouviam vozes psicóticas (Mayhew & Gilbert, 2008). Em um estudo de TFC em grupo para 19 clientes em um ambiente psiquiátrico de alta segurança, Laithwaite et al. (2009, p. 521) observaram “uma grande magnitude de mudança nos níveis de depressão e autoestima... Uma magnitude moderada de mudança foi encontrada para a escala de comparação social e psicopatologia geral, com uma pequena magnitude de mudança para vergonha,... Essas mudanças foram mantidas no acompanhamento após seis semanas”.

No campo dos relacionamentos e bem-estar, há hoje boas evidências de que se importar com os outros, demonstrar apreciação e gratidão, ter habilidades empáticas e de mentalização contribuem muito para a construção de relacionamentos positivos, o que influencia significativamente o bem-estar e a saúde mental e física (Cacioppo, Berston, Sheridan, & McClintock, 2000; Cozolino, 2007, 2008). Há cada vez mais evidências de que o tipo de “eu” que tentamos nos tornar influenciará nosso bem-estar e nossas relações sociais, e autoidentidades compassivas, em vez de autocentradas, estão associadas aos melhores resultados (Crocker & Canevello, 2008). De modo geral, há bons fundamentos para levar adiante o desenvolvimento e pesquisa da TFC.

Neff (2003a, 2003b) foi uma pioneira em estudos de *autocompaixão* (ver página 11). Ela mostrou que autocompaixão pode ser distinguida de autoestima e prediz alguns aspectos de bem-estar melhor que a autoestima (Neff & Vonk, 2009), e que a autocompaixão ajuda a lidar com fracasso acadêmico (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009). Escrever uma carta compassiva para si mesmo melhora o enfrentamento dos eventos da vida e reduz a depressão (Leary et al., 2007). Como observado, entretanto,

os conceitos de compaixão de Neff são diferentes do modelo evolutivo e apoiado em apego descrito aqui e, até o momento, não há uma definição consensual de compaixão – de fato, a palavra compaixão pode ter significados ligeiramente diferentes (mas importantes) em diferentes línguas. Portanto, aqui, compaixão será definida como uma “atitude mental”, uma mentalidade básica, e examinada em detalhes no Ponto 16.