

Rijo, D. et al. (2004). Terapia Focada na Compaixão. In: Melo, W. V (org.). Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

## **Capítulo 13: Terapia Focada na Compaixão**

*Daniel Rijo, Carolina da Motta, Diana Ribeiro da Silva, Nélio Brazáo, Marlene Paulo e Paul Gilbert*

*A Terapia Focada na Compaixão é um modelo que integra muitos conceitos oriundos da Psicologia Evolucionista e, nos últimos anos, vem sendo utilizada no tratamento de pacientes com transtornos depressivos, de ansiedade, psicóticos e ainda da personalidade. Tal abordagem pode ser utilizada tanto no formato individual quanto através de grupos terapêuticos. Nessa abordagem inovadora, ao contrário da abordagem convencional da terapia cognitiva, não se busca mostrar ao paciente a disfuncionalidade do seu pensamento ou o estilo de processamento de informação, mas sim compreender onde e de que maneira o indivíduo se fixou em formas inúteis, ainda que compreensivas, de tentar aumentar o seu sentimento de segurança perante as ameaças.*

*W.V.M.*

Na última década, nas terapias cognitivo-comportamentais, surgiram novos desenvolvimentos conceituais e estratégias de intervenção que obrigaram investigadores, teóricos e clínicos a repensar o paradigma subjacente às intervenções cognitivas tradicionais. Nessas novas propostas, destacam-se as Intervenções Baseadas no *Mindfulness* (que procuram desenvolver a capacidade de prestar atenção ao momento presente numa atitude isenta de julgamentos [para mais informações, ver Capítulo 7 deste livro]), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT, que sublinha que a aceitação da experiência pessoal, independentemente de a conotarmos como agradável ou desagradável, é corolário de adaptação e saúde mental [Capítulo 12]) e uma outra teoria que ficou conhecida como Terapia Focada na Compaixão, que será abordada neste capítulo. Esses três desenvolvimentos têm enfatizado que, mais do que trabalhar conteúdos cognitivos disfuncionais (crenças ou esquemas nucleares, pensamentos automáticos negativos), é importante compreender que a psicopatologia e o sofrimento psicológico parecem derivar, sobretudo, da maneira como o próprio indivíduo lida com os seus pensamentos e experiências internas. Em outras palavras, mais do que promover a mudança no autoconceito ou na atribuição de significado à experiência (procurando substituir o processamento distorcido da informação por um processamento de informação mais realista e saudável), importa ganhar consciência de como funciona a nossa mente, ser capaz de distinguir a realidade da experiência pessoal da mesma e aceitar essa experiência sem estar constantemente numa atitude de esforço para tentar modificá-la ou evitá-la. A essas abordagens, e devido à mudança de paradigma que as mesmas encerram, os teóricos e clínicos chamaram de “Terapias de Terceira Onda”.

Este capítulo é dedicado à Terapia Focada na Compaixão (TFC), que é uma terapia integrativa e transversal, cujo quadro teórico e estratégias de intervenção recebem influências da psicologia evolucionista, social, desenvolvimental, do budismo e das neurociências. A TFC não se baseia num único modelo ou escola, mas sim no estudo e compreensão de como a nossa mente funciona (Gilbert, 2009b). A compaixão pode ser entendida como uma competência que cada indivíduo pode treinar, havendo

evidências de que a sua prática pode ter influências tanto no âmbito neurofisiológico como no do sistema imunológico (Lutz, Brelczynski-Lewis, Johnson, & Davidson, 2008). Esse treino envolve atividades específicas, concebidas para desenvolver atributos e competências compassivas, especialmente aquelas que influenciam a regulação do afeto. Na TFC, é importante recorrer a estratégias promotoras da auto e da heterocompaixão, mas é sobretudo necessário que o próprio terapeuta tenha desenvolvido uma mente compassiva.

A TFC assume que os sujeitos devem adquirir conhecimento e *insight* sobre a própria mente, bem como sobre a herança genética e evolucionista que todo o ser humano possui. Por isso, uma parte significativa da intervenção implica que o paciente ganhe *insight* sobre o funcionamento da mente. Também por isso, neste capítulo, será dada atenção à perspectiva evolucionista da mente humana, aos sistemas de regulação do afeto e ao modelo biopsicossocial da vergonha, pilares fundamentais dos conceitos da TFC. Posteriormente, o texto apresenta, ainda, orientações para a prática da TFC, descrevendo as diversas fases do processo terapêutico, o papel da formulação de caso nesse modelo de intervenção, bem como os princípios e estratégias de intervenção mais inovadores.

### **A perspectiva evolucionista da mente: O cérebro arcaico e o cérebro novo**

É amplamente aceito pela comunidade científica que a espécie humana surgiu, após milhões de anos de evolução, a partir da ação de mecanismos genéticos e de alterações biológicas responsáveis pela sua atual estrutura física, que tiveram também impacto nas competências e funções que deram origem ao seu funcionamento psicológico (Gilbert, 2002b).

Sendo o cérebro humano um produto de mudanças e adaptações de *designs* e estruturas mais antigas, MacLean (1990) propõe que o cérebro seja dividido em 3 unidades funcionais: a) **Cérebro reptiliano ou basal:** inclui as estruturas mais arcaicas (tronco cerebral e cerebelo) que controlam o sono, as motivações e comportamento mais instintivos e fundamentais à sobrevivência/preservação do organismo e dos genes, tais como a reprodução, a defesa e aquisição de recursos (Gilbert, 2009a, 2010b; MacLean, 1990). O processamento da informação é automático, rápido, inconsciente (p. ex., reflexos) e, por isso, muitas vezes difícil de controlar (Gilbert, 2010b); b) **Cérebro dos mamíferos inferiores:** inclui o sistema límbico, responsável pelo processamento das emoções, da motivação, das aprendizagens e da memória, tornando os comportamentos mais complexos e flexíveis. É, também, a área responsável por comportamentos de procura e prestação de cuidados, fundamental para a adaptação e evolução da maioria dos mamíferos (Gilbert, 2005, 2009a, 2010b; MacLean, 1990); c) **Cérebro racional:** abrange toda a área do neocórtex e córtex telencefálico. É considerado o “cérebro novo”, que dota o ser humano de características únicas, tais como a capacidade de observação, pensamento abstrato, planificação, comunicação, imaginação, autoconhecimento e autoidentidade (Gilbert, 2005, 2009a, 2010b; MacLean, 1990). O processamento da informação nessa área é mais lento, intencional e controlado (Gilbert, 2010b).

Com base nessa perspectiva evolucionista, assume-se que diversos problemas psicológicos podem surgir através da interação entre os sistemas mais arcaicos e os mais recentes, em que a emoção e a lógica entram, frequentemente, em conflito (Gilbert, 2002b). Quando tal fato acontece, as estruturas mais antigas assumem o comando de todo o processamento da informação, modelando a experiência, a atenção, os pensamentos, as motivações e os comportamentos subsequentes (Gilbert, 2009a, 2009b, 2010b; MacLean, 1990). É conveniente lembrar que um dos produtos da evolução e de milhares de anos de pressões

ambientais (que impulsionaram a seleção natural) foi o surgimento de mecanismos que motivam os animais e os seres humanos a atingirem determinados objetivos biológicos e sociais, tais como evitar ameaças, a obtenção de reconhecimento ou a procura de parceiros (Gilbert, 2002b). Essas estratégias e disposições oferecem fundamentalmente objetivos de adaptação, sendo que existe um limiar dentro do qual todos esses mecanismos podem ser considerados funcionais ou, pelo contrário, disfuncionais (Wakefield, 1999). As respostas ansiosas, por exemplo, oferecem objetivos de proteção do organismo contra ameaças do ambiente e são úteis e funcionais, mas, conforme a especificidade do estímulo, a facilidade de ativação, a sua duração ou intensidade excessivas, podem se tornar invalidantes, originando um transtorno de ansiedade.

### Os sistemas de regulação do afeto

De acordo com Gilbert (2010b), as nossas diferentes motivações são reguladas por emoções que, por sua vez, são reguladas por três sistemas (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009a, 2010b): o sistema de defesa-ameaça, o sistema de procura de recursos e de recompensas (drive), e o sistema de afiliação, de calor e afeto (soothing). Esses sistemas funcionam de forma integrada e interdependente (Gilbert, 2010b), e a sua maturação e equilíbrio parece ser afetado por condições genéticas e ambientais (Gilbert, 2009a, 2010b; Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995). A Figura 13.1 ilustra os três sistemas de regulação do afeto.



**Figura 13.1** A interação entre os três sistemas de regulação do afeto (Adaptado de Gilbert, 2009b).

### O sistema de defesa-ameaça

O sistema de defesa-ameaça, como o próprio nome indica, é um sistema de proteção que é partilhado por todas as espécies animais e que serve para nos proteger de um potencial perigo real ou imaginado (p. ex., predadores, adversários, frustrações, situações desconhecidas). A mensagem subjacente e dominante desse sistema é “proteja-se!” (Gilbert, 2009a, 2010b). Os humanos também podem se sentir ameaçados por si próprios, através de pensamentos e sentimentos negativos acerca do *self* (não ser atraente ou desejável, ser incompetente, ser inferior, etc.), podendo, em consequência, sentirem-se mal consigo próprios (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006).

O sistema de defesa-ameaça (Gilbert, 2009a, 2010b) está desenhado para detectar diferentes tipos de ameaça de uma forma rápida, processá-las e selecionar uma reação emocional (raiva, medo, ansiedade, nojo/aversão) e uma resposta

comportamental adequadas (imobilização, luta, fuga, submissão). Todos esses mecanismos operam de uma forma quase que automática e, pelo menos inicialmente, fora da nossa consciência. Esse sistema é considerado um sistema de regulação de afeto negativo que tem raízes ancestrais muito primitivas; é facilmente ativado e não está desenhado para pensamentos complexos, mas sim para ações rápidas (Gilbert, 2009a, 2010b). Quando ativamos o modo de defesa-ameaça (p. ex., na presença de um estímulo fóbico ou numa situação envergonhadora), todos os aspectos da nossa mente (experiência emocional, atenção, pensamento, motivação, comportamento, imaginação e fantasia) focam-se na ameaça e centram-se na procura de segurança e de proteção (Gilbert, 2009a, 2010b).

Em suma, o sistema de defesa-ameaça é um sistema de proteção orientado para uma estratégia do tipo “mais vale prevenir do que remediar”, ou seja, é ultrasensível e superestima os perigos e as ameaças (Gilbert, 2009a, 2010b; Perry et al., 1995). Apesar de a sua ativação poder vir a ser disfuncional (p. ex., ativação excessiva numa situação não ameaçadora), este sistema é de extrema importância tanto para sobrevivência do indivíduo como da espécie (Gilbert, 2009a, 2010b; Perry et al., 1995). Além disso, funcionar num modo de defesa-ameaça pode ser adaptativo, especialmente em contextos desenvolvimentais hostis (Gilbert, 2010b; Perry et al., 1995; Ribeiro da Silva, Rijo, & Salekin, 2012, 2013). Por outro lado, quando a pessoa (criança ou adulto) funciona num modo de defesa-ameaça durante a maior parte do tempo, facilmente se torna hipervigilante e, portanto, pouco disponível para outro tipo de atividades (p. ex., relaxar, brincar, explorar), o que pode estar na gênese e manutenção de problemas psicológicos, frequentemente associados a problemas de vinculação (Gilbert, 2010b, Irons et al., 2006). Muitos tipos de psicopatologia estão associados a uma ativação excessiva do sistema de defesa-ameaça: comportamentos de evitação, comportamento agressivo e antissocial, ou sintomatologia ansiosa (Gilbert, 2010a).

### ***O sistema de procura de recursos e de recompensas (drive)***

O sistema de procura de recursos e de recompensas (*drive*) é concebido para dar uma sensação de bem-estar, para criar sentimentos positivos que orientem, motivem e encorajem para a procura de recursos e recompensas vantajosas, tanto para a nossa sobrevivência como para a prosperidade (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009a, 2010b). O sistema de *drive* é considerado um sistema de afeto positivo, que motiva e permite procurar, consumir e alcançar bens e recursos (p. ex., comida, sexo, relações de amizade, *status* e reconhecimento), fazendo com que o indivíduo sinta alegria, vitalidade e prazer (Gilbert, 2009a, 2010b). A mensagem subjacente e dominante desse sistema é “vá e alcance!” (antes de atingir o objetivo) e “isto é fantástico!” (depois de alcançar o objetivo) (Gilbert, 2009a, 2010b).

Atividades que deem prazer são essenciais para a sobrevivência e prosperidade; ativam os mecanismos cerebrais de recompensa, promovendo flexibilidade comportamental, satisfação de necessidades biológicas (comida, sexo e reprodução) e relações recompensadoras (de amizade, *status* e reconhecimento) (Blum et al., 2008). No entanto, um problema nos mecanismos envolvidos nos processos naturais de procura de recursos (p. ex., uma atividade hipodopaminérgica do cérebro), predispõe os sujeitos a procurarem estímulos ou comportamentos estimulantes (p. ex., ingestão compulsiva de carboidratos, abuso de substâncias, jogo compulsivo, sexo compulsivo) que criam um estado artificial de prazer (Blum et al., 2008).

Quando ativamos o sistema de *drive*, todos os aspectos da mente (experiência emocional, atenção, pensamento, motivação, comportamento, imaginação e

fantasia) ficam focados nos objetivos, mantendo o trabalho nos mesmos até que se consiga alcançá-los (Gilbert, 2009a, 2010b).

Quando o sistema de *drive* está equilibrado com os outros sistemas, isso constitui uma clara vantagem que guia em direção a importantes objetivos de vida (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009a, 2010b). No entanto, perdas patológicas de prazer podem constituir o componente central dos transtornos do humor (transtornos bipolares, onde o indivíduo alterna entre estados de ativação muito elevada e muito baixa, ou transtornos depressivos, nos quais está presente uma baixa ativação do sistema de *drive*, conduzindo a uma diminuição da motivação, energia e desejo) ou nos transtornos relacionados ao uso de substâncias (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009a, 2010b). Além disso, se um sujeito falha em alcançar os seus objetivos, persegue objetivos que não podem ser alcançados ou está constantemente tentando impressionar os outros (estratégia defensiva típica de indivíduos com pais hiper-críticos e perfeccionistas), isso poderá levar à ativação simultânea do sistema de defesa-ameaça. Quando o sistema de defesa-ameaça e o sistema de *drive* são ativados ao mesmo tempo, isto leva à ansiedade, à frustração e até à raiva, fazendo com que os indivíduos se envolvam mais facilmente em comportamentos agressivos (Gilbert, 2009a, 2010b).

### **O sistema de afiliação de calor e afeto (*soothing*)**

O sistema de afiliação, de calor e afeto (*soothing*) está associado à vinculação e tem como função tranquilizar e acalmar o indivíduo, quando este não está focado em ameaças ou na procura de recursos (Gilbert, 2009a, 2010b; Gilbert et al., 2008). É diferente do entusiasmo ou da ausência de ameaça, pois, quando esse sistema se encontra ativado, o indivíduo se sente bem, seguro e ligado aos outros. Além disso, enquanto nos sistemas de defesa-ameaça e de *drive* os relacionamentos interpessoais são secundários à proteção e à aquisição de bens e recursos, o sistema de *soothing* implica a experiência de *estar* (seguro, tranquilo) no momento presente. Relações interpessoais calorosas, baseadas na partilha e no afeto, são centrais para o desenvolvimento e maturação desse sistema (Gilbert, 2009a, 2010b; Gilbert et al., 2008).

O condicionamento, as memórias emocionais, um foco excessivo na ameaça ou na procura de recursos e maus-tratos parentais, entre outros, podem dificultar o desenvolvimento e a maturação do sistema de *soothing* (Gilbert, 2009a, 2010b; Perry et al., 1995). No entanto, esse sistema é de extrema importância no equilíbrio emocional, uma vez que regula tanto a ameaça como a procura de recursos (Gilbert, 2010b; Gilbert et al., 2008). Assim, a mensagem subjacente e dominante desse sistema é “está tudo bem, você está seguro!” (Gilbert, 2010b).

Desde o seu nascimento, o ser humano necessita de cuidados parentais, sendo o estabelecimento de vínculos sociais um requisito essencial para a sua sobrevivência (McDonald & McDonald, 2010). Crianças são sensíveis aos sinais interpessoais, e a sensação de segurança não é criada apenas com base na ausência de ameaça. É fundamental que se desenvolvam relações de qualidade, baseadas no calor e no afeto (Gilbert, 2009a, 2010b).

Diversos autores (p. Ex., Bowlby, 1969) enfatizaram a importância da criação de vínculos seguros, especialmente nos primeiros anos de vida. Os sinais e os comportamentos afetuosos dos pais evoluíram como estímulos naturais que ativam, desde o nascimento, o sistema de *soothing* do bebê, promovendo efeitos tranquilizadores e afetando a própria maturação cerebral (Gilbert et al., 2008). A procura de calor e afeto e a proximidade com uma figura de vinculação segura constitui uma estratégia inata para a regulação do afeto (p. ex., numa situação ansiogênica), estratégia essa evolutivamente importante para a sobrevivência e reprodução (Perry, et al., 1995).

Uma criança que tem uma vinculação segura, que foi tranquilizada e amada, pode facilmente evocar essas memórias emocionais em situações de *stress*, o que vai ajudá-la, ao longo da vida, a regular o afeto através de um mecanismo de autotranquilização (Porges, 2007). Uma vinculação segura não só está associada a comportamentos de prestação de cuidados, como também se associa a baixos índices de psicopatologia (Gilbert et al., 2008). Por outro lado, uma criança com uma vinculação insegura, mais facilmente desenvolve um sistema de defesa-ameaça hipersensível e hiperreativo e um sistema de *soothing* subdesenvolvido (Porges, 2007). Essas crianças têm maior risco de desenvolverem psicopatologias, estão mais focadas em perceber o outro como fonte de ameaça (possibilidade do outro controlar, magoar ou rejeitar) e facilmente se tornam muito focadas no alcance de *status*, estando, portanto, menos propensas a desenvolverem comportamentos de prestação de cuidados com o *self* com os outros (Gilbert et al., 2008).

### **Modelo Biopsicossocial da Vergonha**

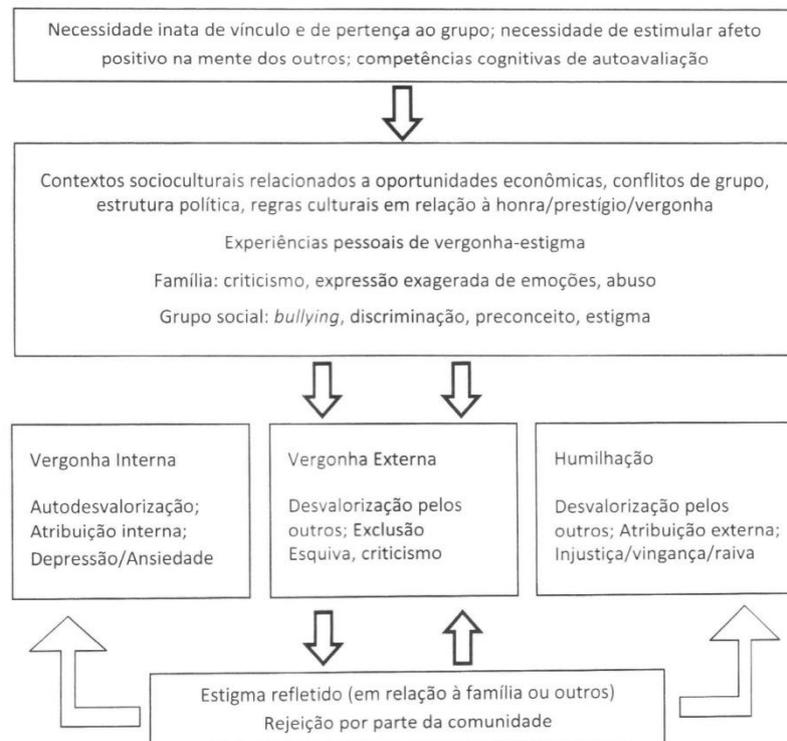
A vergonha tem sido definida como uma emoção autoconsciente com elevada importância social (Tangney & Dearing, 2002), crucial para a identidade (Gilbert, 1998), e como estando associada a uma avaliação interna negativa do *self* (Gilbert, 1998; Lewis, 1992). São diversas as teorias explicativas da gênese da vergonha (ver Mills, 2005, para uma revisão). Em particular, o Modelo Biopsicossocial da Vergonha de Gilbert (2000, 2002a, 2006, 2007b, 2010b) propõe que todos os seres humanos têm necessidades inatas de ligação ao outro, de cuidado/afeto e partilham também a necessidade de estimular afeto positivo na mente dos outros (p. ex., ser desejado, acarinhado, apreciado, escolhido e valorizado), permitindo-lhes estabelecer vínculos dentro e fora do seio familiar. Essa necessidade de vinculação e de pertença ao grupo faz com que os indivíduos procurem aceitação social, no sentido de facilitar as suas relações interpessoais, de promover sentimentos de desejabilidade e de valorização perante os outros. Toda e qualquer interação ocorre em contextos que podem ter características favoráveis ou, pelo contrário, aspetos hostis, dando ao indivíduo a informação sobre o que é aceitável e atrativo. Tais experiências indicam se o indivíduo é atraente, aceito e pertencente ao grupo ou se, pelo contrário, é considerado pouco atraente e vulnerável em situações sociais (Gilbert & Irons, 2009). A forma como cada sujeito percebe as experiências precoces vividas no seio da família ou com outros significativos (p. ex., pares, professores) tem um forte impacto, não só na forma como se avalia a si mesmo, mas também na forma como pensa que existe na mente dos outros (Gilbert, 2000, 2002a, 2006, 2007b, 2010b). Indivíduos que se percebem na mente do outro como indesejados, pouco passíveis de serem amados e como vulneráveis à rejeição, têm uma visão do mundo como um lugar inseguro e hostil (Gilbert, 2000, 2002a, 2006, 2007b, 2010b). Essa percepção do mundo e dos outros faz com que sejam desencadeados sentimentos de vergonha.

A vergonha tem surgido como uma das emoções com maior impacto no funcionamento humano em geral e na psicopatologia em particular (Gilbert, 2002a). Definida como uma das emoções mais dolorosas e devastadoras (Lewis, 1992; Tangney, & Dearing, 2002), a vergonha tem sido bastante utilizada na descrição de fenômenos internos relativos ao *self*, de episódios relacionais e de práticas culturais de manutenção da honra e do prestígio (Gilbert, 1998). De um modo geral, a vergonha tem sido caracterizada como uma emoção autoconsciente que envolve culpabilização e avaliações negativas do *self*, mas também uma imagem dos outros como reprovadores (Tangney & Dearing, 2002). Em consequência, a conceitualização dessa emoção pode ser feita de duas formas: *vergonha externa*, definida como uma experiência social dolorosa, ligada à percepção de que se é julgado e visto pelos outros como

inferior, defeituoso e pouco atraente, podendo resultar na rejeição ou discriminação por parte dos mesmos; e *vergonha interna*, em que o sujeito julga a si próprio e faz atribuições negativas relativas às suas características, sentimentos e fantasias, influenciando diretamente a maneira como se sente (raiva, ansiedade, repulsa; Gilbert, 2002a, 2010b; Lewis, 1992). Segundo Gilbert (2010b), há geralmente uma ligação entre a vergonha externa e interna e, quando descritas em separado, aquilo que se verifica é que “a forma como as pessoas pensam que os outros pensam sobre elas muitas vezes é como elas pensam/sentem sobre si mesmas” (p. 86). A vergonha influencia, portanto, a forma como os indivíduos em geral pensam e sentem, não só em relação a si mesmos, mas também em relação à sua aceitabilidade e desejabilidade social, o que, conseqüentemente, tem um grande impacto no seu comportamento em contextos sociais (Gilbert, 1998).

A percepção de que os outros têm uma visão negativa em relação ao *self* é experienciada pelos indivíduos como uma ameaça, podendo por isso, ativar sentimentos de vergonha (ativando o sistema de defesa-ameaça) e, conseqüentemente, diversos tipos de respostas defensivas. No sentido de proteger o *self* contra as ameaças sociais e pessoais (tais como a rejeição por parte dos pares, pais ou outros significativos, a perda de proteção, amor, carinho, etc.), os indivíduos podem adotar algumas estratégias defensivas. Estas podem ser de dois tipos: a) estratégias internalizantes, nas quais os sujeitos se identificam com a avaliação negativa, adotando uma postura de subordinação ou de submissão em relação ao outro e se autocriticando; b) estratégias de defesa externalizantes, nas quais é adotado um comportamento dominante, agressivo e de ataque ao outro (Lewis, 1992; Gilbert, 2002a, 2006, 2007b, 2010b). Quando a estratégia de defesa adotada passa pelo ataque, o sujeito atribui más intensões ao outro, o que implica sentimentos de raiva e desejos de retaliação (Gilbert, 1998, 2002a, 2006, 2007b, 2010b).

A Figura 13.2 apresenta os diversos componentes descritos do Modelo Biopsicossocial da Vergonha.



**Figura 13.2** Modelo Biopsicossocial da Vergonha (Adaptado de Gilbert, 2002a).

Quando experienciada em níveis consideráveis, a vergonha pode estar

associada a vários quadros clínicos, como a depressão (Thompson & Berenbaum, 2006), o transtorno de ansiedade social (Irons & Gilbert, 2005), transtornos alimentares (Troop, Allan, Serpell, & Treasure, 2008), e transtornos da personalidade, especificamente os Transtornos da Personalidade *borderline* (Rüsch et al., 2007) e a Narcísica (Lewis, 1992). Parece, ainda, estar associada à paranoia (Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2012), à dificuldade em controlar a raiva (Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall, & Gramzov, 1992), à violência doméstica (Kaufman, 1989) e à agressividade (Gold, Sullivan, & Lewis, 2011).

Pelo fato de, aparentemente, a vergonha desempenhar um papel importante na gênese e manutenção da psicopatologia, a explicação para o desenvolvimento da mesma pode estar, não na experiência dessa emoção por si só, mas sim na forma como cada indivíduo lida com ela (Campbell & Elison, 2005). Nessa linha de pensamento, alguns autores têm defendido que, quando da experiência de sentimentos de vergonha, os indivíduos podem adotar diferentes estratégias de defesa, associadas a diversas motivações, afetos, cognições e comportamentos. Nathanson (1994), tendo por base observações clínicas, propôs um modelo, denominado “Bússola da Vergonha” (*Compass of Shame*), no qual propõe quatro pólos de respostas focadas na vergonha e que estarão relacionadas com o desenvolvimento de psicopatologias. Esse autor argumentou que, perante situações ativadoras de sentimentos de vergonha, os indivíduos podem responder com: a) **comportamentos de Evitação** (*Avoidance*), em que não reconhecem ou negam a experiência negativa como sendo sua e tentam distrair o *self* e os outros da angústia e do mal-estar associados à experiência da vergonha (p. ex., contar uma piada para fazer de conta que a situação não o incomoda); b) **respostas de Ataque ao Outro** (*Attack Other*), em que o indivíduo tende a não reconhecer a experiência negativa como sua, não aceita a mensagem de vergonha e tende a culpar os outros; c) **comportamento de Fuga** (*Withdrawal*), em que o indivíduo reconhece a situação de vergonha como negativa e tende a se retirar ou a se esconder; d) **respostas de Ataque ao Self** (*Attack Self*), em que o indivíduo reconhece a experiência de vergonha como negativa e a sustenta, numa tentativa de manter a relação com os outros, mas se culpabilizando e criticando a si próprio. Além dessas formas de lidar com a vergonha, ditas não adaptativas, Nathanson (1994) propôs ainda um polo de resposta adaptativo, no qual o indivíduo reconhece e lida com a vergonha no sentido de restabelecer a relação com o outro ou de se autotranquilizar.

Essas diferentes formas de lidar com a vergonha tendem a variar de acordo com o gênero, e podem estar relacionadas com aspectos culturais e com a socialização precoce com a vergonha, que se inicia na relação com os pais e cuidadores (Lewis, 1992; Mills, 2005). De acordo com esse modelo, a psicopatologia (que se associa a níveis elevados de vergonha) pode decorrer do modo como os indivíduos lidam com a vergonha (Campbell & Elison, 2005). A função central de todas essas estratégias parece ser a de reduzir o afeto negativo associado à experiência dessa emoção. A vergonha parece, portanto, ter um papel central na motivação, e na auto e heterorrepresentações, que influenciam, por sua vez, os estados emocionais dos indivíduos (p. ex., raiva, ansiedade, nojo/aversão), bem como as suas ações (p. ex., autocrítica, ataque ao outro) (Gilbert, 1998, 2002a; Lewis, 1992).

## **Vergonha, autocrítica e psicopatologia**

De acordo com o modelo evolucionista, o autocrítica é uma estratégia adaptativa em contextos de ameaça social, abuso ou hostilidade, encontrando-se

frequentemente associado à vergonha, sentimentos de derrota, rejeição e perseguição social, bem como a comportamentos de defesa (Gilbert, 2005; Castilho, 2011). O autocriticismo tem a sua origem na memória de eventos ameaçadores (p. ex., sentir-se criticado/ humilhado pelos pais ou por um professor), sendo que a internalização desses sinais sociais externos é facilmente ativada em situações sociais semelhantes ao evento, ou eventos, de ameaça originais (Gilbert, 2010b). O autocriticismo é uma resposta típica a situações em que o indivíduo considera que errou ou falhou em tarefas ou objetivos importantes, sendo que a monitorização constante desses erros e falhas leva à vergonha, à sentimentos de frustração e/ou de inadequação, o que contribui para uma visão negativa de si próprio e de menosvalia pessoal.

Quando recorre frequentemente a essa autoavaliação negativa ou quando o autocriticismo é entendido como fazendo parte da sua identidade, o indivíduo fica mais vulnerável a dificuldades interpessoais e à psicopatologia, na medida em que se reforçam sistemas neurofisiológicos ligados ao sistema de defesa-ameaça e se dificulta o desenvolvimento do sistema de *soothing* (Gilbert, 2000; Castilho, 2011). Quando tal acontece, a relação estabelecida com o próprio eu é pautada pela desvalorização, hostilidade e humilhação. Em casos mais extremos, o autocriticismo é uma forma de relação *eu-eu* marcadamente abusadora e persecutória, na qual uma parte do *eu* identifica as falhas e defeitos, acusa-se, condena-se ou, eventualmente, detesta-se, e outra parte do *eu* submete-se, aceitando tais falhas e defeitos como verdadeiros. Esse diálogo interno de ataque-submissão sugere uma interação entre diferentes partes do *eu*, na qual se reforça o sentimento de vergonha interna (visão de si como inferior e socialmente menos atraente), o que leva a comportamentos disfuncionais na relação com outros, decorrente da percepção de que se ocupa uma posição inferior *ranking* social (comparação social desfavorável).

Gilbert & Irons (2004) sugerem que o autocriticismo pode assumir diferentes formas e funções, e que essas dimensões podem estar associadas de modo diferente à psicopatologia. O autoataque tem como função fazer com que o indivíduo se esforce mais em atividades importantes ou o impeça de repetir ou cometer erros. Essa seria uma estratégia de proteção do *eu*, na medida em que permite evitar a exposição de defeitos que possam levar à rejeição social (p. ex., peso ou forma corporal, características físicas ou de personalidade). Os indivíduos autocríticos acreditam que o ataque tem como objetivo o autoaperfeiçoamento (e que é para o seu próprio bem, na medida em que se corrigem para serem melhores pessoas). Acreditam, ainda, que, se não recorrerem ao ataque, vão falhar e ser rejeitados pelos outros. Essa forma de autocriticismo está, portanto, relacionada a níveis elevados de perfeccionismo. Por outro lado, essa mesma estratégia poderá também alimentar sentimentos de inadequação e desajustamento social. Nos indivíduos autocríticos que se desprezam e detestam, a função do autoataque é submeter e subjugar o *eu* à dominância e poder da parte hostil (abusadora), que persegue e pune um *eu* que é odiado e visto como defeituoso ou mau.

Em suma, os autores postulam que as duas funções do autocriticismo (autocorreção e autopunição) determinam as formas do “*eu* inadequado” ou “*eu* odiado”. O “*eu* inadequado” se relaciona com sentimentos de desajustamento, de inadequação e de inferioridade, enquanto o “*eu* odiado” está relacionado com sentimentos mais intensos de desprezo, de ódio e até de repugnância/nojo pelo próprio *eu*. Considera-se que esta última forma de autocriticismo estaria mais presente em populações clínicas de indivíduos que cresceram em contextos mais hostis (de abuso e/ou negligência parental), enquanto a forma do “*eu* inadequado” seria uma forma mais comumente encontrada em indivíduos da população geral (Gilbert, 2010b).

São diversos os estudos que mostram que o autocriticismo desempenha um papel nuclear na gênese e na manutenção da psicopatologia, nomeadamente na

depressão (Gilbert, 2002a), no abuso de substâncias (Potter-Efron, 2002), no suicídio (Fazaa & Page, 2003), no transtorno de estresse pós-traumático (Brewin, 2003), nos transtornos alimentares (Steiger, Goldstein, Mongrain, & Van der Feen, 1990), na ansiedade social (Cox, Fleet, & Stein, 2004), nos transtornos da personalidade (Linehan, 1993) e nos transtornos psicóticos (Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert, & Plaistow, 2000). Aquilo que torna patológico o autocriticismo não é apenas o conteúdo crítico dos pensamentos sobre si próprio, mas sobretudo os processos originados por essa crítica dirigida ao *eu* (p. ex, raiva), associados a dificuldades em produzir um discurso interno de autotranquilização e de aceitação do *eu* (Neff, 2003). Desse modo, não se trata apenas de reduzir os pensamentos e a hostilidade dirigida ao *eu* (conforme é postulado em outras abordagens terapêuticas), mas, sobretudo, de desenvolver a capacidade de autotranquilização e de autocompaixão (Gilbert & Procter, 2006). A compaixão pelo *eu* tem sido associada, sistematicamente, a maiores níveis de satisfação com a vida, inteligência emocional e saúde mental. Essa forma alternativa de relação com o *eu* em situações de ameaça é denominada de “*eu* tranquilizador”, e está subjacente às mentalidades sociais e padrões psicobiológicos relacionados com a ativação do sistema de *soothing* (Gilbert, 2010b). O desenvolvimento da autocompaixão estimula o sistema de *soothing* (ao mesmo tempo que reduz a superativação do sistema de defesa-ameaça), promovendo sentimentos de aceitação, de tranquilização e de cuidados com o próprio *eu* e com os outros.

## **A mente compassiva**

A psicologia ocidental conceitualiza a compaixão como uma combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos que abrem alguém ao sofrimento do outro, levando-se a compreender o sofrimento numa atitude não avaliativa, bem como a atuar tendo em vista o alívio do mesmo (Gilbert, 2005). Essa definição engloba componentes como: (a) *bondade*, isto é, a capacidade de ser amável e compreensivo para com o sofrimento do outro, em vez de se ser indiferente e negligente; (b) *humanidade comum*, que significa entender que as próprias experiências fazem parte de uma experiência humana partilhada; e (c) *mindfulness*, ou seja, a consciência equilibrada, aceitação e abertura em relação ao sofrimento do outro, não negando nem evitando o contato com o afeto negativo do outro (Neff, 2003).

A compaixão envolve dimensões como o cuidado, o calor, a tolerância e aceitação, a simpatia, a empatia e o não julgamento, fazendo, segundo Gilbert (2009a, 2010b), parte da mentalidade de prestação de cuidados. Diversos estudos referem que a compaixão desempenha um papel importante nas relações de cooperação, envolvendo padrões relacionais que acalmam e produzem confiança, assim como uma ativação de regiões neurocorticais centrais para a tomada de perspectiva (Oveis, Gruber, Keltner, Stamper, & Boyce, 2009). Por outro lado, a compaixão encontra-se associada à felicidade e ao bem-estar psicológico (Mongrain, Chin, & Shapira, 2011), a sentimentos de proximidade, de ligação e de apoio social (Crocker & Canavello, 2008) e pode ser protetora de várias condições psicológicas negativas, como o medo, a raiva, a inveja e a vingança (Goleman, 2003). Além disso, vários estudos não só têm evidenciado que a compaixão apresenta efeitos moderadores ao nível do *autofocus* negativo depressivo (Allen & Knight, 2005), como também tem um impacto positivo na diminuição da sintomatologia ansiosa (Mongrain, Chin & Shapiro, 2011).

De acordo com Neff (2003), o conceito de compaixão está intrinsecamente ligado ao conceito de *autocompaixão*, que implica estar aberto ao próprio

sofrimento, experienciando sentimentos de calor, de cuidado e de compreensão para com o *eu*, numa atitude de observação curiosa e de compreensão não julgadora em relação aos erros e inadequações, reconhecendo simultaneamente as experiências como parte de uma experiência humana comum. A autocompaixão é uma estratégia de regulação emocional positiva, importante para a resiliência psicológica, satisfação com a vida e conexão, e aceitação social (Neff, 2003), com um efeito amortecedor no desenvolvimento de psicopatologia (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Nos indivíduos autocompassivos, os sentimentos e pensamentos negativos não são evitados, mas antes encarados com uma consciência clara, cuidada e compreensiva, e com um sentido de partilha comum da experiência. As emoções negativas são transformadas em estados emocionais positivos, permitindo uma apreensão mais clara da situação e a adoção de ações para com o *eu* ou com o meio, mais apropriadas e eficazes (Neff, 2003). Esse reconhecimento metacognitivo das experiências interativas do *eu-outros* aumenta, por um lado, os sentimentos de ligação e os comportamentos de prestação de cuidados, e, por outro lado, diminui os sentimentos de isolamento (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

### **A terapia focada na compaixão: o processo terapêutico**

Como sugere Gilbert (1993), a maior parte das abordagens de psicoterapia parte do pressuposto de que os sintomas psicopatológicos resultam, não só da ameaça (real ou imaginada), mas também das estratégias de proteção que se utiliza para lidar com ela. Na terapia focada na compaixão (TFC), torna-se claro (por oposição às abordagens cognitivas mais racionalistas) que não se trata de mostrar ao paciente a irracionalidade ou a falta de lógica do seu pensamento ou estilo de processamento de informação, mas antes de compreender onde e de que forma é que o sujeito ficou “preso” em formas inúteis (ainda que compreensivas) de tentar aumentar o seu sentimento de segurança perante as ameaças. A TFC propõe a existência de três sistemas básicos de regulação do afeto (anteriormente descritos) que devem ser trabalhados na terapia. Assim sendo, a formulação de caso gira em torno do equilíbrio da atividade desses mesmos sistemas, com particular ênfase na forma como atuam e se desenvolveram as estratégias para lidar com a vivência da ameaça e as estratégias que servem a procura de segurança. Em muitos casos, as estratégias de segurança que os pacientes utilizam integram o repertório inato de defesas que a espécie foi adquirindo ao longo dos tempos. No entanto, na psicopatologia, elas não só se tornaram recorrentes como ficaram automatizadas e ligadas a sistemas cognitivos que fazem com que a pessoa rapidamente se automonitore, culpe, critique ou, por exemplo, se comporte de forma ou agressiva ou submissa. A TFC ajuda o paciente a compreender que essas estratégias são evolutivamente determinadas, promove o *insight* sobre a sua função, e reconhece a dificuldade/medo do paciente em desistir delas. São os perfis idiossincráticos de estratégias de segurança, resultantes quer da ameaça quer de necessidades não satisfeitas, que são importantes na TFC, mais do que a identificação de sintomas, crenças ou esquemas nucleares.

De um modo geral, pode-se dizer que o objetivo último da TFC é o de equilibrar a atuação dos sistemas de regulação do afeto, promovendo a ativação do sistema de afiliação, de calor e afeto (*soothing*). Ao estimular esse sistema, procura-se desenvolver competências de autotranquilização e de autocompaixão, mas também de ligação/prestação de cuidados aos outros. Desse modo, será possível reduzir níveis elevados de vergonha e, conseqüentemente, o uso do autocriticismo.

### **Formulação de caso**

A formulação de caso da TFC para indivíduos com elevada vergonha e autocrítico integra modelos cognitivos, comportamentais e de vinculação, e foca-se em quatro domínios-chaves: (a) influências inatas e históricas que dão origem a... (b) medos e ameaças internas ou externas que dão origem a... (c) estratégias de segurança internas ou externas que dão origem a... (d) consequências não desejadas (que geram mais desconforto, mais estratégias de segurança e maiores dificuldades), incluindo o autocrítico (Gilbert, 2010b).

Na TFC, defende-se que não deve existir apenas uma formulação após a avaliação inicial do paciente, mas sim diferentes formulações que, sequenciadas, orientam a própria evolução do processo terapêutico. Aceitando que se trata de um guia (e não de uma ordem ou sequência obrigatória), que pode ser alterado, acelerado ou abrandado em função de cada paciente, Gilbert (2010b) propõe uma sequência na formulação de caso que pode servir como orientação para o processo terapêutico (cf. Quadro 13.1).

**Quadro 13.1** A evolução da formulação de caso ao longo do processo terapêutico

<b>Primeira formulação</b>
Apresentação das dificuldades atuais e sintomas. Compreensão e validação das dificuldades. Estabelecimento da relação terapêutica – estar alerta a eventuais dificuldades.
<b>Segunda formulação</b>
Exploração do contexto cultural e histórico do paciente. Elaboração da narrativa da história de vida do indivíduo. Promoção de <i>insight</i> sobre memórias emocionais centrais acerca do eu e dos outros.
<b>Terceira formulação</b>
Formulação estruturada no contexto do modelo dos quatro domínios: influências inatas e históricas; ameaças, medos, preocupações e necessidades não satisfeitas; estratégias de segurança internas e externas e estratégias compensatórias; consequências indesejadas. Identificação de estratégias de segurança e de regulação do afeto significativamente problemáticas (p.ex., evitação, ruminação, abuso de substâncias ou autodano).
<b>Quarta formulação</b>
Explicação do modelo evolucionista da mente. Distinção entre “a culpa não é sua” e a “assunção de responsabilidade”. Explicação dos três sistemas de regulação do afeto. Reformulação dos problemas do paciente segundo este modelo.
<b>Quinta formulação</b>
Definição e seleção de tarefas terapêuticas (p.ex., monitoramento de pensamentos, testes comporta mentais, desenvolvimento do “eu compassivo”, <i>imagerie</i> compassiva, escrita de carta compassiva). Exploração de dificuldades e obstáculos.
<b>Sexta formulação</b>
Revisão de formulações anteriores à luz do progresso nas tarefas e de nova informação obtida. Adequação das tarefas terapêuticas. Trabalho conjunto futuro e “para além da terapia”. Prática diária em contextos reais de vida. Preparação do final do processo terapêutico.

Fonte: Adaptado de Gilbert, 2010b.

**Princípios e estratégias de intervenção**

Existe um consenso generalizado sobre o papel importante que a relação

terapêutica tem nos resultados da psicoterapia (ainda que seja discutível a forma segundo a qual a relação pode atuar). A TFC foi desenvolvida inicialmente para pacientes autocríticos e com elevada vergonha, sendo que, em tais casos, criar uma relação terapêutica segura e de contenção é fundamental para o trabalho terapêutico. Se uma aliança terapêutica segura e de qualidade facilita a adesão às estratégias de intervenção e o impacto das mesmas, na TFC é dada ênfase à capacidade da relação terapêutica para “desenvergonhar” e “despatologizar” o paciente (Gilbert, 2007a; Gilbert & Leahy, 2007).

A validação empática implica na experiência de que outra pessoa/mente compreende a nossa mente (os nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos) e os valida. Validação empática significa que, por um lado, temos compreensão e somos capazes de nos ligar ao ponto de vista do outro e, por outro lado, somos capazes de validar a experiência do outro como genuína. Experiência essa que faz parte da condição humana e da vida de cada um. Nesse sentido, o recurso à validação empática vai para além da habitual reflexão terapêutica, porque reconhece a reação do paciente como compreensível e como uma experiência válida. Por exemplo, em vez de refletir “você está muito zangado por causa do que lhe fizeram”, o terapeuta diria “rendo em vista o que aconteceu, é compreensível que você se sinta dessa maneira”. Muitos conflitos na relação terapêutica podem resultar de o paciente sentir que está sendo invalidado pelo terapeuta ou sentir que este demonstra pouco interesse ou que não se esforça para compreendê-lo, cuidar dele, que o está “patologizando” ou rotulando, ou ainda forçando-o a uma mudança. Quando o paciente sente que o terapeuta se interessa genuinamente por ele e é capaz de oferecer cuidados na própria terapia, se consegue promover a ativação do sistema de *soothing*, objetivo último da TFC. Essas competências exigem do próprio terapeuta o desenvolvimento, em si próprio, de uma mente compassiva, não só como meio para compreender e poder validar a experiência pessoal do paciente, mas também como “ferramenta” para estimular os sistemas de afeto positivo do mesmo.

Um dos objetivos centrais da TFC é o de promover o desenvolvimento de autocompaixão. Uma relação terapêutica compassiva é fundamental para que esse objetivo seja alcançado. Os manuais de TFC descrevem diversos exercícios para promover a autocompaixão: *imagerie* compassiva, pensamento/comportamento compassivo, memória s compassivas e escrita de carta compassiva constituem alguns exemplos.<sup>1</sup> Todos esses exercícios devem ser realizados num modo *mindful*; o terapeuta deve explicar ao paciente que é natural que a sua mente divague durante os exercícios, encorajando-o a reforçar a sua atenção de forma gentil, sempre que isso acontece (Gilbert, 2010a).

Qualquer intervenção num processo de TFC deve ser realizada com espírito e motivação de calor e afeto, encorajamento, suporte e bondade. Por exemplo, quando se está ajudando um paciente a desenvolver pensamentos alternativos, deve-se primeiro focar na empatia pelo desconforto, capacitar-se para refletir na experiência de humanidade comum, mostrar aceitação pelas limitações e dificuldades, distinguir a autocorreção de autocrítica, e auxiliar no acesso a memórias encorajadoras que ajudem na realização da tarefa terapêutica (Gilbert, 2010a).

O que se procura na TFC é a aproximação sucessiva a uma autoidentidade compassiva. Desenvolver autocompaixão (compaixão do pelo *self* implica também que se seja capaz de aceitar a compaixão dos outros e, ao mesmo tempo, ser compassivo com os outros. No desenvolvimento da auto e da heterocompaixão é fundamental distinguir a assunção de responsabilidade (por uma dificuldade ou por uma reação

---

<sup>1</sup> Para uma descrição detalhada dos exercícios consultar Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.

excessiva) autocondenação, bem como de sentimentos de culpa e/ou de autocriticismo. O reconhecimento, pelo paciente, de que é um ser evolutivamente determinado, equipado com sistemas de autoproteção previamente definidos, faz com que muitos desenvolvam determinadas estratégias de defesa, na procura de segurança, que vêm mais tarde a se revelar disfuncionais, pouco úteis e causadoras de maior sofrimento. Nesse sentido, na TFC trabalham-se não só os sentimentos de vergonha, mas também o *coping* com a vergonha (ataque ao *self* autocriticismo, ataque ao outro, evitação e fuga da experiência de vergonha) (Campbell & Elison, 2005).

Um aspecto que deve ainda ser realçado relaciona-se ao medo/bloqueio da compaixão. Alguns pacientes, sobretudo os mais autocríticos e com elevada vergonha, podem apresentar alguma resistência à adesão às tarefas terapêuticas ou ao próprio resultado das intervenções promotoras da autocompaixão. Muitas vezes a maior parte desses pacientes provém de contextos abusivos e negligentes; tem poucas (ou nenhuma) experiências de se sentirem tranquilos e seguros, e não são capazes de o fazer em relação a si próprios (Castilho, 2011). O sistema de calor e afeto (*soothing*) está, portanto, desativado ou subdesenvolvido. Nesses casos, os pacientes podem considerar que não merecem compaixão ou que ser compassivo é um sinal de fraqueza. O terapeuta deve começar por normalizar e validar essas dificuldades, salientando, no entanto, o valor da autocompaixão. Ao se trabalhar a resistência à compaixão, é útil identificar possíveis crenças que alimentem essa resistência, bem como trabalhar memórias emocionais que a mantêm. Nesse tipo de intervenção, deve-se focar a realidade de que a compaixão permite ao paciente se tornar mais corajoso ao lidar com as próprias dificuldades emocionais. A mudança cognitiva deve ser encarada como um desejo, e não apenas como algo puramente lógico e racional que deva ser alcançado (Gilbert, 2007a). Por outras palavras, a mudança aproxima de um *self* mais genuíno, que cada um gostaria de poder alcançar.

## **Contextos de aplicação e resultados**

A TFC foi inicialmente concebida para pacientes com níveis elevados de vergonha e de autocriticismo. Atualmente é implementada, quer em formato individual quer em formato de grupo, junto a pacientes com patologias depressivas, ansiosas, psicóticas, com transtornos alimentares e com transtornos da personalidade. Tendo em conta que se trata de um modelo de terapia inovador, diversas equipas continuam testando o seu impacto em diversas populações (p. ex., cuidadores de doentes, pessoal de saúde de serviços oncológicos) e a sua aplicação em determinadas áreas ainda está sendo investigada. No âmbito da intervenção com menores, realizada pelo Sistema de Justiça Juvenil Português, foi recentemente desenvolvido um estudo-piloto com TFC realizado com 17 agressores juvenis. Após 12 sessões de psicoterapia, a maioria dos sujeitos apresentou uma diminuição clinicamente significativa no comportamento agressivo e antissocial, uma redução dos níveis de vergonha e do uso de estratégias de *coping* disfuncionais com a vergonha (sobretudo das estratégias de ataque ao *self* e de fuga), bem como um incremento na autocompaixão (Rijo, da Motta, Ribeiro da Silva, Brazão, & Paulo, 2013).

De um modo geral, os estudos de eficácia da TFC atualmente disponíveis têm mostrado que os pacientes, após a intervenção, apresentam uma redução significativa na sintomatologia depressiva, ansiosa, na vergonha, no autocriticismo e nos comportamentos submissos, assim como um aumento na capacidade de autotranquilização e compaixão pelo eu (Gilbert & Procter, 2006).

## **Referências**

Allen, K B. & Knighr. W E. J. (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 239-262). New York: Routledge.

Berridge, K. C. & Kringelbach, M. L. (2008). Affective neuroscience of pleasure: Reward in humans and animals. *Psychopharmacology*, 199, 457-480.

Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344.

Blum, K., Chen, A. L. C., Chen, T. J. H., Braverman, E. R., Reinking, J., Blum, S. H., ... Oscar-Berman, M. (2008). Activation instead of blocking mesolimbic dopaminergic reward circuitry is a preferred modality in the long term treatment of reward deficiency syndrome (RDS): A commentary. *Theoretical Biology and Medical Modelling*, 5, 1-16.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.

Brewin, C. R. (2003). *Post-traumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.

Campbell, J. S. & Ellison, J. (2005). Shame coping styles and psychopathic personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 84(1), 96-104.

Castilho, P. (2011). Modelos de relação interna: Aurocriticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Coimbra: Universidade de Coimbra.

Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.

Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227-234.

Crocker, J. & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 555-575.

Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait or affiliation. *Behavioural and Brain Sciences*, 28, 313-350.

Fazza, N. & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 33(2), 172-185.

Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 131-153.

- Gilbert, P. (1998). What is same? Some core issues and controversies. In P Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp.336). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2002a). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualization, research and treatment* (pp. 3-54). London: Brunner.
- Gilbert, P. (2002b). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, 263-294.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*, London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2006). A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. In N. Tarrrier (Ed.), *Case formulation in cognitive-behavioral therapy. The treatment of challenging and complex cases* (pp. 81-112). New York: Routledge.
- Gilbert, E (2007a). Evolved mind s and compassion in the therapeutic relationship. In E Gilbert & R. Leah y (Eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 106-142). London: Routledge.
- Gilbert, P (2007b). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach. In J. L. Tracy, R. W Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2009a). Introduction to compassion focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 5, 199-208.
- Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind*. London: Constable & Robin son.
- Gilbert. P. (2010a). *An introduction to theory and practice of compassion Focused therapy and compassionate mind training for shame based difficulties*. Retrieved from <http://www.compassionaremind.co.uk/>
- Gilbert, E (2010b) *Compassion focused therapy. The CBT distinctive features series*. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In N. Allen (Ed.), *Psychopathology in Adolescence* (pp. 195-214). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety,

stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 182-191.

Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassion and mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

Gold, J., Sullivan, M., & Lewis, M. (2011). The relation between abuse and violent delinquency: The conversion of shame to blame in juvenile offenders. *Child Abuse, & Neglect*, 35, 459-467.

Goleman, O. (2003). *Destructive emotions: A scientific dialogue with the Dalai Lama*. New York: A Bantam Book.

Irons, C. & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28, 325-341.

Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 1-15.

Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame*. New York: Springer Publishing.

Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J. A., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS ONE*, 3(3), 1-10.

MacDonald, K. & MacDonald, T. M. (2010). The peptide that binds: A systematic review of oxytocin and its prosocial effects in humans. *Harvard Review of Psychiatry*, 18, 1-21.

MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution*. New York: Plenum.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2012). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 334-349.

Mills, R. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25, 26-63.

Mongrain, M., Chin, J. & Shapira, L. (2011). Practicing compassion increases happiness and self-esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12, 963-981.

Nathanson, D.L. (1994). *Shame and pride. Affect, sex, and the birth of the self*. New York: Norton.

Neff, K. O. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.

- Oveis, C., Gruber, J., Kelmer, O., Sramper, J. L., & Boyce, W. T. (2009). Smile intensity and warm touch as thin slices of child and family affective style. *Emotion, 9*, 544-548.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, O. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 271-291.
- Porges S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology, 74*, 116-43.
- Ribeiro da Silva, O., Rijo, O., & Salekin, R. T. (2012). Child and adolescent psychopathy: A state-of-the-art reflection on the construct and etiological theories. *Journal of Criminal Justice, 40*, 269-277.
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, O., & Salekin, R. T. (2013). Child and adolescent psychopathy: Assessment issues and treatment needs. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 71-78.
- Rijo, O., da Motta, C., Ribeiro da Silva, O., Brazão, N., Paulo, M. (2013, Novembro). *Modelo de intervenção desenvolvido no âmbito do Projecto PAIPA: Modelo conceptual, desenho da intervenção e resultados*. Comunicação apresentada no Seminário Justiça Juvenil e Saúde Mental, Lisboa, Portugal.
- Rüsch, N., Lieb, K., Gorrler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H. (2007). Shame and implicit self-concept in women with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 500-508.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress etiology and treatment. *Journal of Psychology, 218*, 109-127. Retirado de <http://psycner.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2010-19607-007>
- Steiger, H., Goldstein, C., Mongrain, M., & Van der Feen, J. (1990). Description of eating-disordered, psychiatric, and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *Journal of Eating Disorders, 9*, 129-140.
- Tangney, J. P & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Tangney, J., Wagner, P, Flercher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger: The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(4), 669-675.
- Thompson, R. & Berenbaum, H. (2006). Shame reactions to everyday dilemmas are associated with depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 415-425.
- Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. L (2008). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 12-19.
- Wakefield, J. C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 400-411.