

Carona, C. (2017). A importância da autocompaixão no exercício da psicologia [The importance of self-compassion in psychological practice]. In *Pensar a Psicologia*, 5-14. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A IMPORTÂNCIA DA AUTOCOMPAIXÃO NO EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA¹

Carlos Carona²

O stresse é um componente normativo no exercício de qualquer profissão, independentemente da variabilidade quantitativa ou qualitativa das suas manifestações contextuais. Curiosamente, a própria origem etimológica da palavra “trabalho” (do Latim, *tripalium*, um antigo instrumento de tortura para domar animais e forçar os escravos no aumento da sua produção) sugere uma dimensão punitiva, danosa, inerente à própria conceptualização de uma atividade profissional. Contudo, o stresse é uma resposta eminentemente adaptativa na interação entre um organismo e o seu meio ambiente, resultante do desequilíbrio entre a perceção aumentada das exigências situacionais e a insuficiência dos recursos percecionados pelo indivíduo para enfrentar a situação, colocando em risco o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). Ainda que tipicamente associado à experiência de emoções negativas, como a ansiedade, a raiva e a tristeza, os processos de stresse são frequentemente melhor caracterizados pela coocorrência de emoções positivas, que desempenham um papel fundamental na manutenção dos esforços de confronto e no desenvolvimento das significações atribuídas a esse processo (Folkman, 1997; Folkman & Moskowitz, 2000).

Não obstante este enquadramento geral dos processos de stresse, o termo inglês *burnout* passou a ser amplamente adotado a partir da década de 1970 (encontrando-se atualmente estabelecido no léxico de diversas línguas, incluindo a portuguesa) para descrever, de forma imediata e acurada, a experiência do stresse profissional prolongado e desgastante. O termo *burnout*, com a conotação que hoje lhe é reconhecida, terá sido empregue pela primeira vez por Graham Greene, aquando da publicação em 1961 do seu romance intitulado “A Burn-Out Case”. A difusão do termo no discurso popular foi célere,

¹ Texto adaptado a partir da comunicação proferida aquando da tomada de posse da Delegação Regional do Centro da Ordem dos Psicólogos Portugueses, no dia 18 de janeiro de 2017, na Casa das Caldeiras (Sala do Carvão), em Coimbra.

² Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC); Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra (CINEICC-UC).

tornando-se um conceito de “psicologia pop” profusamente adotado, mesmo antes de ser alvo de estudo sistemático nos contextos acadêmicos (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Classicamente, o *burnout* foi definido como “a perda de entusiasmo, motivação e sentido de missão no trabalho de um indivíduo” (Cherniss, 1980, p. 16), mas a definição de Christina Maslach (a principal pioneira no estudo científico do *burnout*) tornar-se-ia a mais citada na literatura das ciências psicológicas. Nessa definição, em que são enfatizadas as dimensões do conceito e circunstâncias laborais predisponentes, o *burnout* é entendido como um “síndrome de exaustão emocional, despersonalização, e autorrealização reduzida, que pode ocorrer em indivíduos que *trabalhem com pessoas*” (Maslach, 1982, p. 3) [realce pelo autor].

Complementarmente, o *burnout* pode ser compreendido como um processo, caracterizado por três fases não necessariamente sequenciais, mas de gravidade progressiva: na primeira fase, de *ativação*, podem ser observados os sintomas de irritabilidade e/ou ansiedade persistentes, alterações do sono específicas (e.g., biquismo, insônia), dificuldades de concentração, esquecimentos, palpitações e cefaleias; numa segunda fase, em que o organismo se procura adaptar por via da *conservação de energia*, evidencia-se sintomatologia tipicamente depressiva, incluindo a procrastinação, o cansaço matinal persistente, a apatia, a diminuição do desejo sexual, e o aumento de consumo de álcool e/ou café; na terceira fase, os esforços de adaptação prévios do organismo resultam em *exaustão*, e as dificuldades anteriormente experienciadas podem assumir um curso crônico, incluindo o desenvolvimento de cefaleias e problemas gastrointestinais crônicos, de tristeza ou depressão crônica, acompanhadas de um desejo de desistir da sociedade e de se afastar dos amigos e família, e nas situações mais graves, de ideação suicida (Girdin, Everly, & Dusek, 1996).

Um outro conceito frequentemente citado na literatura científica sobre stresse profissional é o de “fadiga por compaixão” (*compassion fatigue*). A fadiga por compaixão - também designada por traumatização secundária ou vicariante - refere-se a um estado de tensão ou desgaste emocional derivado da exposição vivida no trabalho com pessoas que sofrem consequências de acontecimentos traumáticos; ou seja, ela resulta da exposição ao indivíduo traumatizado, e não ao acontecimento traumático em si (Figley, 1995). Ainda que ambos originem sentimentos de desespero, desamparo, ansiedade e depressão, o *burnout* distingue-se da fadiga por compaixão por representar um processo, em que um profissional previamente empenhado desinveste do seu trabalho, em resposta ao stresse e tensão causados pela profissão. Por outro lado, a fadiga por compaixão “pode surgir subitamente,

quase sem aviso” (Figley, 1995, p. 12), na sequência, por exemplo, da exposição a um único acontecimento, e pode ser um antecedente do *burnout*, apresentando com frequência um prognóstico de recuperação mais rápida. Note-se que tal como a experiência de emoções positivas foi anteriormente comentada na sua complementaridade com as emoções negativas intrinsecamente características dos processos de stresse, também o conceito de “satisfação por compaixão” - referindo-se à gratificação experienciada na capacidade de ajudar os outros e em fazer uma diferença positiva no mundo - viria a ser proposto como “uma parte importante do todo”, no sentido de uma formulação mais abrangente da experiência profissional de prestação de cuidados e compaixão (Stamm, 2002).

Apesar da clássica definição de Maslach (1982) enfatizar a dimensão interpessoal dos contextos profissionais mais propensos ao *burnout* (“trabalho com pessoas”), importa reconhecer as circunstâncias desafiadoras mais específicas no exercício da Psicologia, que distintivamente salientam a sua propensão à experiência de stresse, em relação a outras profissões de ajuda ou “trabalho com pessoas” (e.g., bombeiros, enfermeiros, professores, guardas prisionais). No contexto de uma psicoeducação dos próprios psicólogos em relação aos riscos da sua profissão, a Associação de Psicologia Americana (APA; Board of Professional Affairs’ Advisory Committee on Colleague Assistance, 2017) reconhece como desafios profissionais específicos os seguintes: stresse associado ao trabalho com pessoas em sofrimento psicológico; exigências profissionais variadas, de elevada responsabilidade, e facilmente variáveis; gestão de relações [terapêuticas] íntimas, confidenciais e não-recíprocas; vulnerabilidade para traumatização vicariante, derivada da relação empática exigida no trabalho com pessoas traumatizadas; características do papel profissional (e.g., nível elevado de envolvimento, controlo reduzido sobre os resultados); e a utilização da “pessoa do psicoterapeuta” como ferramenta terapêutica. Paralelamente, são igualmente reconhecidos alguns fatores de vulnerabilidade acrescida, que podem aumentar a probabilidade de ocorrência e intensificação do stresse profissional nas circunstâncias supramencionadas, incluindo: isolamento profissional; supervisão inexistente ou inadequada; autocuidado empobrecido; sobrecarga (e.g., número excessivo de horas em psicoterapia); escassez de atividades de lazer e outras não relacionadas com trabalho; estigma entre pares sobre os profissionais que reconhecem sofrimento ou incompetência; inflexibilidade, expectativas rígidas/irrealistas sobre si mesmo; tendência para se focar nas necessidades do outro, em detrimento das do próprio; limites esbatidos, envolvimento excessivo; e casuística não equilibrada (e.g., trabalhar exclusivamente com sobreviventes de trauma, quadros psicóticos, portadores de VIH, comportamento antissocial).

Na prática psicológica, os critérios para reconhecimento de um profissional em estado de perturbação clinicamente significativo podem não ser imediatos, nem lineares. No contexto da Medicina, esse estado foi classicamente definido como “a incapacidade de prestar com competência cuidados ao doente, que resulta de alcoolismo, dependência química ou doença mental (incluindo *burnout* ou desgaste emocional derivado do stresse)” (Kempthorne, 1979, p. 24). Porém, na procura da delimitação e compreensão desse estado, duas considerações adicionais são particularmente dignas de nota: primeiro, a contemplação de diferentes tipos de “perturbação” (e.g., *burnout*; depressão; distúrbio emocional temporário – por exemplo, resposta a adversidade pessoal; abuso de substâncias; envolvimento excessivo e sobrecarga; traumatização vicariante), que podem estar associadas a diversas consequências de desempenho e requerer diferentes abordagens na sua modificação; e segundo, a distinção fundamental entre sofrimento (*distress*) e dificuldade/incapacidade (*impairment*), que enfatiza a relativa independência destas duas dimensões de “perturbação profissional” (i.e., um profissional pode encontrar-se numa situação de sofrimento elevado, e tal não interferir de forma significativa no desempenho das suas funções, da mesma forma que a deterioração do desempenho pode ser devida a outros fatores que não o estado de sofrimento psicológico) (Emerson & Markos, 1996).

De facto, a preocupação com o autocuidado do profissional não deveria ser uma questão nem menor, nem secundária, na formação académica, desenvolvimento pessoal ou prática do psicólogo. As consequências potenciais da incúria sobre as questões do autocuidado são consideráveis, e podem afetar o profissional (e.g., insatisfação profissional; conflitos interpessoais – por exemplo, divórcio; violações éticas; doenças relacionadas com o stresse), os seus clientes/utentes (e.g., modelamento de aprendizagens disfuncionais; exacerbação dos sintomas; violações dos limites; descrença na intervenção), e a credibilidade da própria profissão (e.g., processos judiciais e atenção negativa dos média; deterioração da classe profissional; cinismo) (Board of Professional Affairs’ Advisory Committee on Colleague Assistance, 2017). Dada a sua pertinência distinta, a preocupação com o autocuidado do psicólogo é evidente no Princípio A (Beneficência e Não-Maleficência) dos Princípios Éticos e Código de Conduta dos Psicólogos da APA (APA, 2003, 2010, 2016), em que é referido que os psicólogos se devem esforçar por “estarem conscientes do possível efeito da sua própria saúde física e mental, na sua capacidade de ajudar aqueles com quem trabalha”. De igual forma, o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011, 2016) reflete a preocupação em apreço nas descrições [realce pelo autor] do Princípio B – Competência (“Os/as psicólogos/as têm como

obrigação exercer a sua actividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão, *a partir de uma formação pessoal adequada* e de uma constante actualização profissional, de forma a atingir os objectivos da intervenção psicológica. De outro modo, acresce a possibilidade de prejudicar o cliente e de contribuir para o descrédito da profissão.”), e do Princípio E – Beneficência e Não-Maleficência (“Os/as psicólogos/as devem ajudar o seu cliente a promover e a proteger os seus legítimos interesses. Não devem intervir de modo a prejudicá-lo ou a causar -lhe qualquer tipo de dano, *quer por acções, quer por omissão*. [...] Os/as psicólogos/as deverão ter sempre o melhor interesse do cliente como referência, procurando ajudá-lo e nunca o prejudicar. Qualquer intervenção poderá provocar, potencialmente, algum tipo de prejuízo à pessoa. Contudo, desde que o balanço entre o risco e o benefício seja positivo para o cliente, a intervenção é legítima. O dano a evitar será aquele que não cumprir esta equação, *bem como todo o prejuízo que resultar de uma actuação grosseira, negligente*, propositadamente malévola ou não fundamentada em conhecimentos científicos actualizados.”)

Tendo a Psicologia tanto contribuído, sobretudo ao longo das últimas décadas, para o desenvolvimento de melhores abordagens ao stress e *burnout* associados a diversas profissões, seria de esperar um volume de investigação sobre esses mesmos tópicos no exercício da profissão de psicólogo, maior do que o que efetivamente se vislumbra numa simples pesquisa exploratória. A título meramente ilustrativo, comentam-se de seguida dois estudos que se debruçaram sobre a compreensão das experiências de stress e *burnout* em psicólogos clínicos e escolares, respetivamente. No primeiro estudo, observou-se que os acontecimentos de vida indutores de stress mais frequentemente relatados por uma amostra de 522 psicólogos em prática clínica, incluíam a existência de um problema de saúde grave num familiar, a contração de um empréstimo significativo, e a ocorrência de problemas conjugais major; por outro lado, os fatores laborais de stress mais comuns compreendiam o trabalho com “clientes difíceis” (e.g., suicidas, personalidade borderline), a burocracia elevada, e a insuficiência do tempo disponível para cumprimento de todas as obrigações. Neste estudo verificou-se uma correlação forte entre os acontecimentos de vida/fatores laborais mencionados, e os níveis de sofrimento psicológico e dificuldades no desempenho profissional. Por fim, o envolvimento em atividades não relacionadas com trabalho e o agendamento de férias periódicas foram os comportamentos preventivos mais referidos pelos psicólogos clínicos (Sherman & Thelen, 1998). O segundo estudo avaliou a prevalência de *burnout* numa amostra de 173 psicólogos escolares, tendo observado que a exaustão emocional era a dimensão de *burnout* mais frequentemente experienciada por estes

psicólogos (25%), seguida de autorrealização reduzida (12%) e elevada despersonalização (3%); adicionalmente, 35% dos participantes relataram o seu desejo de abandonar a profissão num espaço temporal de 5 anos (Huebner, 1993).

A compreensão do stresse profissional e *burnout* pode ser auxiliada com o seu enquadramento enquanto respostas e processos de regulação emocional. Baseado nas conceptualizações evolucionárias da psicopatologia, bem como na evidência empírica acumulada ao longo das últimas décadas nos domínios da psicologia do desenvolvimento e das neurociências, o modelo da Terapia Focada na Compaixão (TFC) enfatiza uma abordagem funcional e evolucionária na compreensão do valor adaptativo das emoções. Nesse sentido, a TFC adota um modelo tripartido, relativamente simplificado, para ilustração dos sistemas de regulação do afeto, alinhado com a função evolutiva das emoções (Gilbert, 2009). O primeiro desses sistemas é orientado para a disponibilidade e obtenção de recursos e recompensas, com a correspondente ativação comportamental de excitação para procura, deteção e disputa desses reforços (e.g., os objetivos profissionais de sucesso, reconhecimento e progressão na carreira profissional serão orientados pela ativação deste sistema). Um segundo sistema é focado na deteção de ameaças e na ativação de respostas defensivas, estando a ele associadas as emoções de raiva e ansiedade (e.g., no contexto profissional, a preocupação com o cumprimento de obrigações, a deteção de ameaças ao sucesso, o medo de falhar, são apenas algumas situações ilustrativas da ativação deste sistema). Para além destes dois sistemas mais focados na “ativação” (quer para fazer e alcançar, quer para detetar ameaças), um terceiro sistema de acalmia, contentamento e afiliação social foi desenvolvido no contexto das relações de vinculação da nossa espécie, e dele derivam respostas emocionais de bem-estar, pertença e segurança. Por outras palavras, quando um indivíduo não necessita de alcançar algum objetivo em particular, nem se encontra sob ameaça, aqueles dois sistemas podem ser “desligados” para facilitar um estado de descanso e aquiescência, que no contexto interpessoal se traduz na experiência de um afeto positivo específico, caracterizado por sensações de calma e paz. Na TFC, o desenvolvimento de um “self compassivo” é um processo terapêutico fundamental para a reparação e equilíbrio das múltiplas interações entre os sistemas de regulação do afeto.

Enquanto constructo científico, a compaixão pode ser definida como uma sensibilidade ao sofrimento no self e nos outros, acompanhada de um compromisso para o aliviar e prevenir (Gilbert, 2014). Contudo, a compaixão pode ser experienciada em três correntes ou direções: a compaixão que podemos sentir pelo(s) outro(s); a compaixão que

podemos sentir do(s) outro(s) sobre nós; e a compaixão que podemos dirigir a nós próprios (autocompaixão). Este constructo de “autocompaixão” foi também desenvolvido na literatura enquanto conceptualização de uma relação saudável do indivíduo consigo mesmo, alternativa ao conceito mais clássico de “autoestima”, inerentemente baseado na comparação e no *ranking* sociais. Por outras palavras, se a autoestima depende das perceções do nosso “sucesso”, a autocompaixão é particularmente importante quando “fracassamos”. Nessa conceptualização, Neff (2003) delimita três facetas da autocompaixão: a *generosidade*, enquanto compreensão calorosa sobre nós mesmos e a situação (por contraponto a uma atitude de autocriticismo e julgamento severo); a *humanidade comum*, a capacidade de vermos as nossas experiências como parte da condição humana universal (e não traduzidas em sentimentos de alienação, isolamento e separação); e o *mindfulness*, ou aceitação, com consciência, de sentimentos e pensamentos dolorosos (por contraposição com identificação excessiva, luta interna ou *cut-off* com essas experiências emocionais). Em síntese, o desenvolvimento da autocompaixão no exercício da Psicologia poderia ser genericamente mapeado pelas dimensões de *generosidade*, *humanidade comum*, e *mindfulness* (e correspondentes polos negativos), de forma a auxiliar o psicólogo no cultivo dessa atitude e dessas competências para a melhor realização pessoal e profissional num contexto desenvolvimental particularmente desafiante.

Em alinhamento com a definição de compaixão adotada neste trabalho, o treino de uma mente compassiva é entendido na TFC como uma interação permanente de “duas psicologias da compaixão”: os atributos de compromisso e as competências transformativas. Enquanto estas últimas se referem a competências relativamente específicas (i.e., atenção, raciocínio, comportamento, sensação, sentimento, imagética) para alívio e prevenção do sofrimento, os atributos compassivos referem-se a qualidades motivacionais, que incluem a sensibilidade, a simpatia, a empatia, o não-julgamento, a tolerância ao sofrimento psicológico, e a preocupação com o bem-estar (Gilbert, 2009). Na finalização deste trabalho, este último atributo sublinha a importância da motivação para o autocuidado e a disponibilidade de orientação para contacto com o sofrimento (e seu alívio ou prevenção) e facilitação da realização pessoal e prosperidade. Assim, recomendam-se as seguintes orientações de autocuidado (i.e., comportamentos que traduzem preocupação com o bem-estar do próprio), adaptadas a partir das orientações da APA (Board of Professional Affairs’ Advisory Committee on Colleague Assistance, 2017), no sentido de assumir essa preocupação como prioridade no exercício da Psicologia:

- Proceder a uma avaliação, regular e honesta, do seu estado de saúde;
- Investir em formação sobre traumatização vicariante, fadiga por compaixão, ou *burnout*;
- Implementar ajustamentos adequados à situação de stresse (e.g., limitar o volume de casos, ativar/aumentar a supervisão);
- Procurar apoio em situação de dificuldade (evitar o isolamento);
- Estabelecer e manter elos profissionais que permitam a discussão da natureza e indutores de stresse específicos de um trabalho;
- Investir no trabalho, descanso e lazer (i.e., se o psicólogo é uma “ferramenta” essencial do seu trabalho, convém mantê-la “em condições”);
- Estabelecer expectativas razoáveis em períodos de sobrecarga;
- Aproveitar oportunidades de estimulação intelectual dentro e fora da profissão;
- Desafiar atitudes que estigmatizam os psicólogos em situação de perturbação.

Em suma, a afirmação do bem-estar do psicólogo como prioridade no exercício da profissão dependerá do investimento realizado em três níveis complementares: em primeiro lugar, na valorização destes conteúdos e aprendizagens na formação académica e supervisão ou desenvolvimento pessoal contínuo dos psicólogos; em segundo lugar, na implementação de programas de intervenção sobre o *burnout* junto de grupos profissionais de risco aumentado, tanto a nível individual, como numa ótica preventiva, também e sobretudo a nível organizacional (cf. Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, & Pfahler, 2012); e em terceiro lugar, na realização e disseminação de investigação que amplie a nossa compreensão (e a nossa consciência) sobre os processos de stresse e o autocuidado dos psicólogos.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*.
Acedido em: <http://www.apa.org/ethics/code>
- Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance (2017).
Professional health and well-being for psychologists. Acedido em:
<http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/well-being.aspx>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Emerson, S., & Markos, P. (1996). Signs and symptoms of the impaired counselor. *Journal of Humanistic Education & Development*, 34, 108-117.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Routledge.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable Robinson.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41.
- Girdin, D. A., Everly, G. S., & Dusek, D. E. (1996). *Controlling stress and tension*. New Jersey: Allyn and Bacon.
- Huebner, E. S. (1993). Burnout among school psychologists in the USA: Further data related to its prevalence and correlates. *School Psychology International*, 14, 99–109.
- Kemphome, G. (1979). The impaired physician: The role of the state medical society. *Wisconsin Medical Journal*, 78, 24-25.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administrative Policy in Mental Health*, 39, 341-352.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Acedido em: https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 79-85.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107-119). New York: Brunner Routledge.