

Matheus Augusto Caixeta Araújo

**Intervenções sobre a vergonha na perspectiva da terapia focada na
compaixão: uma revisão sistemática**

Uberlândia

2023

Matheus Augusto Caixeta Araújo

**Intervenções sobre a vergonha na perspectiva da terapia focada na
compaixão: uma revisão sistemática**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto
de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia,
como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel
em Psicologia. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Ferrarez
Fernandes Lopes

Uberlândia

2023

Matheus Augusto Caixeta Araújo

**Intervenções sobre a vergonha na perspectiva da terapia focada na
compaixão: uma revisão sistemática**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para o Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora

Uberlândia, 2 de fevereiro de 2023

Prof.^a Dr.^a Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Orientadora)

Alexandre Vianna Montagnero (Presidente da banca)

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Examinador)

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Examinador)

Uberlândia

2023

*“O que é este “eu” dentro de nós, este observador silencioso
Crítico severo e calado, que pode aterrorizar-nos
E induzir a atividade fútil
E, no fim, julga-nos ainda mais severamente
Pelos erros que sua própria censura nos levou a cometer?”*

— T. S. Eliot

RESUMO

Introdução: A vergonha é um sentimento universal, selecionado evolutivamente como um regulador do comportamento interpessoal do indivíduo. É uma experiência intensa ligada a sentimentos de inferioridade, defectividade, impotência, com consequências psicológicas e comportamentais negativas quando experienciada de forma muito desregulada. **Objetivo:** Comparar os protocolos clínicos para regular o sentimento de vergonha e verificar se a terapia focada na compaixão (TFC) é efetiva para trabalhar esse sentimento. **Procedimentos:** Estudos foram selecionados em bases de dados (BVS Saúde, MEDLINE ; PsychINFO; *Google* acadêmico; CAFE). Foram incluídos aqueles que traziam como proposta uma intervenção clínica na abordagem da terapia focada na compaixão para trabalhar o sentimento de vergonha, incluindo artigos, dissertações e teses. Os dados foram analisados através de uma revisão sistemática. **Resultados:** Analisados em conjunto, os estudos mostraram que os protocolos de atendimento trazem elementos em comum, que estão em consonância com o Treino da Mente Compassiva desenvolvido por Paul Gilbert, incluindo psicoeducação sobre vergonha e compaixão, exercícios de atenção plena, técnicas vivenciais e outros, e algumas divergências podem ser identificadas. Em relação à efetividade, os estudos apontam a terapia focada na compaixão como uma intervenção viável para trabalhar o sentimento de vergonha por meio do desenvolvimento da autocompaixão. **Conclusão:** A terapia focada na compaixão se apresenta como uma alternativa viável, promissora e efetiva para se trabalhar o sentimento de vergonha. No entanto, é necessário observar que a vergonha, por ser um construto negativamente estável, talvez demande mais tempo de intervenção do que o tempo disponível nos estudos analisados.

Palavras-chave: vergonha; compaixão; terapia focada na compaixão; treino da mente compassiva.

SUMMARY

Introduction: Shame is a universal feeling, evolutionarily selected as a regulator of the individual's interpersonal behavior. It is an intense experience linked to feelings of inferiority, defectiveness, impotence, with negative psychological and behavioral consequences when experienced in a very unregulated way. **Objective:** To compare clinical protocols to regulate feelings of shame and to verify whether compassion-focused therapy (CFT) is effective in addressing this feeling.. **Procedures:** Studies were selected from databases (BVS Saúde, MEDLINE; PsychINFO; *Google* acadêmico; CAFE). Those that proposed a clinical intervention in the therapy approach focused on compassion to work on the feeling of shame were included, including articles, dissertations and theses. Data were analyzed using a systematic review. **Results:** Analyzed together, the studies showed that the care protocols have common elements, which are in line with the Compassionate Mind Training developed by Paul Gilbert, including psychoeducation on shame and compassion, mindfulness exercises, experiential techniques and others, and some divergences can be identified. Regarding effectiveness, studies point to compassion-focused therapy as a viable intervention to work on feelings of shame through the development of self-compassion. **Conclusion:** Compassion-focused therapy is a viable, promising and effective alternative to work on feelings of shame. However, it is necessary to note that shame, as a negatively stable construct, may require more intervention time than the time available in the analyzed studies.

Keywords: shame; compassion; compassion-focused therapy; compassionate mind training.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Vergonha

A vergonha é uma experiência universal, fruto da necessidade humana de ser percebido pelo outro como atrativo. Nesse sentido, a vergonha tem sua utilidade evolutivamente selecionada de regular o comportamento interpessoal do indivíduo e suas interações sociais. No entanto, quando desregulada, ela está ligada a uma série de problemas de saúde mental, uma vez que afeta os comportamentos sociais e morais do indivíduo, bem como seu senso de *self*, fazendo-o sentir-se essencialmente inferior (Gilbert, 1997, 2019; Gilbert & Simos, 2022). Isto porque a vergonha é uma emoção autoconsciente e socialmente focada, e está ligada a sentimentos de inferioridade, sensação de ser socialmente não atrativo, defectividade e impotência. Para lidar com ela, são usadas estratégias de evitação, como escapar, esconder ou ocultar deficiências. Na vergonha, o *self* fica passivo, se sente paralisado e desamparado, e o outro é visto como fonte de escárnio e desprezo, levando o indivíduo a ocultar os alvos de vergonha, tornando-a difícil de ser identificada (Gilbert & Simos, 2022; Lewis, 1971).

Gilbert e Procter (2006) explicam que existe uma distinção entre vergonha interna e vergonha externa. A vergonha externa se relaciona a como alguém percebe que existe na mente dos outros como tendo defeitos e falhas, que são assim expostas ao olhar desse outro. Assim, acredita-se que o outro o vê como inferior, inadequado, imprestável, ruim, etc., e que os outros o estão julgando e assim podem rejeitá-lo ou atacá-lo. Na vergonha externa, a atenção e processamento cognitivo estão direcionados externamente, e o comportamento se volta a tentar influenciar positivamente como se é percebido na mente do outro. A vergonha interna, por sua vez, diz respeito a como avaliamos nosso *self* em nossas próprias mentes, isto é, como nos julgamos e nos

sentimos em relação a nós mesmos. Está ligada a uma autoavaliação global negativa e sentimentos de ser inadequado, inferior, fraco, ou globalmente ruim. A atenção e processamento cognitivo, na vergonha interna, estão dirigidos internamente para as emoções, atributos pessoais e comportamentos de si mesmo, e focado nas próprias falhas e deficiências. Segundo Gilbert (2007), a vergonha interna pode ser vista como uma resposta defensiva internalizada da vergonha externa, em que o indivíduo passa a se identificar com a mente do outro e se engaja em autoavaliações negativas, vendo-se da forma como percebe que os outros o veem, para assim restaurar a sua imagem e proteger-se da rejeição e ataque dos outros.

1.2 Terapia focada na compaixão (TFC)

A terapia focada na compaixão é uma abordagem psicoterapêutica integrativa que tem influências da psicologia evolucionista, teoria do apego, neurociências, psicologia social e psicologia budista e se baseia na Teoria das Mentalidades Sociais (Gilbert, 2010, 2014). Segundo o autor, ela busca compreender os sistemas motivacionais biossociais dos seres humanos — isto é, ligados à competição e ranking social, por um lado, e uma mentalidade de cuidado e cooperação, do outro — e os sistemas emocionais que os guiam. A partir daí, foi proposto um modelo de três sistemas de regulação de afeto, em que o sofrimento ligado à saúde mental estaria relacionado a uma ativação desregulada de qualquer um desses sistemas, ou uma combinação deles. São eles: **sistema de proteção à ameaça** — diante da ameaça percebida, podem surgir sentimentos de ansiedade, raiva e desgosto, o que nos auxilia a identificar responder à ameaça efetivamente; **sistema de direção e impulso**, ligado a emoções de excitação e alegria, o que nos motiva a buscar recursos como alimento, status social e oportunidades sexuais; e **sistema da satisfação e contentamento**, ligado

a sentimentos de calma, contentamento e segurança, que apontam para a relevância do cuidado e carinho para estimular a segurança (Kolts, 2016). O cuidado, portanto, é inato ao ser humano, resultado de sua história evolutiva, e isso se dá por meio da sensibilidade ao sofrimento próprio e dos outros, além de um engajamento para aliviar e prevenir esse sofrimento (Gilbert & Choden, 2013; Gilbert & Simos, 2022).

O objetivo terapêutico da terapia focada na compaixão é reequilibrar esses sistemas quando eles estão desregulados: ao estimular a compaixão no *setting* terapêutico, o indivíduo experimenta essa compaixão e segurança e, assim, diminui seus níveis de culpa e vergonha, e assim o terapeuta o ajuda a desenvolver habilidades de compaixão (Gilbert, 2014).

Indivíduos propensos a sentirem vergonha e autocrítico têm dificuldade de serem gentis, solidários e tranquilizadores consigo mesmos, e de se oferecerem perdão (Gilbert, 2009). Além disso, Gilbert e Procter (2006) observaram que esses indivíduos podem se tornar muito sensíveis a ameaças percebidas de rejeição ou criticismo do mundo externo, e se punindo por isso. Assim, a TFC se apresenta como uma alternativa adequada a trabalhar com questões ligadas à vergonha experimentada por esses indivíduos.

A intervenção da terapia focada na compaixão é baseada no protocolo denominado Treino da Mente Compassiva, desenvolvido por Paul Gilbert para trabalhar principalmente com os sentimentos de vergonha e culpa (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Segundo os autores, o objetivo desse protocolo é ensinar aos pacientes habilidades de auto-tranquilização e autoconfiança para pacientes com altos níveis de autocrítico. O Treino da Mente Compassiva envolve a psicoeducação de conceitos como autocompaixão, vergonha, sistemas de regulação de afeto, etc.; a explicação dos efeitos positivos da autocompaixão; exercícios de atenção plena

baseados em respiração consciente e tranquilizadora; trabalho com os medos, resistências e medos em relação à autocompaixão; técnicas vivenciais, como a Técnica do Lugar Seguro; uso de atividades como diário de autocompaixão e de pensamentos autocríticos, escrita de carta compassiva; exploração da raiva de um ponto de vista compassivo; discussões sobre a compaixão; etc.

Uma vez que a vergonha é uma ocorrência frequente em uma série de transtornos mentais (Gilbert & Irons, 2005; Tangney & Dearing, 2002), além de ser de difícil detecção, é importante encontrar possibilidades de tratamento que viabilizem que ela seja trabalhada em indivíduos propensos a altos níveis de vergonha. Assim, este artigo tem como objetivo comparar os protocolos clínicos para regular o sentimento de vergonha e verificar se a terapia focada na compaixão (TFC) é efetiva para trabalhar esse sentimento.

2 MÉTODO

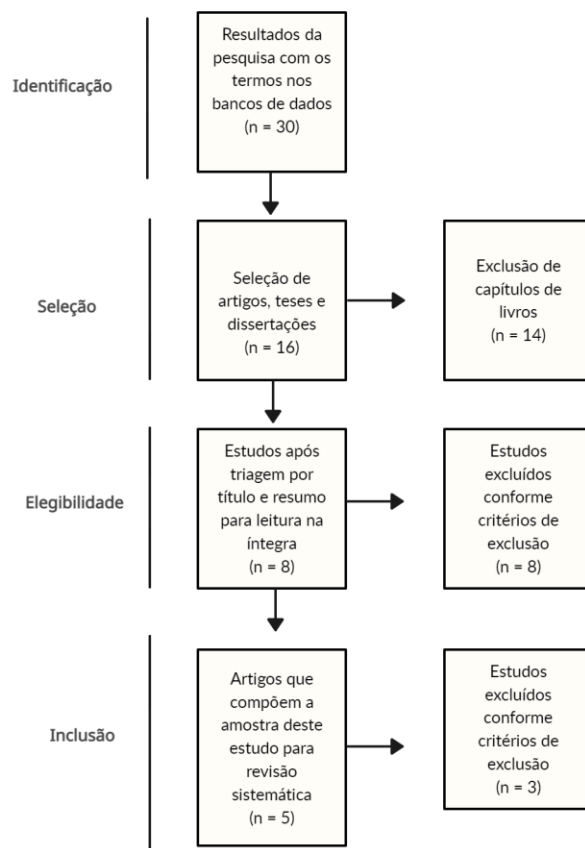
2.1 Procedimento

A coleta de dados seguiu o Método PRISMA – Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (Galvão, Pansani & Harrad, 2015) e foi dividida em 3 fases. **Fase 1:** Na primeira fase, foi realizada uma busca de materiais através das bases de dados BVS saúde, MEDLINE e PsychINFO; *Google* acadêmico; CAFE. Os unitermos foram consultados previamente na Terminologia Psi-Alfabética da BVS-Psi e para a revisão de TCC e TEA-AF foram utilizados os seguintes termos e combinações: “shame AND compassion focused therapy”; e “vergonha AND terapia focada na compaixão”. **Fase 2:** Todos os materiais encontrados foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foi feita uma seleção de trabalhos a partir da leitura de títulos e resumos. Os que se encaixaram nos critérios foram recuperados e lidos na

íntegra. Fase 3: Esta fase integrou a revisão crítica dos instrumentos: todos os materiais foram avaliados a partir dos seguintes critérios presentes nas planilhas de análise: a) Características do Estudo: autores, ano de publicação, local de publicação. b) Características do conteúdo do estudo: Número de citações do estudo, Objetivos, Tema associado ao estudo da vergonha, Tamanho da amostra, População alvo, Procedimentos, Instrumentos utilizados no estudo, Resultados e conclusões, e Presença de follow-up.

Critérios de inclusão e exclusão: foram incluídos apenas artigos revisados aos pares em revistas, dissertações e teses, que trabalhavam com estudos de intervenção clínica que trouxessem a TFC como intervenção testada, com data de publicação entre 2010 e 2022, escritos em língua inglesa. Artigos em língua portuguesa não foram encontrados. Foram excluídos textos de revisão.

FIGURA 1 Fluxograma do processo de seleção dos estudos segundo método PRISMA



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca por estudos que atendessem aos critérios de inclusão da presente pesquisa resultou em cinco estudos que traziam a vergonha como um ponto central e que incluíam um protocolo de atendimento baseado na terapia focada na compaixão com o objetivo de verificar a viabilidade e eficácia desse modelo para trabalhar o sentimento de vergonha. Na Tabela 1, apresentamos os dados dos estudos sumariados: Número de citações, tema associado a vergonha, tamanho da amostra, população alvo, procedimentos, instrumentos, resultados e conclusões e presença de follow-up. Na Tabela 2 encontram-se sumariados os procedimentos de intervenção em TFC para regulação da vergonha e dos outros sintomas presentes nos participantes dos estudos.

TABELA 1

Tabela onde se encontra sumariado os dados dos estudos: Número de citações, tema associado a vergonha, tamanho da amostra, população alvo, procedimentos, Instrumentos, resultados e conclusões e presença de follow-up

Estudo Referência	Número de citações	Objetivo	Tema associado ao estudo da vergonha	Tamanho da amostra	População alvo	Procedimentos	Instrumentos	Resultados e conclusões	Presença de Follow-Up
Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.	12	Investigar a viabilidade da terapia focada na compaixão na vergonha ligada ao peso corporal de pessoas com IMC acima de 30 — espera-se que haja um efeito positivo na vergonha do peso corporal, comparação social, vergonha externa, compaixão, e engajamento saudável em hábitos alimentares e atividade física.	Vergonha do peso corporal.	5	Maiores de 18 anos, com IMC acima de 30, que experienciam vergonha do peso corporal, que não estejam em tratamento psicoterápico no momento do estudo.	Recrutamento de participantes via entrevista de 20 minutos por telefone, seguido de um levantamento de base de 30 minutos. Quanto à intervenção, foi feita em formato de grupo, duas vezes por semana durante 6 semanas, com 2 horas de duração por sessão, totalizando 12 sessões. Um psicólogo conduziu o tratamento, e outro atuou como co-facilitador, seguindo o protocolo de TFC Gilbert, Kirby e Petrocchi (2020)	- Body Mass Index (BMI) - Body Image Shame Scale (BISS) - Compassion Engagement and Action Scale (CEAS) - Other As Shamer Scale (OAS) - Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner,) - internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Participant Satisfaction Questionnaire (PSQ)	Dos 5 participantes, 2 reportaram mudança significativa na vergonha do peso corporal, e após o follow-up esse número subiu para 3. Isso indica que a terapia focada na compaixão é promissora para ajudar na vergonha do peso corporal, e também que essa ajuda continua após o fim do tratamento.	Conduzida após 3 meses. Resultados indicam que, na sessão de follow-up, o número de participantes que apontaram melhoria na vergonha do peso corporal aumentou de 3 para 5.

Estudo Referência	Número de citações	Objetivo	Tema associado ao estudo da vergonha	Tamanho da amostra	População alvo	Procedimentos	Instrumentos	Resultados e conclusões	Presença de Follow Up
Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	12	Testar a eficácia da terapia focada na compaixão em um estudo de caso envolvendo uma mulher diagnosticada com transtorno depressivo maior, que apresenta altos níveis de vergonha, autocrítica e perfeccionismo.	Intervenção na abordagem da terapia focada na compaixão para uma mulher com depressão maior com altos níveis de perfeccionismo, vergonha e autocrítica.	1	Mulher de 28 anos, estudante universitária em tempo integral, diagnosticada com transtorno depressivo maior que já durava muitos meses, problemas de sono, motivação comprometida.	12 sessões individuais semanais, com duração de 1 hora, e uma sessão de follow-up. O tratamento seguiu quatro fases de tratamento com abordagem na terapia focada na compaixão: 1) estabelecendo relação terapêutica; 2) psicoeducação sobre o modelo evolucionista da compaixão; 3) treino da mente compassiva e desenvolvimento de habilidades; 4) trabalhando o perfeccionismo, autocrítica e vergonha.	1. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21); 2. Multidimensional Perfectionism Scale-Short Form 3. Forms of Self-Criticism and Self-Reassuring Scale 4. External and Internal Shame Scale 5. Compassion Engagement and Action Scale 6. Fears of Compassion Scale.	A participante melhorou em várias medidas: depressão “suave”, perfeccionismo autocrítica melhoraram, e também seus sentimentos de vergonha. Compaixão pelos outros e medos de compaixão pelos outros não melhoraram. Seus níveis de autocompaixão, medos da autocompaixão e recebendo compaixão dos outros todos melhoraram. Portanto, paciente mostrou significativo progresso.	Reflexão e revisão do tratamento, envisionando um futuro compassivo, reaplicação de questionários, que indicaram melhoria nos níveis de perfeccionismo, vergonha e autocrítica.

Estudo Referência	Número de citações	Objetivo	Tema associado ao estudo da vergonha	Tamanho da amostra	População alvo	Procedimentos	Instrumentos	Resultados e conclusões	Presença de Follow Up
Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	7	Ensinar às habilidades para pessoas propensas a altos níveis de vergonha e autocriticismo formas de se suavizar e se reconfortar através do Treino da Mente Compassiva com técnicas de terapia do esquema, estimulando assim emoções positivas.	Mulheres adultas com altos níveis de vergonha e autocriticismo, considerando que pessoas com criação marcada por negligência são autocriticas e sentem altos níveis de vergonha.	4	Mulheres que trabalham, casadas, com filhos e de classe média, que não estavam em tratamento psicoterápico no momento do estudo e que pontuaram baixa autocompaixão no Self Compassion Scale.	O Self Compassion Scale (SCS) foi respondido pelas participantes no começo e final da intervenção, e os diários de autocompaixão e autocriticismo foram preenchidos por elas semanalmente. A intervenção grupal foi conduzida semanalmente por dez semanas, com duas horas de duração por sessão, e sessões de follow-up foram conduzidas após três meses, seis meses e um ano após a intervenção grupal. A intervenção grupal utilizou Treino da Mente Compassiva e técnicas de terapia do esquema.	- Self Compassion Scale (SCS); - The Young Schema Questionnaire (YSQ); - Diary for self compassion and self criticism.	Na intervenção, a relação terapêutica, confrontação empática e apoio dos membros do grupo uns com os outros permitiu que elas abajassem a guarda, sentissem-se mais próximas de si mesmas, sentissem menos raiva e pudessem se suavizar e entender seus modos crianças.	Conduzidos após três meses, seis meses e um ano. Nos dois primeiros, todas as participantes relataram conseguir usar a autocompaixão para confrontar o self crítico. Após um ano, apenas uma das participantes relatou dificuldades de entrar em contato com seu lado compassivo.

Estudo Referência	Número de citações	Objetivo	Tema associado ao estudo da vergonha	Tamanho da amostra	População alvo	Procedimentos	Instrumentos	Resultados e conclusões	Presença de Follow Up
Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	3	Investigar o impacto da terapia focada na compaixão na vergonha não-verbal, vergonha, traço de vergonha e indivíduos propensos à vergonha através de intervenção clínica grupal. Além disso, visa examinar a extensão em que os participantes internalizam a terapia através de exercícios de imagem.	Indivíduos com altos níveis de vergonha e autocrítico, e	16	Indivíduos com altos níveis de vergonha e autocrítico, e entre 24 e 57 anos.	Recrutamento de participantes foi feito por meio de encaminhamento do provedor de serviços de saúde mental após serem avaliados como tendo altos níveis de vergonha e autocrítica. Participantes foram aleatoriamente designados para dois grupos: grupo CFT, cuja tarefa era internalizar uma pessoa ou imagem ideal compassiva e grupo CFT-A, cuja tarefa era internalizar o próprio grupo como força compassiva. Durante a terapia, eles foram requeridos a preencherem um diário de pensamentos de vergonha e autocrítico, e suas tentativas de utilizarem a autocompaixão.	1.Multidimensional Relationship Questionnaire (MRQ) 2-Self-Compassion Scale (SCS) 3.The Risk in Intimacy Inventory (RII; - 4. Test of Self-Conscious Affect - Version 3 (TOSCA-3; - 5. Marlowe-Crowne Social Desirability Scale -6. Short Form C (M-C SDS; - Toronto Empathy 7. Questionnaire (TEQ) 8. Pride Coding System (Tracy & Robins, 2007)	Como esperado, participantes nos dois grupos reportaram significativa redução do traço de vergonha e dificuldades psicológicas com a terapia, mas não mostraram diferenças significativas na vergonha não-verbal. Além disso, não houve diferenças significativas nos dois grupos (CFT e CFT-A).	Não foi possível obter informações confiáveis, pois apenas 4 participantes atenderam à sessão de follow-up.

Estudo Referência	Número de citações	Objetivo	Tema associado ao estudo da vergonha	Tamanho da amostra	População alvo	Procedimentos	Instrumentos	Resultados e conclusões	Presença de Follow Up
Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	123	Verificar se a terapia focada na compaixão é efetiva no aumento de autocompaixão, redução da vergonha autocrítico e ansiedade social, além de verificar com os participantes quão satisfeitos ficaram e quão útil a terapia focada na compaixão foi para aumentar a autocompaixão.	Vergonha e autocrítico em indivíduos com ansiedade social.	6	Estudantes universitários que experienciam ansiedade social que não estivessem em tratamento psicoterápico na época do estudo.	Recrutamento via anúncios em quadros de anúncios da universidade, e fóruns de internet para estudantes. A intervenção foi feita em sessões individuais de 1 hora, durante 8 semanas, com base na TFC. Cada sessão envolvia psicoeducação e questionamento socrático sobre um tema, além de exercícios de imagem focados em compaixão e mindfulness como tarefa de casa, com um diário para ser preenchido sobre as atividades realizadas. Os terapeutas eram estudantes universitários na fase final de sua formação, e receberam supervisão semanal de terapeutas licenciados.	- Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ; Furmark et al. 1999) - Self-Compassion Scale (SCS; Neff 2003) - Social Interaction Anxiety Scale (Mattick and Clarke 1998) - Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg and Asberg 1994) -	A terapia focada na compaixão foi efetiva para 3 dos 6 participantes, provavelmente efetiva para 1 dos 6 participantes e questionavelmente efetiva para 2 dos 6 participantes. Ao todo, pode-se concluir que a TFC é promissora para lidar com problemas de autocompaixão. Porém, as melhorias em autocrítico não foram tão convincentes quanto em autocompaixão.	Follow-up de curto prazo, de 2-4 semanas

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental - IPUFU

TABELA 2

Tabela onde se encontra sumariado os procedimentos de intervenção em TFC para regulação da vergonha e dos outros sintomas presentes nos participantes dos estudos.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focadas na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 1	1) Psicoeducação (vergonha, aspectos evolutivos da compaixão, sistema de regulação de afetos, compaixão e atenção plena). 2) Conceitualização dos problemas dos participantes baseado nos sistemas de regulação de afeto. 3) Exercícios de atenção plena ligados a respiração tranquilizadora. 4) Tarefa de casa: exercícios diários de respiração tranquilizadora.	1) Entrevista clínica. 2) Aplicação de questionários psicométricos. 3) Desenvolvimento de relação terapêutica eficaz.	Objetivos: 1) Entender as defesas contra a autocompaixão e a importância da autocompaixão. 2) Expressão da raiva. 3) Estímulo à participação grupal. Técnicas: 1) Psicoeducação sobre autocompaixão e self crítico. 2) Discutindo receios em relação à autocompaixão. 3) Estímulo à expressão da raiva e sua causa entre os participantes.	1) Psicoeducação sobre emoções, autocompaixão, autocrítico e vergonha e como a autocompaixão pode ajudar nos sentimentos de autocrítica e vergonha.	Módulo 1: Introdução à compaixão e ao “tricky brain” Objetivo: entender a experiência da compaixão, medos em relação à compaixão, e psicoeducação sobre a mente evolutiva. Exercícios da sessão: discussões grupais, imaginação compassiva, e exercícios de respiração.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focada na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 2	1) Psicoeducação (vergonha, autocrítica e medos, bloqueios e resistências à compaixão). 2) Nova conceitualização dos problemas dos participantes, focando no sistema de ameaça, estratégias de enfrentamento para regular os sintomas de ansiedade e entendimento compassivo de si mesmo). 3) Tarefa de casa: monitoramento diário, com foco em identificar autocrítica, e exercício diário de respiração tranquilizadora.	1) Conceitualização cognitiva em terapia focada na compaixão (TFC). 2) Reduzindo a culpa e a vergonha. 3) Definindo tarefas e objetivos para um plano de tratamento.	Objetivos: 1) Questionar vantagens e desvantagens da autocompaixão. 2) Compreender as emoções subjacentes à raiva. Técnicas: 1) Exercício de respiração e atenção plena. 2) Discussão sobre vantagens e desvantagens das defesas contra a autocompaixão. 3) Questionamento sobre as emoções subjacentes à raiva. 4) Tarefas de casa: praticar respiração atenta e escrever em um diário de compaixão.	1) Psicoeducação sobre emoções, autocompaixão, autocrítica e vergonha e como a autocompaixão pode ajudar nos sentimentos de autocrítica e vergonha.	Módulo 2: Os três tipos de emoções: trabalhando com nosso corpo para auxiliar nossa mente Objetivo: introduzir a análise funcional e evolucionista das emoções, natureza e função das emoções envolvidas nos três sistemas de regulação de afeto, ajudar a esclarecer o objetivo da compaixão. Exercícios da sessão: discussões grupais, vídeo “Compaixão pelas vozes: um conto de coragem e esperança” e exercícios de respiração.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focada na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 3	1) Psicoeducação (função dos pensamentos críticos e das imagens). 2) Técnica experiencial (imaginação - pensamentos compassivos geram sentimentos calorosos e compassivos, e pensamentos negativos geram sentimentos negativos). 2) Tarefa de casa: monitoramento e atenção plena dos pensamentos automáticos de autocrítico, prática diária do exercício de imagem “Lugar Seguro”, prática diária da respiração tranquilizadora.	1) Psicoeducação sobre o cérebro evolutivo (“tricky brain”), novos e velhos circuitos cerebrais e os três sistemas de regulação do afeto.	Objetivos: 1) Compreender os próprios modos esquemáticos. 2) Conceitualizando a raiva contra receber as necessidades do modo criança solitária. 3) Observar os próprios modos esquemáticos. Técnicas: 1) Psicoeducação de modos esquemáticos. 2) Abertura para se falar sobre a raiva. 3) Tarefas de casa: observar os próprios modos pais críticos e criança zangada e escrever no diário de compaixão.	1) Psicoeducação sobre emoções, autocompaixão, autocrítico e vergonha e como a autocompaixão pode ajudar nos sentimentos de autocrítica e vergonha.	Módulo 3: Aprendendo a notar o que sua mente faz: treino de atenção e mindfulness Objetivos: Introduzir a natureza e função da atenção (como prestar atenção à atenção), introdução a práticas de mindfulness. Exercícios da sessão: discussões grupais, conectando habilidades de atenção plena à respiração, aterramento (grounding) e habilidades de consciência corporal como respiração, uso da postura, expressões faciais e tons de voz, foco na emoção e atenção em movimento.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focada na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 4	1) Psicoeducação sobre autovalidação (treinamento de geração de pensamentos mais compassivos como alternativa aos pensamentos autocríticos. 2) Exercícios de imagem sobre sentir a compaixão dos outros por si. 3) Tarefa de casa: treino diário em gerar pensamentos compassivos em alternativa aos autocríticos, prática diária do exercício de imagem “Recebendo compaixão dos outros”, e prática diária da respiração tranquilizadora.	1) Introduzindo a compaixão. 2) Explorando os três fluxos da compaixão (compaixão pelos outros, recebendo a compaixão dos outros e autocompaixão). 3) Trabalhando com os medos, bloqueios e resistências à compaixão.	Objetivos: 1) Experimentar autocompaixão. 2) Compreender o modo criança vulnerável e suas necessidades. 3) Reparentalização limitada pelo terapeuta. Técnicas: 1) Exercício "Lugar Seguro" e imagem compassiva. 2) Apresentação do modo criança vulnerável e exploração das suas necessidades. 3) Reparentalização limitada - o terapeuta os ajudou a se sentirem seguros e tranquilos. 4) Tarefa de casa: escrever no diário de compaixão.	1) Treinamento de habilidades de atenção plena aplicadas às experiências de autocrítico enquanto se imagina ou a imagem ou pessoa ideal escolhida (grupo CFT) ou o grupo demonstrando compaixão (grupo CFT-A).	Módulo 4: Diferentes aceções de “segurança” e recebendo compaixão dos outros Objetivo: introduzir um debate sobre como a busca por segurança tem diferentes conotações. Explorar o sentimento de receber a compaixão dos outros. Discussões sobre como e por que nossas relações são importantes para nós e nos auxiliam com uma série de processos fisiológicos que acontecem dentro de nós. Exercícios da sessão: discussões grupais, exercícios de respiração, imaginação compassiva, imaginação do lugar seguro.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focadas na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 5	1) Psicoeducação sobre comportamentos de segurança. 2) Treinamento de identificação de comportamentos de segurança em relação à própria vergonha e ansiedade social. 3) Tarefa de casa: Monitoramento diário dos comportamentos de segurança para desafiá-los, prática diária do exercício de imagem “Sentindo compaixão pelos outros”, e prática diária da respiração tranquilizadora.	1) Práticas baseadas no corpo, incluindo respiração de ritmo calmante para criar estabilidade e firmeza.	Objetivos: 1) Experimentar autocompaixão. 2) Experimentar autocompaixão ao oferecer compaixão. 3) Oferecer calor e bondade ao modo criança vulnerável. Técnicas: 1) Imaginação da criança vulnerável, ajudando-a a se sentir segura e calma de forma compassiva com a ajuda do terapeuta, e chegando ao lugar seguro. 2) Tarefa de casa: escrever no diário de compaixão.	1) Exercícios de autocompaixão e atenção plena, potenciais barreiras à autocompaixão e como superá-las.	Módulo 5: O self compassivo Objetivo: introduzir a natureza e conceito de self compassivo, que inclui três qualidades: sabedoria, força e comprometimento. Exercícios da sessão: discussões grupais, exercícios de respiração, e cultivando o self compassivo.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focadas na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 6	1) Psicoeducação (incremento de valores para lidar com emoções difíceis e para objetivos de longo prazo). 2) Mapeamento de valores (técnica "life compass"). 3) Validação de princípios orientadores (aceitação, direcionamento e compaixão) como auxiliar no enfrentamento de situações difíceis da vida diária. 4) Tarefa de casa: exposição a uma situação difícil usando os princípios orientadores, prática diária do exercício de imagem "Sentindo compaixão por si mesmo e pelos outros", prática diária da respiração tranquilizadora.	1) Diferentes aceções de "segurança". 2) Introduzindo o uso das técnicas de imagem e praticando a técnica do Lugar Seguro.	Objetivos: 1) Confrontar o lado crítico usando o lado compassivo. 2) Empoderar o lado compassivo. Técnicas: 1) Exercício da cadeira vazia - diálogo entre lado crítico e lado compassivo usando uma experiência cotidiana de crítica como base. 2) Tarefa de casa: escrever no diário de compaixão.	1) Exercícios de autocompaixão e atenção plena, potenciais barreiras à autocompaixão e como superá-las.	Módulo 6: A natureza dos múltiplos selves como padrões da mente e engajamento compassivo Objetivo: introduzir o conceito de múltiplos selves, focando nas emoções baseadas na ameaça: self raivoso, self ansioso, self triste. Exercícios da sessão: discussões grupais, prática exploratória e experiencial dos múltiplos selves, imaginação compassiva, e exercícios de respiração.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focadas na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 7	1) Psicoeducação - integrar compaixão na vida, nas ações e nas situações difíceis. 2) Tarefa de casa: exposição a uma situação diferente usando os princípios orientadores, designação de se escrever uma carta compassiva para si mesmo, e prática diária da respiração tranquilizadora.	1) Construindo um Outro Compassivo Ideal, com características de sabedoria, força e comprometimento com o cuidado.	Objetivos: 1) Confrontar o lado crítico usando o lado compassivo Técnicas: 1) Exercício da cadeira vazia - diálogo entre lado crítico e lado compassivo. 2) Tarefas de casa: escrever no diário de compaixão e escrever uma carta autocompassiva para si.	1) Desenvolvimento de autocompaixão em momentos propensos ao autocrítico. Grupo CFT: técnica da cadeira vazia - diálogo entre si mesmos e sua imagem ou pessoa compassiva, anotando frases compassivas do exercício em cartões ao final. Grupo CFT-A: técnica "lucky dip envelope" - os participantes escreviam frases anônimas para cada membro, e cada um levava as frases a respeito de si para ler fora da sessão.	Módulo 7: Trabalhando com o autocrítico Objetivo: entender as formas e funções do autocrítico e como usar o self compassivo para lidar com desapontamentos, contratempos e rejeições. Exercícios da sessão: discussões grupais, exercícios experienciais de automonitoramento, exercícios de respiração, imaginação compassiva.
Sessão 8	1) Resumo colaborativo da intervenção. 2) Plano para continuar a se desenvolver e encarar a situações difíceis com compaixão por si mesmo e pelos outros.	1) Aprendendo, praticando e incorporando o Self Compassivo, usando uma abordagem de atuação metódica.	Objetivos : 1) Aumentar a validação das emoções pelos membros do grupo. Técnicas: 1) Leitura das cartas autocompassiva dos membros - o grupo tentou compreender as emoções uns dos outros. 2) Tarefa de casa: escrever no diário de compaixão.	1) Escrita de carta compassiva para si, lembrando as técnicas aprendidas nas oito sessões para continuar utilizando-as no futuro e aumentar o estado de autocompaixão.	Módulo 8: Trabalhando com vergonha e culpa Objetivo: entender a evolução dos sistemas de regulação do afeto nas relações sociais. Explorar os sistemas de ranqueamento social e emoções como vergonha, humilhação e culpa. Exercícios da sessão: discussões grupais, exercícios experienciais (experienciando vergonha), exercícios de respiração.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focadas na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 9	Programa encerrado na 8a. sessão	1) Explorando a multiplicidade com o Exercício dos Múltiplos Selves: self raivoso, self ansioso, self triste, e self compassivo.	Objetivos: 1) Entender as emoções uns dos outros com compaixão. Técnicas: 1) Conversa sobre os sentimentos que emergiram durante o treinamento do grupo.	15 participantes completaram um questionário, e 12 participantes fizeram a sessão de follow-up 2 meses depois.	Módulo 9: Aprofundando a compaixão por si mesmo Objetivo: aprofundar a compaixão por si mesmo, facilitando habilidades mais amplas para se abrir a experiências emocionais e motivacionais e tolerá-las. Exercícios da sessão: discussões grupais, exercício experiencial (direcionando compaixão aos outros e a si mesmo), escrevendo uma carta compassiva, criando cartões focados na compaixão, exercícios de respiração.
Sessão 10	Programa encerrado na 8a. sessão	1) Explorando a função do self perfeccionista e do self crítico. 2) Ativando o self compassivo.	Técnicas: Fechamento - 1) Compartilhando emoções. 2) Avaliação do processo grupal e dos objetivos de tratamento. 3) Planejamento das sessões após três e seis meses. 4) O terapeuta pediu às participantes que praticassem as habilidades de autocompaixão até a sessão de follow-up.	Programa encerrado na 9a. sessão	Módulo 10: Assertividade compassiva Objetivo: entender a assertividade e como ela está ligada à força e autoridade da compaixão, permitindo se expressar com confiança, e não de forma passiva ou agressiva. Exercícios da sessão: discussões grupais, exercícios em pares (inutilidade das respostas passivas, agressivas e passivas-agressivas), reflexão da identidade compassiva

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focada na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 11	Programa encerrado na 8a. sessão	1) Psicoeducação da vergonha interna e externa e do modelo evolucionista. 2) Explorando memórias vergonhosas.	Programa encerrado na 10a. sessão	Programa encerrado na 9a. sessão	Módulo 11: Compaixão pelos outros e perdão Objetivo: exploração de como se engajar no fluxos da compaixão pelos outros, assim como perdão e como o sofrimento dos outros pode influenciá-los e o que sentimos no corpo e o que fazemos. Exercícios da sessão: discussões grupais, prática da adoção de perspectiva e empatia, exercícios de respiração.
Sessão 12	Programa encerrado na 8a. sessão	1) Trabalhando com o self vergonhoso via imaginação em relação a uma memória vergonhosa. 2) Ativando o self compassivo.	Programa encerrado na 10a. sessão	Programa encerrado na 9a. sessão	Módulo 12: Fechamento e reflexão Objetivo: revisitar a jornada do grupo e convidar os membros a considerarem estratégias de prevenção e emergência para dificuldades futuras e visionar um futuro compassivo e o que isso envolve. Exercícios da sessão: discussões grupais, exercícios em pares (como cultivar e fortalecer a compaixão), reconhecimento de desafios, carta de gratidão por si mesmo, imaginação compassiva (desejos compassivos), exercícios de respiração.

Resumo das sessões dos Programas de Terapia Focadas na Compaixão	No. 1 Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014), Örebro, Suécia	No. 2 Matos, M., & Steindl, S. R. (2020), Coimbra, Portugal.	No. 3 Demir, S. (2014), Ancara, Turquia.	No. 4 Harris, K. L. (2017), Cantuária, Inglaterra.	No. 5 Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021), Brisbane, Austrália.
Sessão 13	Programa encerrado na 8a. sessão	1) Avaliação de follow-up. 2) Revisão do tratamento. 3) Visionando um futuro compassivo. 3) Planejando com antecedência para praticar os três fluxos da compaixão e antecipando pontos problemáticos.	Programa encerrado na 10a. sessão	Programa encerrado na 9a. sessão	Programa encerrado na 12. sessão

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental - IPUFU

Em relação aos principais dados encontrados nessa revisão de literatura sobre a eficácia dos protocolos de atendimento em terapia focada na compaixão para o tratamento do sentimento da vergonha, é possível propor algumas discussões.

Em primeiro lugar, foi possível observar que a vergonha apareceu como um ponto central dos estudos, mas em alguns deles houve um direcionamento específico em relação à população atendida. Por exemplo, em um dos estudos, a vergonha estava ligada ao peso corporal (Carter, Gilbert & Kirby, 2021); em outros estudos, a vergonha era estudada em pessoas com ansiedade social (Boersma, Hakanson, Salomonsson & Johansson, 2014) e transtorno depressivo maior (Matos & Steindl, 2020). Outros estudos, por sua vez, focaram na vergonha de uma forma mais generalizada (Demir, 2014; Harris, 2017). A partir disso, é possível discutir a vergonha enquanto um elemento transversal dos quadros diagnósticos, estando presente em diversos contextos. Isso é especialmente relevante em um contexto clínico: para psicólogos clínicos generalistas, isto é, que atendem a demandas diversas sem uma especificidade orientada, conhecer a forma como a vergonha pode estar presente nesses diversos quadros é de grande relevância, principalmente considerando que a vergonha, por ser difícil de ser identificada, pode influenciar negativamente o processo psicoterapêutico na forma de dificuldade de o paciente se abrir em relação aos conteúdos dos quais sente vergonha.

Outro ponto de discussão possível a partir da consideração dos artigos analisados diz respeito às semelhanças entre os protocolos de atendimento para vergonha na TFC. De forma geral, todos os estudos seguem os princípios do Treino da Mente Compassiva (Gilbert & Procter, 2006), com poucas diferenças entre eles no que diz respeito ao conteúdo ou ordem de apresentação deles. É possível observar que todos os protocolos de atendimento dos estudos analisados trouxeram nas fases iniciais das suas respectivas intervenções aspectos de psicoeducação sobre a compaixão (aspectos evolutivos,

medos, bloqueios e resistências à compaixão, importância da autocompaixão, fluxos da compaixão, sistemas de regulação do afeto, etc.) e aspectos de vergonha, autocriticismo, *self* crítico, etc. Outro elemento presente em todos os estudos são os exercícios de atenção plena ligados à respiração de forma a entrar em contato com o momento presente e dar abertura para que as emoções existam como são, e a partir dessa verificação, poder se tranquilizar pelos exercícios de respiração. Além disso, pode-se citar como fator presente em todos os estudos a utilização das técnicas experienciais ou exercícios de imagem, como a imaginação de um *self* compassivo ideal, a técnica do lugar seguro, exercícios de exploração de memórias vergonhosas e como se dar compaixão, etc. Por fim, todas as intervenções buscaram trabalhar de que forma as habilidades desenvolvidas poderiam ser utilizadas no futuro, para que os ganhos do tratamento se perpetuassem ao longo do tempo — em alguns casos, foi feito um mapeamento de valores para lidar com as emoções difíceis que surgissem a longo prazo; em outros, exercícios de envisionar um futuro compassivo, ou ainda a identificação de futuros desafios ao exercício da autocompaixão.

Se, por um lado, foi possível observar os pontos de convergência supracitados, é importante também pontuar as divergências entre eles. Em primeiro lugar, podemos constatar o modelo de psicoterapia proposto pelos estudos. Alguns estudos optaram por uma intervenção **individual** (Boersma, Hakanson, Salomonsson & Johansson, 2014; Matos & Steindl, 2020), enquanto outros utilizaram a intervenção **grupais** (Carter, Gilbert & Kirby, 2021; Demir, 2014; Harris, 2017) para trabalhar o sentimento de vergonha. Uma “vantagem” das intervenções grupais é que a vergonha, por ser um sentimento que em contexto evolutivo se desenvolveu para regular o comportamento social — e ser, portanto, um sentimento que existe em contexto social —, nos protocolos de intervenção grupais há o elemento social em questão para que a vergonha

possa ser trabalhada diante dos outros. Como apontado por vários autores (Gilbert & Choden, 2013; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Simos, 2022; Neff, 2003), a compaixão é um elemento importante para permitir que o sentimento exista, sem julgamentos, e assim possa ser trazido à tona e ressignificado, criando um espaço social (o grupo) compassivo, orientado por um profissional da área. Em um dos artigos analisados, Harris (2017) utiliza uma técnica denominada “*lucky dip envelope*”, em que os participantes escreviam frases anônimas compassivas para cada membro do grupo, e cada um levava as frases a respeito de si para ler fora da sessão. Esse é um exemplo de como o grupo pode ser utilizado a favor do desenvolvimento da compaixão.

Ainda nos pontos de divergência, alguns estudos trouxeram certos aspectos das emoções de maneira mais destacada. Por mais que todos os estudos estivessem lidando com sentimentos de vergonha, é possível identificar que Demir (2014) e Carter, Gilbert e Kirby (2021) trabalharam mais especificamente com a expressão emocional: no primeiro estudo, a intervenção incluiu como uma de suas técnicas o incentivo à expressão da raiva entre as integrantes do grupo, bem como a exploração das emoções subjacentes à raiva; no segundo estudo, a intervenção baseou-se em técnicas ligadas ao desenvolvimento de habilidades de consciência corporal, observando de que forma a expressão de emoções se dá no tom de voz, postura corporal e expressões faciais. Pode-se ainda citar como ponto de divergência entre os estudos a designação de tarefas de casa. Três estudos não citaram a utilização de tarefas de casa (Carter, Gilbert & Kirby, 2021; Harris, 2017; Matos & Steindl, 2020), enquanto outros dois estudos (Boersma, Hakanson, Salomonsson & Johansson, 2014; Demir, 2014) trouxeram tarefas de casa que deviam ser realizadas entre as sessões, que incluíam escrever em um diário de compaixão, fazer monitoramento de pensamentos autocríticos, praticar exercícios de atenção plena ligados a respiração tranquilizadora aprendidos em sessão, etc.

Um ponto de divergência foi a integração de abordagens psicoterápicas, como no estudo de Demir (2014) que utilizou conceitos e técnicas da Terapia do Esquema (Young, Klosko, & Weishaar, 2008) para auxiliar as intervenções de base compassiva. Nessa intervenção, as primeiras sessões focaram na psicoeducação de aspectos da compaixão e expressão emocional, além de exercícios de atenção plena ligados à respiração. Em seguida, a intervenção passa a uma psicoeducação de modos esquemáticos, e então há uma integração da Terapia do Esquema com as práticas de compaixão, que diz respeito a observar os próprios modos esquemáticos e em seguida escrever sobre essa experiência no diário de compaixão. Outra combinação das duas abordagens se deu à medida que a exploração da técnica do lugar seguro envolveu a exploração das necessidades da criança vulnerável. O psicoterapeuta, através da reparentalização limitada, ajudou os integrantes a se sentirem tranquilos e seguros. Em resumo, a interpolação entre Terapia do Esquema e TFC se deu, nesse estudo, pela identificação e exploração da criança vulnerável para que fosse possível oferecer a ela compaixão e tranquilização.

Do ponto de vista da eficácia dos protocolos de intervenção estudados, faz-se necessário observar os principais resultados trazidos por cada estudo:

Carter, Gilbert e Kirby (2021) apontam como resultado primário que dois dos cinco participantes apresentaram, ao fim do estudo, mudança confiável e significativa na vergonha do peso corporal, e para essas pessoas os resultados se mantiveram nas sessões posteriores de *follow-up*. Ademais, um terceiro participante reportou mudança significativa e confiável no mesmo resultado na sessão de *follow-up* que aconteceu três meses após o fim da intervenção, uma vez que, após o fim da intervenção, os participantes continuaram realizando os exercícios aprendidos, aumentando assim os benefícios do que aprenderam. Além disso, pós-avaliação, houve um efeito principal

não significativo no *engajamento em compaixão* para autocompaixão, compaixão pelos outros, e recebendo compaixão dos outros, além de efeito não significativo em *ação compassiva* para autocompaixão, compaixão pelos outros e “recebendo compaixão dos outros”. Quatro dos cinco participantes reportaram mudança significativa e confiável nos resultados de *engajamento em autocompaixão*, e dois dos cinco participantes reportaram mudança significativa e confiável em “recebendo compaixão dos outros”. Além disso, pós-avaliação um participante reportou mudança significativa e confiável para *engajamento em autocompaixão*, e dois participantes reportaram mudança significativa e confiável em *engajamento em compaixão* em “recebendo compaixão dos outros”. Os resultados foram mantidos após a sessão de *follow-up*, com um dos cinco participantes tendo reportado mudança significativa e confiável em *engajamento em compaixão* em “recebendo compaixão dos outros”.

Portanto, o estudo de Carter, Gilbert e Kirby (2021) mostrou que a terapia focada na compaixão teve um efeito principal positivo e significativo no resultado primário de vergonha do peso corporal, com dois de cinco participantes relatando uma pontuação de mudança confiável significativa na pós-avaliação, que aumentou para três após a sessão de *follow-up*. Isso demonstra que a TFC é uma intervenção terapêutica promissora para ajudar indivíduos que experienciam vergonha do peso corporal, além de demonstrar que esses resultados permanecem ao longo do tempo, após o fim da intervenção, uma vez que os participantes continuam se engajando nos exercícios e habilidades aprendidos. Mudanças significativas foram obtidas em dois fluxos da compaixão durante o processo interventivo: receber compaixão (N=2); autocompaixão (N=4). Além disso, pós-avaliação, houve um efeito principal, porém, não significativo no *engajamento em compaixão* para: autocompaixão, compaixão pelos outros, e recebendo compaixão dos outros, além de efeito não significativo em *ação compassiva*

para autocompaixão, compaixão pelos outros e recebendo compaixão dos outros. Esse resultado pode ser visto à luz de duas questões: em primeiro lugar, na pesquisa qualitativa feita com os participantes, eles relataram alguns exercícios específicos que eles continuaram fazendo, o que ajuda a explicar o motivo de as intervenções continuarem sendo efetivas e resultado se mantenha no *follow-up*; além disso, é preciso entender que a vergonha é um construto negativamente estável (Gilbert & Andrews, 1998; Tangney, 2000), e que portanto leva tempo para se obter impactos significativos, e o estudo foi feito ao longo de seis semanas.

A participante do estudo de caso de Matos e Steindl (2020) apresentou melhoria em várias medidas, com a sua depressão sendo modificada para a categoria “suave”. Tanto o autocrítico quanto o perfeccionismo da participante melhoraram, assim como seus sentimentos de vergonha. Em relação à compaixão, seus resultados em compaixão pelos outros e medos da compaixão pelos outros não mudaram substancialmente, mas é importante observar que ambos já eram classificados como “médios” anteriormente à intervenção. Seus resultados de autocompaixão e medos da autocompaixão e de receber compaixão dos outros todos melhoraram. Seu resultado em recebendo compaixão dos outros não melhorou, no entanto, ao examinar os itens dessa escala, nota-se que ela mede a disponibilidade das pessoas em sua vida para oferecer-lhe compaixão, e isso não mudou durante o tratamento. Assim, conclui-se que a TFC viabilizou significativo progresso para a participante.

Boersma, Hakanson, Salomonsson e Johansson (2014) encontraram que a TFC foi efetiva para três dos seis participantes, provavelmente efetiva para um dos seis participantes e questionavelmente efetiva para dois dos seis participantes. Os resultados em autocrítico não foram tão consistentes quanto os de autocompaixão, o que pode refletir a dificuldade de se mudar o pensamento crítico, demonstrado por Cox et al.

(2002). Juntos, esses resultados demonstram que a TFC pode ser considerada uma abordagem promissora para problemas que envolvem a autocompaixão. A maior parte das melhorias sistemáticas foram observadas nas medidas de autocompaixão, em que cinco dos seis participantes mostraram melhorias confiáveis pós-intervenção. A TFC sugere, como uma de suas principais hipóteses, que o sofrimento emocional é exacerbado e perpetuado pelo constante autocrítico e pela vergonha, que se tornam obstáculos para que as pessoas se apoiem, se acalmem e busquem o apoio dos outros, uma vez que o autocrítico ativa o sistema de regulação emocional da ameaça, bloqueando o sistema de direção e impulso (Gilbert et al., 2008). A TFC, ao focar em oferecer compaixão, cordialidade e capacidade de se acalmar, e assim regular as emoções, amortecce a ativação autoperpetuada do sistema de ameaça de forma direta, diminuindo a autocrítica e os pensamentos de vergonha. Além disso, uma capacidade de se sentir seguro e protegido pode ser treinada e se tornar um amortecedor, gerando maior resiliência, através da ativação da capacidade de se acalmar e se oferecer calor.

Harris (2017) hipotetizou em seu estudo que os participantes que receberam uma adaptação da TFC — isto é, aqueles que receberam a instrução de internalizar o grupo como referência compassiva (grupo CFT-A) — experienciariam maior redução em vergonha não-verbal, traço de vergonha e dificuldades psicológicas, em relação ao grupo que recebeu a TFC tradicional. No entanto, não houve diferenças significativas entre esses dois grupos nas avaliações feitas antes, durante, depois do tratamento e na sessão de follow-up. Já em relação ao objetivo do estudo de verificar o impacto da TFC na vergonha não-verbal, traço de vergonha e dificuldades psicológicas mostrou que os participantes de ambos grupos apresentaram redução significativa em traço de vergonha e dificuldades psicológicas, e esses resultados se mantiveram estáveis após o fim da intervenção psicoterapêutica. No entanto, não houve mudança significativa em

vergonha não-verbal. Assim, sugere-se que a TFC pode reduzir o traço de vergonha e os medos de intimidade e melhorar o funcionamento do relacionamento e a autocompaixão em indivíduos propensos à vergonha. Assim, esse estudo adiciona evidência apoiando a TFC como intervenção eficaz para indivíduos com altos níveis de vergonha e autocrítico.

Por fim, Demir (2014) traz como resultados que, após a intervenção, três das quatro participantes mostraram uma diminuição na intensidade de pensamentos autocríticos, e uma das participantes, após uma inicial diminuição, teve um aumento na intensidade. Além disso, todas as participantes aumentaram a intensidade de pensamentos auto-tranquilizadores após o fim da intervenção. Já em relação às sessões de *follow-up*, que aconteceram após três meses, seis meses e um ano do fim da intervenção, foi possível observar que nas duas primeiras sessões de *follow-up* todas as quatro mulheres declararam que conseguiram sentir autocompaixão e usá-la para confrontar pensamentos autocríticos e de vergonha, além de não sentirem raiva de si mesmas. Após um ano, três participantes continuavam usando as habilidades de se conectar com o eu compassivo, mas uma das participantes teve dificuldade de fazer isso, uma vez que seu lado autocrítico era ativado pelos problemas que tinha com o marido. Esta participante relatou que se a intervenção tivesse durado mais tempo, talvez ela teria conseguido internalizar melhor a autocompaixão.

CONCLUSÃO

O objetivo desta revisão sistemática integrativa foi comparar os estudos de TFC aplicada à vergonha e verificar a viabilidade da TFC para trabalhar com o sentimento de vergonha. Para isso, cinco estudos que envolviam intervenções clínicas nesta abordagem foram analisados.

As evidências da eficácia da TFC para diversas dificuldades psicológicas têm crescido consideravelmente nos últimos tempos. Observando os resultados em conjunto, portanto, é possível observar que a TFC se mostrou como uma alternativa viável, promissora e efetiva para se trabalhar com os difíceis sentimentos de vergonha. É importante pontuar que existem algumas limitações que podem influenciar em certos resultados, como o fato de as intervenções não serem de grande duração, e o tempo pode não ser necessário para que os participantes consigam internalizar a autocompaixão e assim neutralizar os sentimentos de vergonha, como apontado por uma das participantes do estudo de Demir (2014).

Além disso, a divergência encontrada nos protocolos, as amostras díspares, os quadros diagnósticos diverso, por um lado mostram a efetividade de um treino de mente compassivo, mas dificulta uma análise sistemática, por exemplo, uma metanálise, nesse estado da arte da TFC. Essa revisão sistemática indica a necessidade de novos estudos com maior padronização das intervenções, a fim de estabelecer os parâmetros necessários para estudos baseados em evidência.

REFERÊNCIAS

- Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 89–98. doi:10.1007/s10879-014-9286-8
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(1), 93–108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W., & Karpinski, D. C. (2002). Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment.

Behavior Therapy, 33(4), 479–491. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80012-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80012-0)

- Demir, S. (2014). *An interpretative phenomenological analysis of shame in adult women and compassion-focused group intervention with schema therapy techniques*. Tese de doutorado, Universidade Técnica do Oriente Médio, Ancara.
- Galvão, T. F., Pansani, T. de S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 24(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt, and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113–147. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J.L. Tracy, R.W. Robins, & J.P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283–309). New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *BJPsych Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2019). Distinguishing shame, humiliation and guilt: An evolutionary functional analysis and compassion focused Interventions. In C. Mayer, & E. Vanderheiden (Eds.), *The bright side of shame* (pp. 413–432). New York: Springer.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). Shame. *Interpersonal Behaviour, Psychopathology and Culture*. (R. J. Davidson, P. Ekman, & K. Scherer, Eds.) (Affective). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Choden (2013). *Mindful compassion*. London, UK: Constable-Robinson.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, (pp. 263–325). London: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, A., Mitr, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: a specific affect regulation system? Relationships to

- depression, anxiety, stress and selfcriticism, *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182–191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.
- Harris, K. L. (2017). Compassion focused therapy for shame-prone individuals: An eight-week group therapy investigation. Tese de Mestrado. Canterbury, Nova Zelândia.
- Kolts, R. L. (2016). CFT made simple: A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *The Psychoanalytic Review*, 58, 419-438. PMID: 5150685.
- Matos, M., & Steindl, S. R. (2020). “You are already all you need to be”: A case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 2079–2096. <https://doi.org/10.1002/jclp.23055>
- Neff, K.D. (2003). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Tangney, J. P. (2000). Test of Self-Conscious Affect, Version 3 (TOSCA-3S). Connections: A 12-Session *Psychoeducational Shame-Resilience Curriculum*, 3(c), 19–24. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.64.5.847>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). Shame and guilt. New York: Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed.