



SEÇÃO I

**TERAPIA FOCADA  
NA COMPAIXÃO**

Uma abordagem  
biopsicossocial evolutiva

*Paul Gilbert*



# 1

## Definindo o cenário

### *A psicoterapia em uma encruzilhada e um caminho compassivo a seguir*

Paul Gilbert

#### **A emergência de uma ciência biopsicossocial da psicoterapia embasada pela evolução**

Os nove primeiros capítulos deste livro oferecem uma descrição e um mapa da ciência básica da terapia focada na compaixão (TFC). A preocupação em integrar o conhecimento de diferentes disciplinas, da antropologia à genética, da filosofia à neurociência, é central para a TFC, pois o conhecimento da mente humana, e de como ajudá-la, não reside em uma única disciplina ou escola de terapia (Gilbert, 1989, 1995, 2019; Siegel, 2019). Wilson (1999) cunhou o termo *consiliência* para designar uma ciência integrativa entre as disciplinas. Na raiz dessa integração, está o reconhecimento de que somos uma espécie evoluída, como todas as outras espécies. Assim, podemos iniciar nossa jornada com outra citação de Wilson (1992), que estabelece o enquadramento para a TFC:

Nossos problemas se originam do fato de que não sabemos o que somos e não podemos concordar quanto ao que queremos ser. A causa primária dessa falha intelectual é a ignorância das nossas origens. Não chegamos a este planeta como

forasteiros. A humanidade é parte da natureza, uma espécie que evoluiu entre outras espécies. Quanto mais intimamente nos identificarmos com o resto da vida, mais rapidamente seremos capazes de descobrir as fontes da sensibilidade humana e adquirir o conhecimento sobre o qual poderá ser construída uma ética duradoura, um senso de direção escolhida (Wilson, 1992, p. 332).

**Criando conexões de cuidado.** Ken Bailey e eu usamos essa citação mais de 20 anos atrás para contextualizar nossa abordagem evolucionista da psicoterapia. Ela permanece sendo uma questão central para a psicoterapia (Gilbert & Bailey, 2000). Hoje estamos nos concentrando nas *fontes da nossa sensibilidade* que nos tornam humanos. Estamos reconhecendo que nossas mentes não são unidades autônomas, individualizadas, mas são evoluídas para ser sistemas de processamento complexos de interconectividade com outras mentes (Cozolino, 2014; Dunbar, 2014; Siegel, 2016, 2020). Como é observado no Capítulo 2, evidentemente nossa inteligência humana e nossas habilidades cognitivas são características humanas especiais, porém, mais do que qualquer outra coisa, é devido ao nosso inte-



resse apaixonado, às nossas competências e à forma como *criamos conexões sociais de cuidado* que hoje vemos o cérebro humano como um cérebro essencialmente social (Dunbar, 2014; Lockwood, et al., 2020; Porcelli et al., 2019; Silston et al., 2018). Ocorreram adaptações importantes nos sistemas nervoso autônomo e imunológico, que regulam a saúde e a felicidade, como resultado da evolução das relações de proximidade (Cozolino, 2014; Haslam, Jetten, Cruwys, Dingle, & Haslam, 2018; Porges, 2007, 2017; Siegel, 2020). Atualmente, há evidências de que, quando estamos inseridos em relações próximas e acolhedoras, muitas funções fisiológicas, como os sistemas imunológico, cardiovascular e nervoso autônomo, juntamente aos principais neurocircuitos, o comprimento dos telômeros e os nossos perfis epigenéticos, são afetadas positivamente (para uma revisão abrangente, ver Slavich, 2020). Por outro lado, vergonha, intimidação e opressão, juntamente a solidão e desconexão social, e relações auto-críticas hostis com nós mesmos, são prejudiciais para a saúde. Apesar das reivindicações neoliberais, não somos unidades autônomas, mas evoluímos para a vida social e prosperamos melhor em uma dieta de *conexões sociais de cuidado*, envolvendo o dar e o receber entre o indivíduo e os outros. Na medicina física, também há uma consciência crescente de que dificuldades como alterações na pressão arterial e outras condições de saúde crônicas se tornam muito piores no contexto de solidão e/ou relações hostis entre o indivíduo e os outros. A medicina comunitária está, portanto, concentrando-se cada vez mais em descobrir como construir comunidades sociais de cuidado integradas e está vendo quedas radicais nas admissões de emergência e crescimento no bem-estar geral (Abe & Clarke, 2020). No mundo todo, a saúde está sendo promovida pela facilitação das relações comunitárias de cuidado. Por exemplo, a promoção de grupos de apoio a mulheres reduz significativamente a depressão pós-natal e a mortalidade infan-

til e oferece muitos outros benefícios à saúde (Costello, 2018). Há crescentes evidências científicas da importância dessa abordagem social da saúde mental (Haslam et al., 2018, e veja a seguir). A TFC tem suas origens nas publicações sobre abordagens do estado cerebral (Gilbert, 1984) e motivações sociais, como *Human Nature and Suffering* (Gilbert, 1989). Ela está baseada no fato de que somos uma espécie social com motivações sociais complexas e, às vezes, diferentes e conflitantes, tanto úteis quanto não úteis. Embora a TFC tenha sido identificada como uma terapia cognitiva da terceira onda e como unicamente focada na autocompaixão, isso está incorreto. A essência da TFC é levar o indivíduo a criar conexões de cuidado e compaixão consigo mesmo e com os outros que recrutem os ingredientes fisiológicos do cuidado, para apoiar uma mente saudável e útil. Um indivíduo autocompassivo que não tem interesse ou capacidade de ajudar os outros ou ser ajudado pelos outros acabará com dificuldades e será problemático para sua comunidade.

### Uma rápida olhada nos desafios atuais da psicoterapia e por que ela precisa ser socializada

O progresso da psicoterapia nos últimos 50 anos tem sido excitante, mas também uma jornada um tanto caótica. Diferentes terapias, enraizadas em diferentes concepções e focando diferentes micro-habilidades e intervenções, proliferaram em múltiplas direções ramificadas. Alguns compararam isso ao que acontece nas religiões (Epstein, 2006). Muitos reconhecem que há alguma coisa fundamentalmente preocupante no fato de termos mais de 400 escolas de psicoterapia diferentes, com frequência perseguindo temas ligeiramente (e, às vezes, não tão ligeiramente) diferentes, sem muita unidade na compreensão da mente com a qual estamos trabalhando (Norcross & Lambert, 2019; Zarbo, Tasca, Cattafi, &

Compare, 2016). De fato, muitos observaram que uma “crise de fragmentação” emerge quando não existe uma ciência consistente que permita que diferentes grupos se dividam em subgrupos para formar suas próprias tribos com seus próprios modelos, qualificações e identidades grupais (Gilbert, 1995, 2019; Gilbert & Kirby, 2019; Shamdasani & Lowenthal, 2020; Siegel, 2006). As “tribos” se transformaram em negócios com seus próprios treinamentos, creditações, conferências e publicações científicas, oferecendo um sentimento de pertencimento e autoidentidade e competindo por financiamentos para pesquisa, frequentemente umas contra as outras (a TFC também). Norcross e Lambert (2019) chamam isso de guerra por território. Isso não é culpa de ninguém, porém muitos agora concordam que precisamos estudar os processos particulares que dão origem a *estados de sofrimento específicos* e adotar uma abordagem multifatorial para a intervenção e a prevenção. A raiz do problema é, como diz Wilson (1992), não conseguirmos concordar quanto a uma ciência básica, e isso explica outro problema, que é a eficácia das nossas psicoterapias.

Por mais inovadoras e válidas que muitas dessas abordagens possam ser, sejam elas específicas de uma tribo ou mais integrativas, as evidências da sua eficácia não são tão sólidas quanto esperávamos. Watkins e Newbold (2020) apontam que, embora certamente tenha sido feito progresso nas psicoterapias,

Muitos pacientes não mantiveram a melhora, e os tratamentos precisam escalar para enfrentar a carga global da saúde mental [...]. Por exemplo, tratamentos psicológicos para depressão só atingem taxas de remissão de 30 a 40% e têm eficácia sustentada limitada (pelo menos 50% de recaída e recorrência) [...]. Além disso, estima-se que os tratamentos atuais, se aplicados de forma ideal, reduziram a carga da depressão em somente um terço [...]. Como tal, os tratamentos psicológicos para depressão precisam ser significativamente melhorados (p. 2).

Isso novamente nos faz questionar se as abordagens sociais contextuais poderiam adicionar elementos cruciais aos pacotes de tratamento individualizados (Haslam et al., 2018; Smail, 2018). Basicamente, quanto mais tempo você acompanhar as pessoas, pior algumas delas vão se sair, *a menos que experimentem uma mudança social benevolente* (Brown, Adler, & Bifulco, 1988). Assim sendo, as terapias devem abordar questões comportamentais e psicossociais. As terapias mais recentes estão um passo adiante — mas não se trata de um passo gigante. Watkins e Newbold (2020) pedem uma maior ênfase na *pesquisa de processo*, sobre a qual dizem o seguinte:

Para sermos claros, distinguimos entre os componentes ativos da terapia, operacionalizados como os elementos ou ingredientes ativos dentro de uma terapia que produzem benefício clínico, os quais poderiam ser baseados no terapeuta, atividades com o cliente, técnicas específicas, ou relacionados à estrutura e à aplicação da terapia, *versus* os mecanismos ativos da terapia, operacionalizados como processos subjacentes de mudança terapêutica que causalmente fundamentam o benefício terapêutico [...] (p. 2).

É importante compreender os mecanismos ou os componentes ativos dos tratamentos psicológicos, pois isso potencialmente possibilita o desenvolvimento de tratamentos mais diretos, precisos, potentes, simples, breves e efetivos. *É necessário compreender os componentes ativos de uma terapia psicológica a fim de analisar e refinar a terapia para focar no que é mais atraente para os pacientes* (p. 2., grifo nosso).

Norcross e Lambert (2019) também examinam evidências consideráveis sobre os ingredientes ativos da psicoterapia. Eles são variados, mas incluem relação terapêutica, habilidades do terapeuta, fatores do cliente, fatores externos, remissão espontânea, apoio social e eventos fortuitos (p. 11). Modelos específicos explicam apenas uma pequena por-

centagem da variância. Isso remete aos estudos comunitários que mostram que podemos ser levados à depressão por eventos adversos na vida e sair dela por meio de novos começos e eventos positivos (Brown, Adler, & Bifulco, 1988). Seja qual for a terapia que os indivíduos experienciam, o que cura é a maneira como ela pode ajudá-los a fazer mudanças reais em suas vidas, por exemplo, se afastar de relações tóxicas pessoais e na comunidade, adquirir confiança para encontrar um emprego melhor, estabelecer relações de acolhimento e se envolver em atividades significativas, como em instituições de caridade, onde as pessoas sentem que estão contribuindo com algo.

A TFC sempre foi uma terapia de processos que busca entender o processo antes de prosseguir para ensaios clínicos controlados randomizados dos resultados. Está muito claro agora que pacotes terapêuticos, abordando domínios de funcionamento limitados, só vão nos levar até esse ponto. O problema óbvio é que o resultado depende de quais processos estão sendo focados (Gilbert & Kirby, 2019). Freud reconheceu que precisamos relacionar os processos psicológicos com os fisiológicos (Ellenberger, 1970). No entanto, seu *projeto*, que procurava fazer isso, tornou-se impossível, em parte porque não havia ciência suficiente que o possibilitasse. Hoje existe (Cozolino, 2017; Hood, 2011; Schore, 2019a,b; Siegel, 2020). A dissociação entre mente e corpo foi um desastre para a ciência da saúde mental. Escrevendo no *British Journal of Psychiatry* 35 anos atrás, Eisenberg (1986) se referiu a esse problema como *ciência sem cérebro versus ciência sem mente*. A TFC sugere enfaticamente que os terapeutas se beneficiariam se tivessem uma compreensão mais abrangente da natureza do cérebro humano, para evitar que se perdessem em conceitos como ter um *self* real ou autêntico, em vez de entenderem que somos um conjunto de sistemas de processamento distribuídos, frequentemente concorrentes; *o self, por si só, é uma ilusão* (Hood, 2011).

A ausência de uma ciência biopsicossocial integrativa (Gilbert, 1984, 1989, 1995) pode muito bem explicar alguns dos achados decepcionantes observados por Watkins e Newbold (2020) (Gilbert & Kirby, 2019). Colocar pessoas em ensaios de pesquisa com base em um conjunto de sintomas rotulados como, digamos, depressão, quando há muito tempo é reconhecido que depressão é um transtorno altamente heterogêneo (Akiskal & McKinney, 1973; Fried & Nesse, 2015) e um estado final de uma gama de diferentes e complexos processos, está repleto de problemas. Por exemplo, terapias cognitivo-comportamentais podem ajudar pessoas cuja depressão, de fato, está sendo gerada ou mantida por processos cognitivos, mas, para algumas pessoas deprimidas, cognições negativas são sintomas, não causas. As intervenções cognitivas podem nos ajudar a manejar certos problemas, mas as terapias precisam abordar as causas. Por exemplo, considere aqueles indivíduos que têm problemas de saúde subjacentes, como testosterona baixa, problemas de tireoide, deficiências de vitaminas B12 e D e anemias, para citar alguns óbvios (veja Cowles, Pariante, & Nemeroff, 2009 para uma discussão detalhada). Mulheres na menopausa ou perimenopausa podem ter momentos deploráveis por causa disso. Os vírus, incluindo nossa mais recente e nociva covid-19, podem afetar o cérebro e o sistema imune e desencadear depressão. Parasitas no cérebro, como o que você pode pegar dos gatos, *Toxoplasma gondii*, podem desempenhar um papel em alguns estados mentais. O diagnóstico também se tornou mais complexo com a descoberta de que muitas pessoas deprimidas estão sofrendo de problemas inflamatórios, o que pode ser menos responsivo a qualquer intervenção de psicoterapia isolada (Bullmore, 2018). Pesquisas também sugerem que as pessoas querem trabalhar diretamente em seus estados psicológicos. Um grande estudo comunitário americano verificou que, entre aqueles que se “autodiagnosticaram” com depressão e an-

siedade, 53,6% dos indivíduos com depressão severa e 56,7% dos indivíduos com ansiedade relataram o uso de medicina complementar e terapias alternativas para tentar tratar suas condições (Kessler et al., 2001). É importante observar que, para uma abordagem holística de longo prazo a problemas de saúde mental, bem como a dificuldades de saúde que requerem intervenção médica, recursos como dieta, exercício e suplementos podem ser úteis (Martinez-Cengottabengoa & Gonzalez-Pinto, 2017). A psicoterapia pode ajudar a lidar com as causas-raiz, mas também pode ajudar a gerenciar condições.

**A biologia importa.** Os sistemas fisiológicos, incluindo a epigenética, são modificados pelas experiências de vida para o bem e para o mal (Slavich, 2020). Considere pessoas que foram abusadas e podem ainda estar em relacionamentos abusivos. Os terapeutas que não avaliam ou não sabem como trabalhar com histórias de abuso podem ter dificuldades, particularmente com terapias de curta duração. Hoje, inúmeras barreiras artificiais foram colocadas em torno do “número de sessões que o cliente pode ter”, não com base na necessidade, mas nas finanças. Considerando que os clientes podem ter muita vergonha de admitir essas histórias, e que poderá demorar algum tempo antes que seja estabelecida uma relação terapêutica segura para que consigam revelá-las, podemos entender o problema (Keller, Zoellner, & Feeny, 2010). Nordomo, Monsen, Hogle e Solbakken (2020) destacaram o fato de que, quanto mais complexa for a dificuldade, mais longa precisará ser a terapia — em alguns casos, pelo menos 50 sessões. Além disso, as pesquisas estão revelando que temos que produzir mudanças psicofisiológicas em algumas pessoas, o que demanda tempo (Cozolino, 2017; Schore, 2019,a,b). Um dos maiores desafios é ajudar as pessoas a entenderem que psicoterapia *não é apenas* uma terapia pela fala, mas deve abordar questões de mudanças no sistema nervoso autônomo e no cérebro, por meio de processos como a neuroplastici-

dade. Se vamos ajudar as pessoas a equilibrar seu sistema nervoso autônomo, desenvolver seu nervo vago (Porges, 2011) ou “desenvolver” vários circuitos neurais (Cozolino, 2017; Mascaro & Raison, 2017; Schore, 2019a,b; Siegel, 2020; Singer & Engert, 2019; Vrtička et al., 2017; veja também o Capítulo 10), isso vai demandar tempo e o desenvolvimento de práticas específicas.

**Contextos sociais importam.** Temos ainda os conhecidos processos sociais como pobreza, isolamento e solidão, relações estressantes e intimidação, enfrentamento da morte e pais demandantes ou exigentes, que contribuem para problemas de saúde mental (Haslam et al., 2018). Quando a fonte da depressão é social, ela requer intervenções psicossociais (Able & Clarke, 2020). De fato, a natureza contextual social da mente em si, e a forma como ela é corregulada por meio das relações sociais, é um foco importante para a ciência atualmente (Haslam et al., 2018; Music, 2017; Siegel, 2020; Slavich, 2020). Isso ocorre porque sabemos que as taxas crescentes de depressão e narcisismo, particularmente entre os jovens, se devem, em parte, a pressões dentro das sociedades neoliberais, que focam excessivamente em um senso do *self* como um agente competitivo. Essas pressões aumentam as vulnerabilidades à vergonha e à auto-crítica (Curran & Hill, 2019; Gilbert, 2018) e se somam à epidemia crescente de problemas de solidão (Becker, Hartwich, & Haslam, 2021; veja também o Capítulo 4).

Os terapeutas estão preocupados com o foco excessivo nas mentes individuais como a fonte do problema, pois isso se alinha com o pensamento neoliberal, que enxerga os indivíduos como unidades autônomas concorrentes (Becker et al., 2021). Além disso, essa perspectiva pode levar à individualização e à medicalização da miséria humana, enquanto as empresas farmacêuticas buscam lucrar com a venda de curas para ela; afinal, há muita coisa envolvida nas dificuldades de saúde mental (Horwitz & Wakefield, 2007). A histó-

ria contada é que, se estamos deprimidos ou ansiosos, ou não podemos ser uma “unidade produtiva”, é porque há alguma coisa *errada conosco*. Precisamos de conserto. A insensibilidade do neoliberalismo, com suas economias de mercado do tipo “nadamos ou afundamos”, foi claramente ignorada. A ideia de que devemos procurar não só melhores terapias pessoais, mas também melhores formas de *cuidar uns dos outros*, tem sido um sinal de alerta em abordagens mais radicais na psicologia clínica (Gilbert, 1995, 2018, 2020a,b; Haslam et al., 2018; Music, 2017; Siegel, 2020; Smail, 2018/1987).

As abordagens evolucionistas não negam a realidade do sofrimento individual nem a realidade de que cérebros e corpos podem gerar padrões que dão origem a sofrimento, ou a de que a dopamina pode estar baixa e o cortisol alto quando estamos em um estado da mente deprimido. No entanto, elas indicam que é o contexto em que as pessoas cresceram, ou em que estão vivendo agora, que está motivando o comportamento antissocial e os problemas de saúde mental (Gilbert, 1995, 2018; Music, 2017; Wilson & Hayes, 2018). Nossos cérebros podem estar funcionando de forma perfeitamente “normal”, mas é a toxicidade do nosso ambiente que é o problema. Essas são mensagens difíceis porque elas implicam que estamos muito menos no controle de nossas mentes do que pensamos, que somos muito mais dependentes do nosso contexto social do que parece confortável, e que teremos que ser responsáveis uns pelos outros em vez de simplesmente cuidar de nós mesmos (Haslam et al., 2018; Smail, 2018; Siegel, 2020). Prevenção e alívio em uma escala internacional não vão ser encontrados em um frasco de comprimidos ou na tentativa de aumentar o acesso a algumas horas de psicoterapia (embora isso possa ser útil para alguns), mas na mudança social radical focada na compaixão para melhorias na igualdade social, na prevenção de abuso e na inclusão das pessoas em comunidades de cuidado (Eisler & Fry, 2019;

Haslam et al., 2018). Essa mudança do individual para o social seria cara e politicamente contestada. Mas o fato é que muitos problemas de saúde mental e certamente problemas antissociais podem remeter a origens iniciais inseguras, assustadoras ou negligentes e às diferenças entre os ambientes modernos e os nossos ambientes de caçadores-coletores, que eram baseados em compartilhar e cuidar uns dos outros (Dunbar, 2014; Gilbert, 2021; Ryan, 2019; veja também os Capítulos 3-5). Ainda, atualmente, há uma onda crescente de problemas de saúde mental associados às experiências sociais da covid-19, incluindo solidão, desconexão social, estresse e conflitos familiares, e um aumento nos temores sociais de transmissão da infecção (Serafini et al., 2020). Apesar de existirem várias tribos na psicoterapia, as pesquisas ano após ano estão progressivamente destacando que a natureza da mente humana é altamente social *com necessidades sociais particulares*. Seremos mais capazes de abordar questões de pobreza, opressão, desconexão e abuso, que produzem tantos problemas de saúde mental e comportamentos antissociais, quando focarmos na criação de *conexões de cuidado*. Quando buscamos a compaixão, não é apenas para nós mesmos, mas também para estarmos abertos à compaixão dos outros e para sermos indivíduos que contribuem para o benefício dos outros. Usamos máscaras não só para nos protegermos, mas também para protegermos os outros.

## A necessidade evoluída de conectividade social

Embora possamos entender a importância do contexto *social* na criação de problemas de saúde mental e comportamento antissocial, precisamos de uma compreensão *baseada na evolução* sobre o papel do contexto social e da conectividade na regulação de cérebros, corpos e mentes (Gilbert & Bailey, 2000; Gilbert, 2020b; Nesse, 2009; Capítulo 10 deste volu-

me). Nós evoluímos os sistemas fisiológicos que monitoram e respondem de certas formas aos ganhos sociais e às perdas sociais (Panksepp, 1998; Gilbert, 1989, 2000). O contexto do amor e cuidado *versus* negligência ou abuso tem efeitos profundos nos muitos sistemas fisiológicos em maturação (Cozolino, 2014; Music, 2017; Slavich, 2020; Porges, 2007; Siegel, 2020). Nascemos com *necessidades* de relações sociais, e, se elas não são satisfeitas, nosso desenvolvimento pode ser muito distorcido. Assim, a razão de certos contextos serem tão importantes (e de precisarmos dar atenção a eles) é que a evolução estabeleceu esses potenciais. Isso não quer dizer que nossos genes ou contextos sejam o equivalente a destinos, pois temos muitas habilidades cognitivas para tentar entender o que está acontecendo, mas significa que precisamos refletir atentamente sobre a construção da mente e reconhecer que uma fonte fundamental para o florescimento é a *relação social afiliativa de cuidado* (Cozolino, 2014; Gilbert, 1989; Music, 2017; Porges, 2007, 2011; Siegel, 2020).

Essa não é uma ideia nova, mas foi um tema central para muitas tradições espirituais por milhares de anos na busca do bem comum e do bem-estar comum (Lampert, 2005). A criação de conexões de cuidado foi central para a emergência inicial de formas “terapêuticas” de ajudar pessoas com dificuldades de saúde mental. Considere a inovadora “terapia moral” de Tuke no Retiro de York, em 1796. Ela colocava a compaixão no seu centro. Concebido como uma comunidade terapêutica, o retiro tinha uma equipe e clientes que viviam em proximidade, e específica e deliberadamente buscavam criar relações afiliativas de cuidado. A terapia envolvia o uso mínimo de restrição, as formas iniciais da terapia comportamental (incluindo a programação de atividades) e um ambiente humano e cuidador que era único na época (Veale et al., 2015). O historiador médico Porter (2002) destaca o quanto isso foi inovador, uma vez que o retiro “abandonou os meios ‘médicos’ em prol dos meios ‘morais’,

bondade, suavidade, razão e humanidade, todos dentro de uma atmosfera familiar — com excelentes resultados” (p. 104). A importância de promover conexões de cuidado e comportamento afiliativo também foi assumida pelo psiquiatra americano Harry Stack Sullivan (1892-1949; Sullivan, 2013), que defendia o conceito de *psiquiatria interpessoal*, argumentando contra o uso da expressão “entidades de doença mental” para dificuldades de saúde mental comuns. Ele defendia que não se pode entender as mentes humanas fora do contexto social em que elas estão inseridas. Também enfatizou a importância de *ter companheiros* e assinalou que são nossas interações e conexões de companheirismo uns com os outros, atualmente e durante o curso da nossa história, que determinam nosso sentimento de segurança, nossa autoidentidade e nossa vulnerabilidade a estados de estresse e sofrimento. Muitas das suas ideias precederam e claramente influenciaram a teoria do apego (Pincus & Hopwood, 2012), e também foram adotadas pelos terapeutas cognitivos (Safran, 1990). Esses são legados muito importantes a se ter em mente como fundamentos da TFC.

## Integração com transformação?

Considerar que as mentes e os cérebros humanos são moldados pelas relações sociais tem implicações importantes para os alvos da terapia (Cozolino, 2017; Gilbert, 1989, 2020a; Music, 2017). Quando *tornarmos o cuidado um foco*, também seremos capazes de considerar a importância de cuidar de nossos corpos, relacionamentos sociais e ecologias, além de nossas mentes, como partes integrantes da psicoterapia. Por exemplo, integraremos melhor novas percepções referentes aos nossos corpos como ecossistemas, considerando que a nossa dieta, a ecologia dos intestinos e a exposição a micróbios e vírus podem desempenhar papéis importantes nos estados mentais (Lima-Ojeda, Rupprecht, & Baghai, 2017; Dunn, 2011). Isso porque há evidências crescentes

de que as dietas e os estilos de vida modernos estão aumentando os processos inflamatórios que estão significativamente ligados à depressão (Bullmore, 2018). Aspectos das dietas modernas são muito nocivos para o cérebro, não só para o corpo. Embora os psicoterapeutas possam não ser aqueles que oferecem orientações *específicas* para reduzir inflamações, eles podem certamente chamar a atenção dos clientes para essas questões como parte de uma abordagem biopsicossocial e holística, e apoiar a mudança comportamental quanto à dieta e à realização de exercícios. Também há um interesse crescente na ideia de que ajudar as pessoas a interagirem com a natureza pode ter efeitos consideravelmente profundos no sentimento de conexão.

Cinquenta anos atrás, não possuíamos as tecnologias para ajudar as pessoas a terem consciência dos seus processos fisiológicos e de como mudá-los. Hoje temos, particularmente em relação ao funcionamento do sistema nervoso autônomo (Cozolino, 2017; Porges, 2011; veja também o Capítulo 10). Existem, por exemplo, formas pelas quais as pessoas podem agora monitorar seus processos fisiológicos, como a variabilidade da frequência cardíaca, e usar visualização, exercícios respiratórios e *biofeedback* para treinar a variabilidade da frequência cardíaca, o que tem efeitos multiplicadores para o comportamento pró-social e o bem-estar mental (Bornemann, Kok, Böckler, & Singer, 2016). Também sabemos agora que existem treinos específicos em *mindfulness*, empatia e compaixão que influenciam áreas cerebrais específicas (Favre, Kanske, Engen, & Singer, 2021; Singer & Engert, 2019). É importante mencionar que muitos dos sistemas fisiológicos que agora estão sendo identificados como alvos para a psicoterapia são aqueles que estão ligados a motivações de cuidado e a sentimentos de conectividade social. Assim sendo, estamos vendo movimentos voltados ao desenvolvimento de treinamentos únicos para impactar uma gama de processos psi-

cológicos e fisiológicos específicos, particularmente aqueles associados a *mindfulness* e compaixão (Cozolino, 2017; Favre et al., 2021; Kim et al., 2020; Seppälä et al., 2017; Singer & Engert, 2019) e à relação terapêutica (veja o Capítulo 13; Schore, 2019a,b). Terapias integrativas estabelecidas dessa forma, que podem ser encontradas em abordagens como a abordagem neurobiológica interpessoal de Siegel (2006, 2019, 2020), requerem maior consciência dos aspectos neurológicos da terapia (Cozolino, 2017; Schore, 2019a,b) e das formas de afetar o sistema nervoso autônomo (Porges, 2007, 2011, 2017). Sabemos agora que viver sob estresse constante tem um impacto prejudicial nos sistemas nervoso central e autônomo e, em particular, em processos como a ligação cortisol-oxitocina e a variabilidade na frequência cardíaca, que podem se tornar alvos da investigação terapêutica (Thayer, Ahs, Fredrikson, Sollers, & Wager, 2012). É particularmente importante compreender que, quando não somos capazes de fugir (escapar ou controlar) de situações ameaçadoras, os sistemas de ameaça são superestimulados, com efeitos profundos no cérebro e no corpo (por exemplo, aumento do cortisol e manutenção de seu nível elevado) (Gilbert, 2020c). A crescente riqueza da nossa ciência da mente significa que os dias das terapias de processo único estão contados.

Assim, talvez tenhamos fechado um círculo completo, revisitando a ideia do projeto de Freud. Foram necessários mais de cem anos para entendermos os processos evolutivos da maneira como entendemos agora (Cozolino, 2017; Gilbert 1998b; Hood, 2011; Nesse, 2019; Schore, 2019a,b) e, em particular, para entendermos que a evolução de certos sistemas motivacionais (p. ex., cuidar e compartilhar *versus* competir, Gilbert, 2021) tem importantes propriedades fisiológicas e psicológicas organizadoras. Na época de Freud, havia muito pouco entendimento sobre o extraordinário poder das motivações de apego e cuidado; hoje esse conhecimento existe.

## Sufrimento e compaixão

Antes de prosseguirmos para alguns elementos mais técnicos da TFC nos próximos capítulos, podemos explorar alguns temas essenciais mais existenciais que formam a textura da terapia. Embora haja algumas controvérsias em torno da natureza exata e da definição de compaixão, ela é tipicamente vista como uma motivação de cuidado e pode ser definida como uma *sensibilidade ao sofrimento próprio e dos outros, com um compromisso de tentar aliviá-lo e preveni-lo* (Gilbert, 2017). Convém mencionar que, nas tradições budistas, essa motivação é expandida de tal forma que se torna o *desejo profundo de que todos os seres sencientes sejam livres de sofrimento e das causas de sofrimento* (Gilbert & Choden, 2013; Ricard, 2015; Tsering, 2008). No entanto, se dissermos que “compaixão é lidar com o sofrimento”, estamos de acordo quanto ao que entendemos por *sofrimento*? E isso significa que devemos procurar aliviar e prevenir *todos* os tipos de sofrimento ou apenas certos tipos? Essa é uma questão delicada. Explorando uma gama de dicionários ocidentais como Oxford, Cambridge e Collins, vemos que eles definem sofrimento como um estado de “dor mental e física”. Sensky (2010) destaca o fato de que podemos experienciar dor em uma parte específica do corpo, mas sofrimento tem a ver com a pessoa como um todo, um estado da mente. Ele observa que dizemos “Tenho dor na minha perna quebrada”, mas não dizemos “Minha perna quebrada está sofrendo”; em vez disso, dizemos “Estou sofrendo”. Novamente, então, como observado no Capítulo 2, sofrimento e compaixão estão ligados devido à *percepção consciente*. Seu “corpo” pode estar enviando mensagens de dor para seu cérebro em uma mesa cirúrgica, mas, se você recebeu anestesia, você está sofrendo? Ainda, o contexto da dor interfere em *como sofremos*. Por exemplo, se você trabalha sentado junto a uma mesa e um computador, quebrar uma perna será muito diferente de como seria se você fosse um jogador de futebol e isso

acabasse com sua carreira. Em segundo lugar, o contexto das causas de dor e sofrimento também é importante. Nosso sofrimento pode ser diferente se quebrarmos uma perna salvando alguém ou por uma briga, ou por simplesmente estarmos bêbados e cairmos. Os domínios cognitivo e contextual criam a textura da nossa experiência de sofrimento.

O budismo também distingue a dor do sofrimento com o conceito de *Dukkha*. A dor se origina da realidade do domínio biológico da existência, dos corpos que são construídos para sentir dor física, envelhecer, deteriorar-se e morrer, e da impermanência de todas as coisas, mas há também o *sofrimento como dor mental*, porque temos uma consciência que experiencia essas realidades — não somos robôs sem consciência (Tsering, 2005, 2008). Essa distinção é fundamental e crítica na TFC. Uma distinção diferente, mas relacionada, entre dor e sofrimento é representada no sutra das duas flechas; a primeira flecha causa dor, mas a segunda flecha é como reagimos a ela e o significado que lhe atribuímos (Gilbert & Choden, 2013). Isso é importante porque, quando usamos uma afirmação como “Que eu seja livre de sofrimento”, isso não significa “Que eu seja livre de dor”, em parte porque Buda considerava a dor e a perda inevitáveis, então esse seria um desejo impossível. Assim, quando os seguidores das tradições budistas focam nessa afirmação, ela na verdade significa “Que eu me torne suficientemente iluminado para ter percepção da impermanência de todas as coisas, ser livre de ilusões do ego, ter percepção da verdadeira natureza da mente e mudar a dor se eu puder e aceitá-la se eu não puder” (Tsering, 2005). Essas ideias encontram novas perspectivas e expressões nas tradições cognitivas que distinguem a avaliação primária (o significado de um evento), a secundária (o que podemos fazer a respeito), a sua interação (Lazarus & Smith, 1988), conceitos que são centrais na TFC. Entretanto, conforme explorado no próximo capítulo, na TFC, os *significados* que atribuímos aos eventos estão ligados à nossa

orientação motivacional e ao estado atual do cérebro que guia a cognição.

A compaixão requer esforços para abordar e prevenir a *dor sabiamente e diretamente, e não apenas nossas reações (sofrimento)*, e isso envolve ciência. Os anestésicos são uma dádiva. Um antibiótico pode salvar uma vida! Em seu livro comovente sobre sofrimento, David Roland (2020) nos leva ao centro do seu próprio sofrimento depois do seu acidente vascular cerebral (AVC) e entrevista outros que tiveram tragédias na vida. Ele chega à mesma conclusão implicada no conceito de *Dukkha*. A natureza do sofrimento que experimentamos quando a tragédia ocorre depende de nossa capacidade de lamentar e sentir raiva pelas perdas, depois seguir em direção à tolerância e à aceitação perspicaz, com a terceira fase consistindo em ser capaz de recolher as peças fragmentadas das nossas vidas e remoldá-las em novas formas de viver. O óleo que pode suavizar as bordas afiadas e nos reagrupar é a compaixão.

Central para a compaixão é o reconhecimento de que luto e tristeza fazem parte do processo de viver e transformar o sofrimento (veja o Capítulo 9; Roland, 2020; Spelman, 1998). Os autores do importante livro de Harris (2011) destacam múltiplos domínios do sofrimento por perdas. Perda da saúde e de funções corporais, perda de relações e vínculos, perda de emprego e dinheiro, perda de significado, perda da esperança, perda da fé (religiosa) e, para todos nós, eventualmente, perda da nossa vida. Além disso, conforme observado a seguir, os indivíduos que chegam à terapia, especialmente aqueles provenientes de contextos inseguros, podem começar a experimentar a dor da perda mais profunda das necessidades arquetípicas de serem amados e protegidos, as quais nunca foram atendidas (veja o Capítulo 9). Esse é o sofrimento do anseio não satisfeito por amor, proteção, proximidade e conexão. Podemos experimentar um anseio profundo e luto pelo que nunca tivemos, e não só pelo que tivemos e perdemos (Gilbert, no prelo). Embora as mais recentes

terapias tenham muito a oferecer, a TFC é contextualizada na realidade da fragilidade e das tragédias da vida (Gilbert, 2009). A frase de *marketing* “Pense bons pensamentos para se sentir bem” é uma triste simplificação do mais importante desenvolvimento da terapia cognitiva na história da psicoterapia. A forma como pensamos, raciocinamos, ruminamos e planejamos pode, na verdade, nos ajudar a lidar melhor com tragédias terríveis na vida, como a morte de pessoas amadas devido à covid-19, mas não nos ajuda a nos sentirmos bem. Sentir-se bem também requer todo um conjunto de condições sociais. Tais visões tendem a apoiar a visão neoliberal reluzente da vida, que nega a fragilidade e as tragédias da nossa existência, bem como nossa interdependência e nossa necessidade uns dos outros.

A *coragem* que trazemos para o sofrimento é crucial. Coragem não é uma forma de ausência de medo. É a habilidade de se manter firme na intenção de cuidado diante do medo. Assim sendo, uma abordagem corajosa e sábia do sofrimento também pode inspirar mudança, crescimento e desenvolvimento (Roland, 2020). E o sofrimento nem sempre está relacionado ao indivíduo. Por exemplo, Summerfield (2004) salienta que refugiados devastados pela guerra sofrem pela perda de suas comunidades e seus países, focando menos em si mesmos e mais no coletivo. Isso é importante também para uma compreensão mais profunda do conceito budista de sofrimento, porque, quando temos o desejo “Que eu seja livre do sofrimento”, não estamos desejando aprender a nos dissociar do sofrimento de todos os outros. De certa forma, tornar-se mais compassivo, na verdade, *umenta nossa experiência do sofrimento* daqueles à nossa volta, porque nos tornamos mais empaticamente sintonizados (Gilbert & Choden, 2013).

Existem complexidades relacionadas à questão do alívio da dor e do sofrimento, pois nossas lutas contra eles podem ter resultados imprevisíveis, como a construção de força e

sabedoria. Alguns argumentaram que a medicalização excessiva de muitas formas de depressão e reação traumática, considerando-as “disfunções”, em vez de reações “funcionais”, naturais e evoluídas que exigem apoio cuidadoso e orientação, enfraquece seriamente a validação dos esforços das pessoas para usar experiências para o crescimento (Summerfield, 2004). Horwitz e Wakefield (2007) escreveram apaixonadamente sobre isso em seu livro denominado *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. No modelo médico, dor e sofrimento podem ser vistos como coisas das quais devemos “nos livrar”, em vez de uma oportunidade para “crescer e mudar”. Embora cirurgias e medicamentos possam salvar e mudar vidas, eles não fornecem *insights*, coragem ou sabedoria, não guiam as pessoas durante o luto ou o processo de crescimento, não desestigmatizam ou inspiram. Isso tem a ver com uma compreensão *biopsicossocial* da complexidade do sofrimento, como para pessoas com câncer terminal. Elas são extraordinariamente gratas pelas medicações para alívio da dor e pelas cirurgias. Assistir a meu pai morrer de câncer de pulmão me fez refletir sobre a agonia que as pessoas devem ter passado antes da invenção desses tratamentos. No entanto, pessoas que estão morrendo podem encontrar novo significado na vida, especialmente em um contexto de apoio social e cuidados (Spiegel, 2016), e os psicodélicos podem proporcionar experiências diferentes de *interconectividade e significado* (Carhart-Harris, Erntzoe, Hajen, Kaelen, & Watts, 2018; veja também o Capítulo 11). De fato, em muitas culturas e sociedades antigas, a cura da mente dependia de ajudar a pessoa a experienciar sentimentos de conectividade social e segurança (Gilbert & Gilbert, 2011). Assim sendo, a compaixão nem sempre consegue atenuar ou prevenir o sofrimento, mas nos ajuda a navegar nele. Feldman e Kuyken (2011) destacam as texturas multifacetadas da compaixão em relação ao sofrimento. Eles sugerem que:

Compaixão é o reconhecimento de que nem toda dor pode ser “consertada” ou “resolvida”, mas todo sofrimento pode se tornar mais abordável em um cenário de compaixão.

Compaixão é uma resposta multitexturizada à dor, à tristeza e à angústia. Ela inclui bondade, empatia, generosidade e aceitação. Os fios da coragem, da tolerância e da igualdade são igualmente tecidos na malha da compaixão. *Acima de tudo, compaixão é a capacidade de se abrir para a realidade do sofrimento e aspirar a sua cura* (p. 143, grifo nosso).

Eles acrescentam:

Compaixão é uma orientação da mente que reconhece a dor e a universalidade da dor na experiência humana e a capacidade de prestar atenção a essa dor com bondade, empatia, igualdade e paciência. Enquanto a autocompaixão se orienta para nossa própria experiência, a compaixão estende essa orientação para a experiência dos outros (p. 145).

Às vezes, então, o sofrimento não é algo de que se livrar ou (passivamente) aceitar, mas algo no que se engajar ativamente, e, no processo, ele pode revelar novos significados, reorganizar nosso padrão arquetípico interno e transformar nossas mentes (Roland, 2020). Podemos descobrir novas forças, aprender que podemos nos envolver mais no sofrimento, e não menos, e isso inclui nossa prontidão para sofrer em benefício de outros.

**Sofrimento e nossas preocupações existenciais.** Entender *que* sofremos é diferente das questões existenciais de *por que* sofremos. Temos explicações definitivas muito diferentes para o sofrimento (p. ex., religiosas *versus* científicas). Isso nos leva a todo um questionamento existencial de *por que* o universo existe e *por que* ele tem as leis que tem e *por que* existe o ácido desoxirribonucleico (DNA). O DNA é uma molécula complexa que contém as informações necessárias para construir e manter os organismos. Ele se replica e, ao fazer isso, cria todas as formas de vida (terrenas), o

que podemos ver como um milagre ou uma maldição. Ele é responsável pela emergência das coisas vivas, das gramíneas aos dinossauros, dos vírus aos cérebros humanos, e algumas das suas criações foram verdadeiramente aterradoras e horrendas. Durante bilhões de anos, as presas tiveram que evoluir formas de se esconder e fugir, e os predadores, formas de detectar, capturar e devorar. O fato de que a mudança ocorre por meio de processos que promovem a sobrevivência (a curto prazo) e processos que acabam com ela mostra o lado obscuro da vida.

A evolução do comportamento de cuidado e cooperação ocorreu como parte da sobrevivência e do processo de replicação, e essas psicologias podem agora ser aproveitadas para abordar o sofrimento. Até a chegada dos humanos, com um novo tipo de consciência, não havia nada mais na vida, apenas um interminável ciclo de vida e morte, devorar ou ser devorado, com os vírus e parasitas usando corpos hospedeiros para sua própria sobrevivência e reprodução, mutilando, destruindo e causando grande dor no processo — sendo a covid-19 apenas um exemplo das suas formas malévolas. Todos nós desejamos uma saída rápida, porém muitos não conseguem. Lutamos contra doenças dolorosas e debilitantes, AVCs, cânceres, demências, a perda da visão e da audição, a perda da mobilidade e de outras funções. Enquanto alguns acreditam em um criador amoroso, outros se perguntam como as realidades duras e selvagens e as misérias da vida biológica poderiam ser uma criação intencional. Eu pertenço a esse último grupo.

A compaixão nos possibilita a coragem para sermos testemunhas das realidades do sofrimento em que estamos inseridos, procurarmos suas causas e construirmos uma ciência sábia para lidar com e, quando possível, prevenir o sofrimento. Isso não é fácil. Antes que conseguíssemos nos voltar para a ciência, criamos muitas formas de deuses como explicações e salvagens, alguns deles muito aterradoras. Outras maneiras de lidar com a

realidade das adversidades do mundo são dissociar e tentar não focar demais nisso, apenas sendo gratos por nossas bolhas de conforto e obsessão por riqueza. Mas, ao fazermos isso, corremos o risco de nos tornarmos insensíveis e indiferentes ao sofrimento à nossa volta. Na verdade, a busca pelo interesse próprio, para tornarmos nossas próprias vidas confortáveis, motivação tão alardeada pela direita neoliberal, depende de uma certa insensibilidade que não apenas permite, mas nos encoraja a nos apossarmos do que pudermos, independentemente do impacto sobre os outros. Essa também foi a base do colonialismo. E, só para se somar a essa cacofonia de realidades de sofrimento, os humanos foram e são uma das maiores fontes de sofrimento para outros humanos, para os animais e o ambiente. As mortes pela covid-19 empalidecem em significância se comparadas com as mortes e mutilações que os humanos têm causado a outros humanos e animais nos últimos milhares de anos. O famoso escritor existencialista Albert Camus, e muitos outros como ele, viam a vida como “um absurdo”. O Buda não contextualizou o sofrimento desse modo, porém há muito no pensamento budista que combina bem com a abordagem evolucionista (Wright, 2017).

Também tragicamente, desde o advento da agricultura, construímos culturas e sociedades que revelaram o pior que existe em nós. Temos o potencial para os três grandes Cs: compaixão (*compassion*), insensibilidade (*callousness*) e crueldade (*cruelty*). Podemos ser *compassivos* e sensíveis ao sofrimento e querer fazer alguma coisa a respeito. Podemos ser *insensíveis* quando somos indiferentes ao sofrimento e podemos até mesmo causá-lo na busca do nosso próprio interesse. Podemos ser *cruéis* quando infligir sofrimento é o objetivo das nossas ações, e desfrutamos se isso satisfaz nosso desejo de poder, inveja ou vingança, ou se pode ser usado como forma de dissuasão. Muitas sociedades mostram algum grau de insensibilidade quando permitem grandes injustiças sociais e se tornam relativamente

indiferentes aos danos que certas indústrias estão causando. Provavelmente uma das sociedades mais cruéis foi a romana. Esse foi um Estado terrorista em que o sofrimento era desfrutado nos “jogos”, e o abuso de escravos, a tortura e a crucificação faziam parte da vida. Ainda hoje, o prazer do sofrimento causado, em filmes viris de vingança, pelos homens bons contra os homens maus satisfaz nossa necessidade de entretenimento. Talvez essas sejam distrações das nossas preocupações existenciais. Os escritores existencialistas (Yalom, 1980) nos dizem que nossas quatro principais preocupações existenciais são a busca pelo *sentido*, entremeada pelo confronto com a *morte* e a *solidão*, e lidando com a *liberdade*. A compaixão nos ajuda com todas as quatro. Embora elas sejam importantes, a TFC adota a visão budista de que uma busca básica dos humanos é compreender a natureza da mente e do sofrimento e descobrir o que fazer para promover *insight*, prosperidade e comportamento pró-social.

O pensamento budista tradicional sugere que nossas ilusões criadas por nosso sentimento de um *self* autônomo fazem parte das fontes de sofrimento, devido à forma como elas nos fazem agarrá-las e lutar para mantê-las (Hood, 2011; Wright, 2017). De forma um pouco diferente, Mark Leary (2004) também defende que algumas das coisas que desenvolvemos, como um senso de identidade, podem ser maldições, e não dons (Gilbert, 1998a,b). De fato, parte da meditação antiga e do treino de compaixão era fazer você se desligar da roda da vida para que não tivesse que voltar a “este lugar de sofrimento”. O budismo não vê as pessoas se enfileirando para renascer como se estivessem vindo de férias. Como diz McMahon (2007), em suas fascinantes e importantes explorações multiculturais históricas sobre a procura da felicidade, a confrontação com o sofrimento e os nossos esforços para buscar a felicidade na expectativa de uma melhor existência pós-morte são muito antigos e, por vezes, desesperados.

O Buda sugeriu que, em vez de tentar fugir do sofrimento, procuremos entrar nele. *Mindfulness* e treino da mente eram, em boa parte, sobre lidar com *esta vida e este cérebro*, e ele não se deixaria envolver por quaisquer questões metafísicas sobre o que acontece posteriormente. Crucial para a condição humana é que, ao longo dos tempos, a busca tem sido por encontrar maneiras de confrontar o intenso sofrimento desta vida criada pelo DNA. Em última análise, somos parte de uma profissão que está envolvida com o sofrimento, somos confrontados regularmente pelas *tragédias das mentes em tormento e sofrimento* e precisamos de um modelo em nossas mentes para dar um sentido a tudo isso. Se nos dissociarmos da realidade de nossas tragédias e do lado obscuro da inerente severidade das formas biológicas de vida e das nossas mentes, então como poderemos nos sentar com as questões dos nossos clientes? A TFC ressalta o fato de que todos nós estamos na mesma jornada altamente vulnerável de curta duração, somos apanhados pelas mesmas tragédias e podemos oferecer ajuda uns aos outros da melhor forma possível. Os psicoterapeutas precisam ponderar essas questões existenciais para que consigam entrar no mundo do sofrimento mental. Ao trabalhar com mentes mais complexas em tormento, é preciso ter alguma habilidade para estar aberto, mas não ser arrebatado pelos horrores da vida, para poder manter uma conectividade empática com o sofrimento.

**Alegrias.** No entanto, é óbvio que a vida também tem muitas fontes de beleza, deslumbramento, prazeres e alegrias, mesmo que temporários. Temos a “alegria dos sentidos”, as maravilhas da visão, da audição, do tato e do paladar, as maravilhas do movimento, pelo menos quando somos jovens e estamos em forma. Há as maravilhas da imensidão das montanhas e dos oceanos, as texturas das florestas, noites quentes, pores do sol, vinho tinto e sanduíches. E, é claro, há os sentimentos extraordinariamente poderosos e maravilhosos de afeto, conexão e pertencimento,

amor e proximidade física. Os psicodélicos podem nos impelir ainda mais para o interior do mundo da conectividade, mas, se isso fala de algo transcendental ou é apenas mais uma manifestação da neuroquímica, ainda é objeto de acalorados debates (veja o Capítulo 11). Independentemente de vermos a consciência como uma propriedade do universo (o que sou inclinado a ver; Harris, 2019) ou não, podemos começar a valorizar o fato de termos mentes que podem criar padrões ondulatórios em campos de relações com outras mentes conscientes (Siegel, 2016). Isso porque a compaixão e as relações de cuidado são tão centrais para nossas habilidades de nos engajarmos nas lutas e nos sofrimentos da vida que elas podem ser a base para a psicoterapia.

**Sufrimento, necessidades e bem-estar.** Evidentemente, a compaixão também deve prevenir o sofrimento, e isso nos leva ao *processo* de prevenção. É por isso que a incluímos na definição (Gilbert & Choden, 2013). Prevenção não só envolve comportamentos que evitam danos, mas também comportamentos que promovem a prosperidade. Por exemplo, se os bebês não são alimentados, eles morrem; se não são mantidos aquecidos, eles morrem. Igualmente, se ninguém brinca com eles, e se eles não recebem comunicações afetivas, sua capacidade de tirar prazer da vida pode ser prejudicada (Music, 2017). Dito de forma simples, os bebês têm necessidades, e, se as necessidades não são satisfeitas, eles sofrem. Os humanos têm necessidades físicas, mas também psicológicas e sociais (veja o Capítulo 3 para ler sobre as necessidades de cuidado e conectividade). Essas necessidades foram particularmente destacadas no que ficou conhecido como a psicologia positiva (Bohlmeijer & Westerhof, 2020). Esses autores ainda destacam que a abordagem das necessidades básicas humanas — por exemplo, a necessidade de significado, esperança e um senso de contribuição, e, é claro, a necessidade de relações sociais de cuidado — também é um objetivo essencial na terapia. Portanto,

na TFC, a construção de conexões de cuidado dentro do indivíduo (um *self* compassivo) e entre o indivíduo e os outros faz uma ponte entre dificuldades de saúde mental e bem-estar.

Uma das terapias cognitivo-comportamentais mais recentes que fez essa ponte com a psicologia positiva é a terapia de aceitação e compromisso (ACT) (Luoma, Hayes, & Walser, 2018). Hayes (2019) oferece uma introdução à ACT que é prática e muito fácil de entender. Como nas tradições budistas, a aceitação deve ser acompanhada de discernimento, pois não significa resignação ressentida ou rendição, e também não significa passividade. Se chove no dia do nosso casamento, obviamente ficaremos frustrados, mas, quanto mais rápido aceitarmos isso e focarmos no que será útil (pegar os guarda-chuvas), em vez de vociferar contra a situação, melhor vamos nos sentir. Aceitação não significa que vamos prosseguir de qualquer forma e acabar chegando à igreja ensopados! Nós mudamos nosso comportamento. Assim sendo, aceitação também tem a ver com *discernir o que é útil* do que não é útil. Essa é a base da sabedoria que também é central para a compaixão (veja o Capítulo 2). Alguns anos atrás, Tirsch, Schoendorff e Silberstein (2014) apresentaram os conceitos da TFC à comunidade da ACT. Hill e Sorensen (2021) desenvolveram uma abordagem integrativa da ACT de autoajuda e baseada na compaixão. Embora as duas escolas difiram em seu modelo básico e sua filosofia (por exemplo, a ACT desenvolveu um enquadramento relacional, enquanto a TFC está enraizada no estado cerebral e na teoria da evolução e dos processos biopsicossociais), também há sobreposições e aprendizagem entre as duas. Muitos dos principais objetivos na terapia que a ACT destaca são muito importantes para a TFC e, de fato, para outras terapias também. Os temas principais são: aprender a ter consciência plena e consciência da mente; desenvolver competências de aceitação e tolerância, em vez de tentar se

livrar ou se afastar; enfatizar que o cérebro humano cria todos os tipos de histórias sobre si mesmo de formas que outros animais não são capazes, mas podemos nos “fundir com elas” e assumi-las como algo sólido sobre o *self* (Hayes, 2019), quando, de fato, elas são algoritmos texturizando a consciência (Gilbert, 1998b; Hood, 2011). Isso lembra a noção de Leary (2004) da *maldição do self*, já que tomamos essas histórias para descrever quem somos, quando, de fato, elas são construções. Esse é um tema essencial na TFC, mas o vinculamos a como o cérebro evoluído cria uma noção de *self* para perseguir tarefas na vida. Daí a importância de recuar e observá-las como histórias criadas pelas experiências da vida. Isso é denominado desfusão. A ACT foca na desfusão das narrativas verbais, enquanto, na TFC, isso se dá a partir de algoritmos poderosos. Importante também é poder entender e viver de acordo com os próprios valores. A psicologia positiva indica como viver uma *vida significativa focada em valores*, que nos possibilite ser flexíveis na forma como respondemos aos seus desafios. A flexibilidade da função é importante para todos os “sistemas”, incluindo nossa mente e nosso corpo.

Essencialmente, a maioria das terapias visa a desenvolver uma mente que não esteja em guerra consigo mesma, mas seja uma mente perspicaz, receptiva e tolerante. Embora a compaixão possa ser vista como um valor, na TFC, ela é uma motivação evolutiva. Motivações são diferentes de valores, no sentido de que as motivações, na TFC, têm histórias evolucionárias (são arquetípicas) e estão associadas a algoritmos e infraestruturas fisiológicas importantes (veja o Capítulo 2). Na TFC, estamos muito interessados em ajudar as pessoas a desenvolverem consciência mental e percepções da natureza evolutiva, complexa e complicada da mente humana (Hood, 2011) e a entenderem como desenvolver as arquiteturas fisiológicas que elas precisam para uma vida compassiva. Na TFC, em sintonia com os princípios do budismo Mahayana, coloca-

mos as motivações compassiva e de cuidado como centrais para nossa identidade e nossa busca pelos objetivos de vida. Isso tem efeitos de longo alcance na organização psicofisiológica da mente, na promoção do bem-estar, no comportamento pró-social e na criação de comunidades de cuidado.

## **Minha jornada terapêutica até a terapia focada na compaixão: os três choques**

Um dos caminhos até a valorização do estímulo ao cuidado e à compaixão partiu certamente das realidades do sofrimento, conforme mencionado anteriormente, e dos meus interesses budistas. Outro derivou da experiência clínica. Entre as modalidades dominantes em que fui treinado no final da década de 1970 e no início dos anos 1980, estava a terapia cognitiva de Beck, em rápido desenvolvimento (Beck et al., 1979), as terapias comportamentais mais antigas (p. ex., Rachman, 1990) e a terapia centrada na pessoa, de Rogers (Murphy & Joseph, 2016). Elas ofereciam muitas habilidades maravilhosas. Central para todas as três, e fundamental para a TFC, é a importância da descoberta guiada e de ajudar a pessoa a descobrir suas próprias sabedorias intuitivas, forças e soluções, e para a TCC, praticar as habilidades. Posteriormente, tive oportunidades de treino em outras modalidades, incluindo terapia psicodinâmica de grupo, e passei quatro anos trabalhando em um hospital-dia que segue a linha junguiana com supervisão regular. Muitas das *intervenções* da TCC são centrais para a TFC, embora, como você verá (Capítulo 2), em termos do seu modelo básico dos processos psicológicos, a TFC nunca se considerou uma abordagem de terceira onda da TCC, porque ela é um modelo evolucionista, biopsicossocial e consiliente, que integra as ciências básicas com outras terapias baseadas em evolução, como as arquetípicas, de apego e aquelas baseadas na posição social (Gilbert, 1984,

1989, 1992, 1995, 2009a). Em 2000, em nosso livro editado sobre abordagens evolucionistas da psicoterapia (Gilbert & Baley, 2000), explorei como integrar à TCC conceitos evolucionários sobre conflitos motivacionais e texturas focadas na compaixão (Gilbert, 2000). É extremamente importante distinguir modelos científicos básicos dos estados mentais de intervenções terapêuticas (veja o Capítulo 7). Diferentes modelos podem usar intervenções muito semelhantes em certos contextos, mas por razões diferentes. Assim sendo, meu livro de autoajuda sobre depressão é apoiado por intervenções cognitivo-comportamentais, mas contextualizado nos modelos evolucionista e da compaixão (Gilbert, 2009b). Igualmente, pude explorar como abordagens focadas na compaixão podem embasar e dar textura à TCC (Gilbert, 2010). Beck sempre foi claro ao dizer que, tendo apenas três conceitos, como pensamentos automáticos, crenças disfuncionais e esquema, nunca a intenção foi ser uma teoria do cérebro ou da mente, mas um conjunto de heurísticas úteis para guiar a intervenção terapêutica e possibilitar que as pessoas entendam e ajudem a si mesmas (ver Rosner, 2020 para uma discussão fascinante da história). Também é importante mencionar que Beck sempre foi interessado em modelos evolucionistas e que tivemos muitas discussões empolgantes. Além disso, a TFC evoluiu sobretudo sob a proteção da comunidade da TCC, que foi uma família extraordinariamente apoiadora, promovendo conferências e *workshops*, possibilitando seu crescimento e desenvolvimento. Muitos terapeutas hoje reconhecem que não precisamos nos apegar a esses rótulos tribais para que tenhamos um senso de pertencimento, mas precisamos ter um melhor conhecimento da nossa “ciência da mente” e ser habilidosos em nossas intervenções. Assim sendo, muitas terapias e terapeutas que se rotulam como “TCC” também estão integrando a teoria do apego, o psicodrama, o trabalho com cadeiras, a terapia focada na emoção, a terapia focada no corpo, a teoria

polivagal e o ioga — estamos todos avançando na direção de uma ciência daquilo que ajuda as pessoas. De fato, mesmo na década de 1980, os terapeutas cognitivos reconheciam que pode haver uma defasagem entre cabeça e coração, no sentido de que as pessoas podem experimentar mudança cognitiva, mas não mudança emocional (Stott, 2007). Sabemos há algum tempo que os sistemas de motivação, emoção, cognição e comportamento não estão tão intimamente ligados e sincronizados como se supunha. Além disso, agora é geralmente aceito que os processos inconscientes, incluindo de necessidades não satisfeitas, são extremamente importantes para entender as manifestações de qualquer estado mental específico (Bargh, 2017).

**Os clientes que me guiaram.** Depois de concluir um doutorado (1975-1980) sobre depressão, meu interesse clínico especial passaram a ser as depressões crônicas e severas, particularmente as associadas a origens complexas. Eu estava trabalhando com uma mulher, a quem vou chamar ficticiamente de Kerry, também alterando alguns detalhes. Kerry foi adotada quando bebê e teve uma vida muito difícil na sua família adotiva. A adaptação psicológica à adoção apresenta suas próprias dificuldades (Schachter & Schachter, 2011). Ela sofreu de depressão severa e crônica de uma forma bipolar por muitos anos e passou por inúmeras tentativas de suicídio e internações hospitalares. Kerry tinha uma sensação interna muito forte de não ser desejada e de que não deveria ter nascido. No entanto, ela era uma pessoa cuidadora e tinha um bom relacionamento com seu marido e seus filhos, que estavam se saindo muito bem no trabalho e na escola. Ela também foi capaz de gerar crenças genuínas de que seu marido e seus filhos se importavam com ela. Ela tinha amigos e conseguia se manter nos empregos. Em um nível, ela acreditava nisso, mas sem nenhum impacto na sua depressão. Certo dia, tive a ideia de lhe pedir para expressar seus pensamentos de enfrentamento *como ela realmente os*

*ouvia na sua cabeça.* Um tanto embaraçada inicialmente, ela então concordou, e *este foi meu primeiro choque* — o tom emocional era altamente agressivo e insolente, algo como: “Ah, qual é! Você está fazendo terapia cognitiva, então olhe as malditas evidências. Você sabe que seu marido e seus filhos amam você e que quando não está deprimida você também os ama. Você tem amigos que se preocupam com você”, e assim por diante. Para um jovem terapeuta, aquilo foi um choque, e comecei a fazer a mesma pergunta a outros clientes. Percebi exatamente a mesma coisa em alguns deles, que a hostilidade nos esforços de enfrentamento era poderosa, mas *ocorria nos domínios motivacional e emocional*, e não nos cognitivos. As razões por trás disso são complexas, mas ninguém havia me dito para descobrir o *tom emocional* dos pensamentos de enfrentamento das pessoas, então eu vinha me concentrando na obtenção de evidências e fazendo experimentos comportamentais, e assim por diante.

A solução óbvia era tentar mudar o *tom emocional* de Kerry, para que ela pudesse desenvolver um tom emocional mais compassivo, cordial, bondoso, compreensivo e amigável. Isso deu origem ao *meu segundo choque*, já que ela não só não conseguia fazer isso, mas também não o faria (não queria fazê-lo). Ela achava que a compaixão era fraca e inútil e não conseguia de forma alguma entender como é que isso poderia ser útil. Eu não havia previsto a resistência em criar motivação para compaixão e sentir compaixão. Hoje temos uma melhor compreensão e reconhecemos o quanto é essencial esclarecer as definições logo no começo da terapia (veja o Capítulo 6).

*Meu terceiro choque* aconteceu quando começamos a percorrer esse caminho. Olhando em retrospectiva agora, tenho que admitir que fui um pouco ingênuo, especialmente porque eu já havia trabalhado muito no condicionamento clássico. Sou um entusiasta do condicionamento clássico, precisamente porque ele conecta corpo e mente e não requer pensamento consciente. O que eu não havia

previsto era que a ativação de um sistema motivacional de cuidado poderia ativar significativamente o sistema de ameaças, se houvesse ameaças codificadas dentro dele. Para explicar isso, imagine que você gosta de férias e espera ansiosamente por elas; os anúncios sobre férias desencadeiam alegria. Mas então, nas suas férias, você está se sentindo muito mal e acaba no hospital. O que acontece no seu corpo na próxima vez que você vê anúncios de férias? O que acontece com sua motivação para sair de férias? Ou, então, imagine que, cada vez que você tentou ser assertivo quando criança, você apanhou, foi constrangido e rejeitado. O que acontecerá no seu corpo quando você tentar ser assertivo posteriormente na sua vida? Independentemente de chamarmos isso de esquema ou (minha preferência) respostas classicamente condicionadas, o fato é que esse sistema motivacional (sair de férias) agora será tóxico se ele for “texturizado” com trauma. Portanto, se as pessoas tiverem traumas nos sistemas de apego e cuidado, quando você começar a trilhar o caminho da compaixão, vai começar a abrir sistemas de cuidado, e isso é o que vai atingi-las. E não é apenas o trauma, são também as *necessidades frustradas nesse sistema*. Por exemplo, se o trauma foi relacionado a determinado destino de férias, então poderíamos potencialmente evitar ir a esse lugar ou sair de férias, mas, se o trauma foi associado ao próprio sistema de cuidado, como poderemos evitar experiências de cuidado ou evitar um anseio inato de ser cuidado, protegido, amado e desejado, com o qual todos os humanos nascem (Gilbert, no prelo; veja também o Capítulo 9)? Logo nos primeiros meses da TFC, tornou-se evidente que a compaixão não seria uma simples questão de fazer alguns exercícios aqui e ali. Para os tipos de cliente que eu estava atendendo, seria necessário *um grande trabalho de reparo* no sistema de cuidado a fim de *desintoxicá-lo* antes que as pessoas pudessem usá-lo. Essa é uma mensagem que pode ser difícil de transmitir às pessoas que estão começando na TFC, e

ainda hoje vemos o surgimento de trabalhos acadêmicos que apresentam apenas alguns exercícios de compaixão e questionam por que eles não funcionam tão bem. Essa é também a razão pela qual eu aviso que, se você quiser seguir nosso caminho na TFC, não bastará simplesmente adotar práticas budistas, por mais úteis e relevantes que elas sejam (Gilbert & Choden, 2013). Como discutido em outros capítulos, parte dessa desintoxicação dos sistemas de cuidado, para os casos mais crônicos e complexos, pode envolver o processo de luto intenso (envolvendo raiva, ansiedade e tristeza) e a reexperiência do anseio de ser amado, desejado e protegido (Gilbert, no prelo; veja também o Capítulo 9). Sentimentos profundos de solidão e desconexão também podem estar associados a uma raiva assustadora.

## Compaixão pelo lado sombrio

Há outro aspecto na abordagem da compaixão que algumas vezes é esquecido. Algumas vezes, ao tentarmos aliviar o sofrimento mental, temos que nos embrenhar nos cantos mais obscuros da mente. Atualmente, muitos comentaristas, filósofos e outros estão reconhecendo que a humanidade precisa urgentemente começar a entender a si mesma, entender a natureza da sua mente, como ela foi criada, como foi programada, para o que foi projetada. Isso vai nos capacitar para cultivarmos o melhor, e não o pior de nós, deliberada e intencionalmente (Sapolsky, 2017). Tragicamente, nossa história de guerras, estupro, escravidão, motivações e formas de execução, e muito mais, mostra que vivemos por um longo tempo em Estados basicamente terroristas, em que as elites usaram opressão contra a maioria, e ainda fazem isso (Gilbert, 2021). Seja nas religiões que nos ameaçavam com o inferno, nas sociedades que nos crucificavam por crimes menores, ou até mesmo neste país (Reino Unido), em que, há apenas algumas centenas de anos, eram realizados

enforcamentos por roubo de pães, estamos apenas começando a nos dar conta do quão anormais e destrutivos as sociedades agrícolas modernas nos tornaram (Gilbert, 2018). Apesar das muitas tradições espirituais que enfatizam a importância da compaixão como uma forma de lidar com o lado sombrio da mente, ela é frequentemente mal retratada nas mídias sociais. A ideia de que a compaixão é, de alguma forma, fraca ou simplesmente significa ser amável, agradável, carinhoso ou gentil *não compreende adequadamente a coragem, a sabedoria, a dedicação e o altruísmo da compaixão* (Gilbert, Basran, MacArthur, & Kirby, 2019; Ricard, 2015). Além disso, infelizmente, o uso da palavra “amor” em determinadas práticas introduziu problemas reais de definição e tradução dessa palavra. Assim como algumas línguas não têm nenhuma definição clara de compaixão e, às vezes, podem confundi-la com piedade, diferentes culturas definem o amor de maneiras muito diferentes. Se você procurar a palavra em qualquer dicionário de inglês, encontrará que ela envolve *gostar e querer estar perto e, às vezes, afeto*. A compaixão não precisa envolver isso. As pessoas que arriscam suas vidas para salvar pacientes da covid-19 poderiam até mesmo não gostar deles se os conhecessem, mas, ainda assim, arriscam suas vidas por eles. A crescente obsessão da classe média ocidental pelo autoamor é ainda pior. Parte do problema está em conceitos como amor-bondade, porque, na realidade, deveria ser *amabilidade benevolente*, que não requer que gostemos daqueles que queremos que não sofram. Na tradição budista Mahayana, a compaixão é claramente compreendida como amor *altruísta*, sendo que a palavra “altruísta” é essencial para destacar que o foco é abordar o sofrimento e as causas do sofrimento em todos os seres sencientes (Ricard, 2015). Há muito sobre mim que aceito e compreendo, mas não preciso amar este cérebro criado biologicamente. De fato, a compaixão é o mais difícil, moral, corajoso e sábio de todos

os motivos humanos, precisamente porque ela vai nos ajudar a lidar com coisas que não gostamos ou não amamos, e até mesmo coisas que podemos temer. Imagine o que aconteceria se vivêssemos em um mundo onde todos os humanos fossem treinados e adotassem um modo de viver compassivo, entendendo que isso não significa que devemos estimar ou amar todas as pessoas, mas apenas ter um desejo genuíno de que elas não sofram, fazer o que podemos para prevenir o seu sofrimento e certamente não causá-lo insensivelmente.

## Este livro

Juntamente aos editores, refletimos se os capítulos sobre a ciência básica deveriam ser um livro separado ou ser mantidos aqui para apoiar os capítulos sobre aplicabilidade clínica. Como os editores, nós queríamos que as coisas estivessem em um único lugar para as pessoas. Este capítulo contextualiza os capítulos seguintes em termos dos desafios que a nossa profissão enfrenta, o movimento em direção a uma abordagem biopsicossocial muito maior, focada em processos, para a qual muitas terapias agora estão se voltando, e a importância de compreender nossas necessidades básicas evolutivas de conectividade social, participação e cuidado. A TFC está preocupada com a dinâmica do sofrimento, o que o facilita, o que nos ajuda a passar por ele e o que nos coloca em becos sem saída nos quais ficamos presos. Este livro é um grande prazer para mim, por causa de todas as pessoas maravilhosas envolvidas que têm trabalhado para desenvolver a TFC e trazer a compaixão para a cura das mentes, entendendo a importância central do foco motivacional. No final deste livro, você poderá concordar conosco ou discordar da ideia de que estamos em uma encruzilhada em diversas áreas da nossa vida, não só em nossa psicoterapia, mas em nossa política, nossa economia e nossas culturas. A compaixão é o único processo de cura que pode nos mostrar um caminho a seguir.

## Referências

- Able, J., & Clarke, L. (2020). *The compassion project: A case for hope and human kindness from the town that beat loneliness*. Aster.
- Akiskal, H.S., & McKinney, W.T. (1973). Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. *Science*, 182, 20–29.
- Bargh, J. (2017). *Before you know it: The unconscious reasons we do what we do*. Simon & Schuster.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Wiley.
- Becker, J. C., Hartwich, L., & Haslam, S. A. (2021). Neoliberalism can reduce well-being by promoting a sense of social disconnection, competition, and loneliness. *The British Journal of Social Psychology*. (advance on line).
- Bohlmeijer, E.T., & Westerhof, G.J. (2020). A new model for sustainable health integrating well-being into psychological treatment. In J. Kirby & P. Gilbert (Eds.). *Making an impact on mental health: The applications of psychological research* (pp. 153–188). Routledge.
- Bornemann, B., Kok, B.E., Böckler, A., & Singer, T. (2016). Helping from the heart: Voluntary upregulation of heart rate variability predicts altruistic behaviour. *Biological Psychiatry*, 119, 54–63.
- Brown, G.W., Adler, W.Z., & Bifulco, A. (1988). Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 152, 487–498.
- Bullmore, E. (2018) *The inflamed mind: A radical new approach to depression*. Short Books.
- Carhart-Harris, R.L., Erritzoe, D., Haijen, E., Kaelen, M., & Watts, R. (2018). Psychedelics and connectedness. *Psychopharmacology*, 235(2), 547–550.
- Costello, A. (2018). *The social edge: The power of sympathy groups for our health wealth and sustainable future*. Thornwick.
- Cowles, M.K., Pariante, C.M., & Nemeroff, C.B. (2009). Depression in the medically ill. In C.M. Pariante, R.M. Nesse, D. Nutt, & L. Wolpert (Eds.). *Understanding depression: A translational approach* (pp. 7–16). Oxford University Press.
- Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain* (2nd ed.) (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). W.W. Norton.
- Cozolino, L. (2017). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the Social Brain* (2nd ed.) (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). W.W. Norton.
- Curran, T., & Hill, A.P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort

- differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410–429.
- Dunbar, R. (2014). *Human evolution: A Pelican introduction*. Penguin UK.
- Dunn, R. (2011). *The wild life of our bodies: Predators, parasites and partners that shape who we are today*. Harper.
- Eisenberg, L. (1986). Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 148(5), 497–508.
- Eisler, R., & Fry, D.P. (2019). *Nurturing our humanity: How domination and partnership shape our brains, lives, and future*. Oxford University Press.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry* (Vol. 1, pp. 280–281). Basic Books.
- Epstein, W. M. (2006). *Psychotherapy as religion: The civil divine in America*. University of Nevada Press.
- Favre, P., Kanske, P., Engen, H., & Singer, T. (2021). Decreased emotional reactivity after 3-month socio-affective but not attention-or meta-cognitive-based mental training: A randomized, controlled, longitudinal fMRI study. *NeuroImage*, 118132 (advanced on line).
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143–155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Fried, E.I., & Nesse, R.M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR\* D study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 96–102.
- Gilbert, P. (1984). *Depression: From psychology to brain state*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1989/2016). *Human nature and suffering*. Routledge.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135–156. <https://doi.org/10.1002/cpp.5640020302>
- Gilbert, P. (1998a). Evolution, suffering and psychotherapy. In C. Feltham (Ed.). *Witness and vision of the therapist* (pp. 94–122). SAGE.
- Gilbert, P. (1998b). Evolutionary psychopathology: Why isn't the mind better designed than it is? *British Journal of Medical Psychology*, 71, 353–373.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert and K.G. Bailey (Eds.). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118–150). Psychology Press.
- Gilbert, P. (2009a). *The compassionate mind: A new approach to the challenge of life*. Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2009b). *Overcoming depression: A self-guide using cognitive behavioural techniques* (3rd ed.). Basic Books.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy* (The CBT Distinctive Features Series). Routledge.
- Gilbert, P. (2017). Compassion: Definitions and controversies. In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 3–15). Routledge.
- Gilbert, P. (2018). *Living like crazy*. Annwyn House.
- Gilbert, P. (2019). Psychotherapy for the 21st century: An integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92, 164–189. <https://doi.org/10.1111/papt.12226>.
- Gilbert, P. (2020a). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11, 3123. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Gilbert, P. (2020b). The evolution of prosocial behavior: From caring to compassion. In L. Workman, W. Reader, & J.H. Barkow (Eds.). *Cambridge handbook of evolutionary perspectives on human behavior* (pp. 419–435). Cambridge University Press.
- Gilbert, P. (2020c). Evolutionary functional analysis: The study of social mentalities, social rank and caring-compassion. In J.N. Kirby & P. Gilbert (Eds.). *Making an impact on mental health* (pp. 4–42). Routledge.
- Gilbert, P. (2021). Creating a compassionate world: Addressing the conflicts between *sharing and caring* versus *controlling and holding* evolved strategies. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.582090>
- Gilbert, P. (in press). An evolutionary and compassion approach to yearning and grief for what one did not have. In D. Harris & A.H.Y. Ho (Eds.). *Compassion-based approaches to loss and grief*. Routledge.
- Gilbert, P., & Bailey, K.G. (Eds.). (2000) Evolutionary psychotherapy: Principles and outline. In P. Gilbert & K.G. Bailey (Eds.). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 3–27). Psychology Press.
- Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion*. Constable Robinson.
- Gilbert, P., & Gilbert, H. (2011). Spiritual healing in the context of the human needs for safeness, connectedness and warmth: A biopsychosocial approach In F. Watts (Ed.). *Spiritual healing: Scientific*

- and religious perspectives (pp. 112–127). Cambridge University Press.
- Gilbert, P., & Kirby, J.N. (2019). Building an integrative science for psychotherapy for the 21st century: Preface and introduction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92, 151–163. <https://doi.org/10.1111/papt.12225>
- Gilbert, P., Basran, J., MacArthur, M., & Kirby, J.N. (2019). Differences in the semantics of prosocial words: an exploration of compassion and kindness. *Mindfulness*, 10(11), 2259–2271.
- Harris, A. (2019). *Consciousness: A brief guide of the fundamental mystery of the mind*. New Harper.
- Harris, D.L. (Ed.). (2011). *Counting our losses: reflecting on change, loss, and transition in everyday life*. Routledge.
- Haslam, C., Jetten, J., Cruwys, T., Dingle, G., & Haslam, S.A. (2018). *The new psychology of health: Unlocking the social cure*. Routledge.
- Hayes, S. (2019). *A liberated mind: The essential guide to ACT*. Random House.
- Hill, D., & Sorensen, D. (2021). *ACT Daily Journal: Get unstuck and live fully with acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.
- Hood, B. (2011). *The self illusion: Why there is no 'you' inside your head*. Constable.
- Horwitz, A.V., & Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Keller, S.M., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 974–979.
- Kessler, R.C., Soukup, J., Davis, R.B., Foster, D.F., Wilkey, S.A., Van Rompay, M.I., & Eisenberg, D.M. (2001). The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158, 289–294.
- Kim, J.J., Parker, S.L., Doty, J.R., Cunnington, R., Gilbert, P., & Kirby, J.N. (2020). Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Scientific Reports*, 10(1), 1–9.
- Lampert, K. (2005). *Traditions of compassion: From religious duty to social activism*. Palgrave Macmillan.
- Lazarus, R.S., & Smith, C.A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition–emotion relationship. *Cognition & Emotion*, 2(4), 281–300.
- Leary, M.R. (2004). *The curse of the self: Self-awareness egotism and the quality of human life*. Oxford University Press.
- Lima-Ojeda, J.M., Rupprecht, R., & Baghai, T.C. (2017). 'I am I and my bacterial circumstances': Linking gut microbiome, neurodevelopment, and depression. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 153. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00153>
- Lockwood, P.L., Apps, M.A., & Chang, S.W. (2020). Is there a 'social' brain? Implementations and algorithms. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(10), 802–813. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.06.011>
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2018). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). New Harbinger.
- Martinez-Cengotitabengoa, M., & González-Pinto, A. (2017). Nutritional supplements in depressive disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(1), 8–15.
- Mascaro, J., & Raison, C.L. (2017). The body of compassion. In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 89–104). Routledge
- McMahon, D. (2007). *The pursuit of happiness: A history from the Greeks to the present*. Penguin.
- Murphy, D., & Joseph, S. (2016). Person-centered therapy: Past, present, and future orientations. In D.J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 185–218). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14775-007>
- Music, G. (2017). *Nurturing nature's attachment and children's emotional social cultural and brain development* (2nd ed.). Routledge.
- Nesse, R.M. (2009). Explaining depression: Neuroscience is not enough, evolution is essential. In C.M. Pariante, R.M. Nesse, D. Nutt, & L. Wolpert (Eds.). *Understanding depression: A translational approach* (pp. 17–35). Oxford University Press.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2019). *Evidence-based psychotherapy relationships*. In J.C. & M.J Lambert (Eds.). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., vol. 1) (pp. 1–23). Oxford University Press.
- Nordmo, M., Monsen, J.T., Høglend, P.A., & Solbakken, O.A. (2020). Investigating the dose – response effect in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1861359>
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. Oxford University Press.
- Pincus, A.L., & Hopwood, C.J. (2012). A contemporary interpersonal model of personality pathology and personality disorder. In T.A. Widiger (Ed.). *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 372–398). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.001.0001>

- Porcelli, S., Van Der Wee, N., van der Werff, S., Aghajani, M., Glennon, J. C., van Heukelum, S., ... & Serretti, A. (2019). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 97, 10–33.
- Porges, S.W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
- Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). W.W. Norton.
- Porges, S.W. (2017). Vagal pathways: Portals to compassion. In E.M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S.L. Brown, & M.C. Worline (Eds.). *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 189–202). Oxford University Press.
- Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. Oxford: University Press.
- Rachman, S.J. (1990). *Fear and courage*. WH Freeman/ Times Books/Henry Holt.
- Ricard, M. (2015). *Altruism: The Power of Compassion to Change Itself and the World*. London: Atlantic Books.
- Roland, D. (2020). *The power of suffering*. Simon & Schuster.
- Rosner, R. (2020). Manualizing psychotherapy: Aaron T. Beck and the origins of cognitive therapy of depression. In S. Shamdasani, & D. Loewenthal (Eds.). *Exploring transcultural histories of psychotherapies* (pp. 39–61). Routledge.
- Ryan, C. (2019). *Civilized to death: The price of progress*. Avid Reader Press/Simon & Schuster.
- Safran, J.D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 87–105.
- Sapolsky, M.R. (2017). *Behave: The biology of humans at our best and worst*. Vintage.
- Schachter, S.R., & Schachter, J.A. (2011). Adoption: A life began with loss. In D.L. Harris (Ed.). *Counting our losses reflecting change loss and transition in everyday life* (pp. 75–91). Routledge.
- Schore, A.N. (2019a). *Right brain psychotherapy*. Norton.
- Schore, A.N. (2019b). *The development of the unconscious mind*. Norton.
- Sensky, T. (2010). Suffering. *International Journal of Integrated Care*, 10, 66–68.
- Seppälä, E.M., Simon-Thomas, E., Brown, S.L., Worline, M.C., Cameron, C.D., & Doty, J.R. (Eds.). (2017). *The Oxford handbook of compassion science*. Oxford University Press.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531–537.
- Shamdasani, S., & Loewenthal, D. (Eds.). (2020). *Exploring transcultural histories of psychotherapies*. Routledge.
- Siegel, D.J. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(4), 248–256.
- Siegel, D.J. (2016). *Mind: A journey into the heart of being human*. Norton.
- Siegel, D.J. (2019). The mind in psychotherapy: An interpersonal neurobiology framework for understanding and cultivating mental health. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 224–237.
- Siegel, D.J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (3rd ed.). Guilford Press.
- Silston, B., Bassett, D.S., & Mobbs, D. (2018). How dynamic brain networks tune social behavior in real time. *Current Directions in Psychological Science*, 27(6), 413–421.
- Singer, T., & Engert, V. (2019). It matters what you practice: Differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project. *Current Opinion in Psychology*, 28, 151–158.
- Slavich, G.M. (2020). Social safety theory: A biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 265–295.
- Smail, D. (2018). *Taking care: An alternative to therapy*. Routledge.
- Spelman, E.V. (1997). *Fruit fruits of sorrow: Framing our attention to suffering*. Beacon Press.
- Spiegel, D. (2016). Psilocybin-assisted psychotherapy for dying cancer patients—aiding the final trip. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1215–1217.
- Stott, R. (2007). When the head and heart do not agree: A theoretical and clinical analysis of rational-emotional dissociation (RED) in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 37–50. <https://doi.org/10.1891/088983907780493313>.
- Summerfield, D. (2004). 12 Cross-cultural perspectives on the medicalization of human suffering. In G.M. Rosen (Ed.), *Issues and controversies*, (pp. 233–245). Wiley.
- Thayer, J.F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III, J.J., & Wager, T.D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications

- for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747–756.
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L.R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. New Harbinger.
- Tsering, G.T. (2005). *The four noble truths: The foundation of Buddhist thought* (vol. 1). Wisdom Publications.
- Tsering, G.T. (2008). *The awakening mind: The foundation of Buddhist thought* (vol. 4). Wisdom Publications.
- Veale, D., Gilbert, P., Wheatley, J., & Naismith, I. (2015). A new therapeutic community: Development of a compassion-focussed and contextual behavioural environment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 285–303.
- Vrtička, P., Favre, P., & Singer, T. (2017). Compassion and the brain. In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 135–151). Routledge.
- Watkins, E.R., & Newbold, A. (2020). Factorial designs help to understand how psychological therapy works. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>
- Wilson, D.S., & Hayes, S.C. (2018). *Evolution and contextual behavioral science*. New Harbinger.
- Wilson, E.O. (1992). *The diversity of life*. Penguin.
- Wilson, E.O. (1999). *Consilience: The unity of knowledge* (vol. 31). Vintage.
- Wright, R. (2017). *Why Buddhism is true: The science and philosophy of meditation and enlightenment*. Simon and Schuster.
- Yalom, I.D. (1989) *Existential psychotherapy*. Norton Book.
- Zarbo, C., Tasca, G.A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>