

NELSON JOSÉ SILVA RAPOSO

**SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS,
RUMINAÇÃO E AUTORRESPOSTA COMPASSIVA
EM MULHERES COM FIBROMIALGIA**

Orientador: Professor Doutor Sérgio Andrade Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

NELSON JOSÉ SILVA RAPOSO

**SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS,
RUMINAÇÃO E AUTORRESPOSTA COMPASSIVA
EM MULHERES COM FIBROMIALGIA**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 20 de abril de 2023, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação N.º 375/2022, de 7 de novembro de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.ª Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Prof.ª Doutora Barbara Gonzalez

Orientador: Prof. Doutor Sérgio Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

AGRADECIMENTOS

O meu profundo agradecimento a todas as pessoas que me acompanharam nesta jornada académica.

Em primeiro lugar quero agradecer, em especial ao meu orientador Doutor Sérgio Andrade Carvalho pela mentoria desta tese e por todo o apoio fornecido num ano académico tão cheio de desafios.

Quero igualmente agradecer aos meus colegas de mestrado, Ana Catarina, Carmen, Daniela, Liliana, Matheus, Margarida, Marta e Solange.

Agradeço igualmente à minha família, que embora longe estão sempre presentes nos meus pensamentos.

Agradeço à Dulce e ao Hugo pelo incentivo para finalizar esta caminhada.

Quero agradecer em especial ao Miguel que tem sido o meu farol nos desafios desta vida.

Os meus sinceros agradecimentos a todos e todas!

RESUMO

A Fibromialgia (FB) é uma doença crónica, com um profundo impacto na qualidade da vida dos doentes e o presente estudo pretende explorar o papel da autocompaixão e a sua relação com a sintomatologia psicopatológica e com a ruminação.

Esta investigação seguiu um desenho transversal e pretendeu estudar os sintomas psicopatológicos, a ruminação e a autorresposta compassiva em mulheres com fibromialgia, numa amostra de 109 mulheres, com idades compreendidas entre os 22 e os 69 anos de idade ($M = 47.07$, $DP = 10.12$). O protocolo de investigação foi constituído pelos questionários *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), *Ruminative Response Scale - Short version* (RRS) e *Self-Compassion Scale* (SCS-SF).

Esperava-se que as duas dimensões da ruminação (*brooding e reflection*) estivessem significativa e positivamente correlacionadas com a sintomatologia psicopatológica (sendo expectável que a magnitude de associação fosse superior para o *brooding*) e significativa e negativamente correlacionadas com a autorresposta compassiva. Era igualmente expectável que a autorresposta compassiva moderasse a relação entre as duas dimensões da ruminação e a sintomatologia psicopatológica, sendo que se esperava que a moderação fosse significativa para níveis altos, médios e baixos de ruminação.

Embora os estudos tenham repetidamente sugerido que a autocompaixão é um fator protetor na dor crónica (DC) e que desempenha um papel promotor da redução da intensidade da relação entre processos psicopatológicos e indicadores mal-adaptativos, é possível interpretar a não moderação da autocompaixão no nosso estudo como resultante da associação forte entre a ruminação e a sintomatologia psicopatológica. Verificou-se que não foram encontrados resultados significativos de moderação, o que significa que os nossos resultados não corroboraram nenhuma das hipóteses teórica e previamente estabelecidas.

Palavras-chave: ruminação, fibromialgia, autocompaixão e sintomatologia psicopatológica

ABSTRACT

Fibromyalgia (FB) is a chronic disease with a profound impact on patients' quality of life and the present study aims to explore the role of self-compassion and its relationship with psychopathological symptoms and rumination.

This investigation followed a cross-sectional design, and aimed to study psychopathological symptoms, rumination, and compassionate self-response in women with fibromyalgia, in a sample of 109 women, aged between 22 and 69 years old ($M = 47.07$, $SD = 10.12$). The investigation protocol consisted of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Ruminative Response Scale - Short version (RRS) and Self-Compassion Scale (SCS-SF) questionnaires.

In terms of hypotheses, it was expected that the two dimensions of rumination (brooding and reflection) were significantly and positively correlated with psychopathological symptomatology (with the magnitude of association expected to be higher for brooding), and negatively and significantly correlated with compassionate self-response. Compassionate self-response was also expected to moderate the relationship between the two dimensions of rumination and psychopathological symptomatology, with moderation expected to be significant for high, medium, and low levels of rumination.

Although studies have repeatedly suggested that self-compassion is a protective factor in chronic pain (CP), and that it plays a buffering role in the relationship between psychopathological processes and maladaptive indicators, it is possible to interpret the non-moderation of self-compassion in our study as a result of the strong association between rumination and psychopathological symptomatology. It was found that no significant moderation results were found, which means that our results did not corroborate any of the theoretical and previously established hypotheses.

Keywords: rumination, fibromyalgia, self-compassion and psychopathological symptomatology

ABREVIATURAS

ACR - American College of Rheumatology

DC - Dor crónica

FM - Fibromialgia

SPR - Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Índice

INTRODUÇÃO	8
MÉTODO.....	15
Procedimentos	15
Participantes.....	15
Instrumentos	18
Estratégia analítica	19
RESULTADOS.....	21
Análise estatística.....	21
Análise preliminar	21
Análise de Correlações	21
Correlações entre variáveis em estudo.....	22
Análise do papel moderador da autocompaixão	23
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	28
BIBLIOGRAFIA.....	29

Índice de Quadros

Tabela 1 - Caraterísticas demográficas e médicas da amostra (N = 109)	17
Tabela 2 - Médias, desvios padrão e coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis .	22

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FB) tem um profundo impacto na qualidade da vida dos doentes. Os sintomas relatados mais frequentes são a depressão, a ansiedade, a fadiga severa, a dor, a sensibilidade ao toque ou à pressão e alterações do padrão do sono e de memória (Branco et al. 2016, Rossy et al., 1999, Wolfe et al., 2010). Os estudos têm encontrado uma prevalência de aproximadamente 90% de sintomatologia psicopatológica (stress, ansiedade e depressão) em doentes com FB (Gracely, R., Ceko, M., Bushnell, C., 2011). Em certas perturbações depressivas (e.g. episódios depressivos major), verifica-se uma prevalência entre 62% a 86% (Gracely, Ceko & Bushnell, 2011).

Um dos processos psicológicos associados à manutenção e desenvolvimento de diferentes sintomas psicopatológicos, nomeadamente a depressão e a ansiedade, é a ruminação (McLaughlin, Borkovec, & Sibrava 2007). Este construto é caracterizado por um padrão repetitivo de pensamentos autofocados sobre sentimentos negativos pessoais, padrões de autorreflexão sobre acontecimentos que deram origem a esses sentimentos, assim como as suas consequências (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Os estudos sugerem que a ruminação é caracterizada pelo agravamento e manutenção da depressão, reduzindo o suporte social, sendo prejudicial na resolução de problemas e resultando no aumento do pensamento negativo (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubmirsky 2008).

Neste sentido, a investigação tem-se debruçado em processos psicológicos que possam reduzir o sofrimento e promover uma atitude mais positiva perante as adversidades. Os estudos parecem indicar o papel relevante da autocompaixão na redução do sofrimento e nas estratégias para lidar com esse sofrimento (Neff & McGehee, 2010; Neff, 2012; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Gilbert & Procter, 2006). A autocompaixão requer um olhar direto sobre o próprio sofrimento e a capacidade para ser compreensivo e amável nas situações mais difíceis, percebendo o sujeito que o seu sofrimento é parte da própria experiência humana (Neff, 2012). A autocompaixão está associada a níveis mais baixos de sintomatologia psicopatológica (MacBeth & Gumley, 2012) e a um maior bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a vida (Barnard & Curry, 2011; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff, 2021).

Este estudo é o primeiro a explorar a relação entre as diferentes dimensões da ruminação (*brooding e reflection*) e a psicopatologia em mulheres com FB, sendo essa

uma das suas maiores relevâncias. Pretendeu-se, assim, estudar os sintomas psicopatológicos, a ruminação e a autorresposta compassiva em mulheres com FB, de forma a contribuir para o estudo do papel moderador da autocompaixão na relação entre a ruminação e a sintomatologia psicopatológica na FB.

No que se refere às hipóteses do presente estudo, esperava-se que as duas dimensões da ruminação (*brooding e reflection*) estivessem significativa e positivamente correlacionadas com a sintomatologia psicopatológica (sendo expectável que a magnitude de associação fosse superior para o *brooding*) e significativa e negativamente correlacionadas com a autorresposta compassiva. Era ainda expectável que a autorresposta compassiva moderasse a relação entre as duas dimensões da ruminação e a sintomatologia psicopatológica, sendo que se esperava que a moderação fosse significativa para níveis altos, médios e baixos de ruminação.

A amostra foi constituída por 109 mulheres, com diagnóstico prévio de fibromialgia e com idades compreendidas entre os 22 e os 69 anos de idade ($M = 47.07$, $DP = 10.12$). O protocolo de investigação foi constituído pelos questionários *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), *Ruminative Response Scale - Short version* (RRS) e *Self-Compassion Scale* (SCS-SF).

Em termos de análise estatística, foi testado o efeito moderador da autocompaixão na relação entre a ruminação e a sintomatologia psicopatológica porque os estudos referem a relevância da autocompaixão como fator protetor nas mulheres com DC (Lanzaro, Carvalho, Lapa & Valentim Gago, 2021). As correlações entre as variáveis do estudo foram todas estatisticamente significativas, corroborando os estudos existentes que sugerem uma relação entre a autocompaixão e a sintomatologia psicopatológica (MacBeth & Gumley, 2012).

Embora os estudos tenham repetidamente sugerido que a autocompaixão é um fator protetor na DC, e que desempenha um papel amortizador da relação entre processos psicopatológicos e indicadores mal-adaptativos, é possível interpretar a não moderação da autocompaixão no nosso estudo como resultante da associação forte entre a ruminação e a sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, não foram encontrados resultados significativos de moderação, sendo que os nossos resultados não corroboraram nenhuma das hipóteses teórica e previamente estabelecidas.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Fibromialgia (FM) é uma condição clínica que afeta entre 2% a 4% da população mundial, sendo mais frequente nas mulheres. Em termos sintomáticos, manifesta-se como dor corporal generalizada, tendo uma prevalência específica em Portugal de 1,7% (EpiReumaPt, 2015). Atualmente, é reconhecida como enraizada no domínio neurológico e com evidências de desregulação do processamento da dor (Fitzcharles & Yunus, 2011). Segundo o *American College of Rheumatology* (ACR) e a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), a fibromialgia, além de ser caracterizada por dor crónica generalizada, apresenta com mais frequência os sintomas de sensibilidade ao toque ou pressão afetando os músculos, as articulações ou até a pele, bem como fadiga severa, alterações do padrão do sono e de memória. Os pacientes podem apresentar outras sintomatologias, desde problemas gástricos ou cefaleias, a ansiedade ou depressão – sendo esta última registada em cerca de 1/3 dos casos (Branco et al. 2016).

São dois os momentos temporais importantes no que se refere aos critérios de diagnóstico da FM. Antes de 2010, havia uma excessiva valorização da dor generalizada (exame físico dos pontos dolorosos), não sendo dada relevância a outros sintomas não sensoriais *stricto sensu*, como por exemplo fadiga severa e alterações do padrão do sono. A partir de 2010, o ACR elaborou novos critérios, os quais incluem os vários sintomas que até então eram ignorados, nomeadamente os distúrbios do sono, alterações cognitivas, fadiga, ansiedade e depressão (Wolfe et al., 2010), reconhecendo-se assim a dimensão psicológica da doença. Nesta nova fase, dá-se relevância à experiência psicoemocional dos doentes com FM, dando uma nova abertura às abordagens terapêuticas na área da psicologia.

Os estudos na área da psicologia têm-se debruçado sobre a sintomatologia psicopatológica, sendo a sintomatologia depressiva recorrente (Bair et. al., 2003). Os sintomas depressivos têm uma prevalência de 90% na FM, tendo certas perturbações depressivas (e.g. episódios depressivos maior) uma prevalência registada entre 62% a 86% (Gracely, Ceko & Bushnell, 2011).

A relação entre depressão e dor crónica é complexa, havendo investigação que parece sugerir que a depressão é uma consequência da dor crónica, enquanto outros estudos sugerem uma relação inversa. Alguns estudos sugerem que esta relação entre a

dor crónica e os sintomas depressivos poderá decorrer de processos psicológicos de natureza emocional e cognitiva e, neste sentido, potencialmente bidirecional (Gatchel et al., 2007). Um dos processos que poderá mediar esta relação em mulheres com FM é a ruminação (Malin & Littlejohn, 2015).

A ruminação é considerada um processo psicológico e tem sido associada à manutenção e desenvolvimento de diferentes sintomas psicopatológicos, nomeadamente a depressão e a ansiedade (McLaughlin, Borkovec, & Sibrava 2007). Este processo psicológico é caracterizado por um padrão repetitivo de pensamentos autofocados, sobre sentimentos negativos pessoais, padrões de autorreflexão sobre acontecimentos que deram origem a esses sentimentos, assim como as suas consequências (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Embora existam várias abordagens relativamente à ruminação enquanto construto, de um modo geral os estudos sugerem que a tendência ruminativa agrava e mantém a depressão, prejudica a resolução de problemas, interfere no comportamento instrumental, aumenta o pensamento negativo e reduz o suporte social (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubmirsky 2008).

O decréscimo do humor depressivo não se traduz na redução da ruminação sobre as emoções negativas. A ruminação continua a predizer episódios depressivos, mesmo nas situações de controlo dos sintomas depressivos inicialmente registados (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 1994; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998), o que sugere ser a ruminação um processo fundamental na manutenção de sintomatologia e quadros depressivos.

A ruminação contempla 2 dimensões, o *brooding* e o *reflection*. A primeira dimensão é definida como uma comparação passiva da situação atual de si próprio com algum padrão não alcançado. A segunda dimensão (*reflection*) é conceptualizada como uma reflexão interna, que visa a resolução cognitiva de problemas de forma a aliviar os próprios sintomas depressivos (Treyner et al., 2003). A dimensão *brooding* está consistentemente e positivamente associada à psicopatologia, enquanto que os estudos são inconsistentes em relação à *reflection*, i.e., alguns estudos sugerem a sua associação positiva com psicopatologia (Erdur-Baker & Bugay, 2010; Hasegawa, 2013; Lucena-Santos et al., 2018; Schoofs et al., 2010; Thanoi & Klainin-Yobas, 2015; Treyner et al., 2003). Efetivamente, a ruminação, e particularmente o *brooding*, tem sido empiricamente demonstrado como um fator de risco ao desenvolvimento de psicopatologia, sendo a

ruminação em geral, e o *brooding* em particular, um processo transdiagnóstico, presente em diversos quadros clínicos (Eixo I, e Eixo II). Verifica-se também evidências de uma relação entre ruminação e algumas perturbações da personalidade, nomeadamente em pacientes com depressão e comorbilidade da perturbação de personalidade *borderline*, demonstrando igualmente que existem mais evidências de que o *brooding* está mais associado à psicopatologia (Watkins, 2009).

Relativamente à relevância da ruminação sobre amostras com dor crónica, os estudos sugerem que os sujeitos utilizam a ruminação como uma estratégia de *coping* para lidarem com as consequências, quer físicas quer emocionais, diretamente relacionadas com a dor crónica (Soo et al., 2009). Contudo, a utilização desta estratégia poderá aumentar o impacto da doença e ficarem mais propensos à experenciação mais intensa do afeto negativo e dos impactos físicos associados à dor crónica (Carvalho et al., 2018; Edwards et al., 2011; McCracken et al., 2014). Na literatura mais recente, tem sido sugerido que a ruminação pode ser considerada um processo transdiagnóstico, (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; McEvoy et al., 2013; Hsu et al., 2015) ou seja, essencial para as diversas perturbações de ansiedade, que como a depressão, são fatores de risco para as doenças crónicas (Turvey et al., 2009; Thomas et al., 2003). A abordagem transdiagnóstica refere ainda que determinados processos psicológicos contribuem de forma causal para o desenvolvimento e manutenção de vários sintomas (Le Borge et al., 2017). Os estudos sugerem que na FM a ruminação relaciona-se significativamente com dificuldades ao nível da saúde mental e com maiores níveis de inflexibilidade psicológica, sendo um preditor significativo de depressão (McCracken, Barker, & Chilcot, 2014), inclusivamente em amostras de mulheres com FM (Carvalho et al., 2018).

Os doentes com níveis elevados de autocritica e com dor crónica têm expectativas negativas da sua capacidade para lidar com os episódios de dor. Podem experienciar níveis elevados de depressão como resultado das dificuldades experienciadas em lidar com os obstáculos do quotidiano, da forma como esperavam (Lerman, Shahar & Rudich, 2012), e a literatura sugere que o autocrítico é um importante preditor de sofrimento psicológico nas populações de dor crónica (Lerman, Shahar & Rudich, 2012). Neste sentido, a investigação em ciência psicológica tem-se debruçado em processos psicológicos que possam reduzir o autocrítico e promover uma atitude mais positiva perante as adversidades.

A autocompaixão tem sido definida como uma sensibilidade orientada para o eu, com capacidade para ser compreensivo e amável em situações mais difíceis e perceber o sofrimento como parte da própria experiência humana (Neff, 2012). Este envolvimento foca-se na compreensão, sem julgar as falhas e os erros. Assim sendo, a autocompaixão é ser tocado e estar aberto ao próprio sofrimento, com o intuito de aliviar-se desse sofrimento, não se desconectando ou evitando o mesmo, e de se curar com a bondade (Neff, 2021).

A autocompaixão parece estar alicerçada em sistemas evolutivos de afiliação, vinculação e prestação de cuidados (Gilbert, 2010), e parece envolver 3 componentes principais: o primeiro exige bondade e compreensão por nós próprios (versus crítica excessiva e autojulgamento); o segundo é a humanidade comum (versus isolamento e alienação pelo sofrimento), e; o terceiro requer a *mindfulness*, ou seja, que se viva a experiência de forma consciente, com propósito e sem julgamento (Neff, 2021). Os estudos sugerem que a autocompaixão está associada a níveis mais baixos de sintomatologia psicopatológica (MacBeth & Gumley, 2012) e a um maior bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a vida (Barnard & Curry, 2011; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff, 2021).

No contexto da dor crónica, para além dos benefícios supracitados, o racional para a sua relevância passa por aspetos relacionados com a relação entre oxitocina, a compaixão e o seu carater opiáceo (Rockliff et al. 2011). Para além disso, a relação que existe entre a autocompaixão e a ativação parassimpática relacionada com a ativação vagal e a variabilidade cardíaca parecem apontar para a relevância da autocompaixão na dor crónica (Kirby et al. 2017). Efetivamente, tem havido um interesse crescente no papel da autocompaixão no contexto da dor crónica (Purdie & Morley, 2016). Os estudos sugerem que na dor crónica a autocompaixão está associada a níveis mais baixos de stress (Neely, et. al, 2009) e a uma maior resiliência relativamente a situações de stress (Neff, 2012), incluindo no contexto de doenças crónicas (Brion, et. al, 2014). Por outro lado, as intervenções focadas na promoção de autocompaixão parecem ser eficazes na redução do autocriticismo (Wakelin, Perman & Simonds, 2021).

As variações dos níveis de autocompaixão são associadas, por alguns estudos, a indicadores relevantes do funcionamento psicológico, sendo que pessoas com níveis mais elevados de autocompaixão demonstram níveis mais baixos de afeto negativo,

catastrofização da dor, e níveis mais elevados de afeto positivo e autoeficácia para lidar com a dor (Wren et. al, 2012). Neste sentido, a autocompaixão está associada a melhorias na regulação do afeto, no desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas e respostas às dificuldades relacionadas com a gestão da dor. De facto, a promoção da autocompaixão parece ser um objetivo crescente nas intervenções psicológicas para a dor crónica (Lanzaro, Carvalho, Lapa & Valentim Gago, 2021).

Contudo, muito ainda há por explorar na relação entre autocompaixão e outros processos centrais na etiologia da psicopatologia na dor crónica, nomeadamente no papel que a autocompaixão poderá desempenhar na relação entre ruminação e sintomas psicopatológicos. A compreensão desta relação na FM é particularmente pertinente dado que os processos psicológicos mal adaptativos e a sintomatologia psicopatológica são elementos inerentes à experiência fibromiálgica (Parrish et al., 2008).

MÉTODO

Procedimentos

O protocolo do estudo foi disponibilizado numa plataforma online (Limesurvey) alojada no servidor da Universidade de Coimbra.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O presente estudo faz parte de um projeto de investigação maior, cujo objetivo foi o de explorar o papel de processos psicológicos na etiologia da psicopatologia em mulheres com diagnóstico prévio de dor crónica.

Foram recolhidas as autorizações dos autores relativamente à aplicação dos instrumentos no presente estudo.

Foi garantida a participação voluntária, o anonimato das participantes, a confidencialidade dos dados e a utilização dos dados estritamente para os fins do presente estudo. As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, as metodologias utilizadas, bem como da liberdade de participação e da possibilidade de desistência a qualquer momento.

A amostra do presente estudo foi recolhida por uma equipa de investigação, que contou com a colaboração de várias associações, em Portugal, relacionadas com a dor crónica. Foi pedido às associações a sua colaboração na divulgação do protocolo de investigação, pelas suas associadas, por via online. As participantes do estudo tiveram acesso ao protocolo online, através do link que foi disponibilizado pelas associações de dor crónica.

Participantes

Os critérios de inclusão para o recrutamento online da amostra foram definidos para indivíduos do sexo feminino com um diagnóstico prévio de fibromialgia, idade superior a 18 anos, capacidade de ler e compreender português, residente em Portugal e ter acesso a um dispositivo com ligação à internet. Não foram previstos critérios de exclusão no presente estudo. Nenhum tipo de compensação foi atribuído às participantes deste estudo.

A amostra foi constituída por mulheres ($N = 109$), com diagnóstico de fibromialgia, com idades compreendidas entre os 22 e os 69 anos de idade ($M = 47.07$, $DP = 10.12$). A maioria das participantes, 71 mulheres (65.1%), era casada ou em união de facto. A restante amostra era constituída por 19 participantes solteiras (17.4%), 17 participantes divorciadas (15.6%) e 2 participantes viúvas (1.85%). Relativamente à zona de residência, a maioria residia na região Centro, com 58 participantes (53.2%), seguindo-se a região Norte, com 29 participantes (26.6%), a região Sul com 17 participantes (15.6%) e as regiões autónomas dos Açores e da Madeira com 5 participantes (4.6%). A maior parte das mulheres da amostra encontravam-se empregadas, 80 mulheres (73.5%), estando pouco mais de 1/4, 29 mulheres, sem trabalhar aquando da recolha dos dados (26.6%). Destas participantes que se encontravam sem trabalhar, 17 mulheres (58.6%) estavam nessa condição por um período de 5 a 10 anos, 5 participantes (17.2%) de 2 a 5 anos, 3 mulheres (10.3%) de 1 a 2 anos, 2 mulheres (6.9%) de 6 meses a 1 ano e 2 participantes (6.9%) há menos de 6 meses, sendo que 26 participantes (89.6%) não se encontrava de baixa médica.

No que se refere à condição socioeconómica das participantes, 34 têm um estatuto baixo (31.2%), 43 apresentavam um estatuto médio (39.4%), tendo apenas 1 participante um estatuto socioeconómico alto (0.9%). Duas mulheres indicaram que se encontravam aposentadas (1.8%).

Em relação à escolaridade, mais de metade das participantes tinham curso superior: 47 mulheres (43.1%) com licenciatura, 7 mulheres (6.4%) com pós-graduação e 5 participantes (4.6%) com mestrado. As restantes participantes da amostra apresentam a seguinte escolaridade: 34 (31.2%) com nível de secundário, 11 (10.1%) com o nível de 3.º ciclo, 3 (2.8%) com o 2º ciclo e 2 participantes (1.8%) com o 1º ciclo.

Os diagnósticos foram efetuados por profissionais de saúde, sendo o mais frequente, 89 (81.7%), efetuado por profissional com a especialidade de reumatologia, seguindo-se o diagnóstico pelo médico de família, com 17 (15.6%) e por um psiquiatra com 9 (8.3%). De entre as participantes com diagnósticos de dor crónica, 87 (79.8%) tinham apenas o diagnóstico de FM, tendo 12 apresentado um segundo diagnóstico de dor crónica (11%), 6 participantes apresentavam 2 diagnósticos de dor crónica para além da FM (5.5%) e 4 participantes apresentavam mais de 3 diagnósticos de DC para além da FM (3.7%).

Mais de metade das participantes têm FM há mais de 10 anos, 62 participantes (56.9%), entre 5 a 10 anos são 28 mulheres (25,7%), entre 1 a 5 anos são 18 participantes (16.5%) e com menos de 1 ano apenas 1 participante (0.9%). Relativamente a outras comorbilidades, mais de metade das mulheres, 64, apresentavam outras doenças crónicas, o que se traduz em 58.7% da amostra.

Tabela 1 - Características demográficas e médicas da amostra (N = 109)

	N	%
Estado civil		
Solteira	19	17.4
Casada ou em união facto	71	65.1
Divorciada	17	15.6
Viúva	2	1.8
Zona de residência		
Norte	29	26.6
Centro	58	53.2
Sul	17	15.6
Ilhas	5	4.6
Empregadas		
Não	29	26.6
Sim	80	73.4
Com baixa médica		
Não	26	23.9
Sim	3	2.8
Condição socioeconómica		
Baixa	34	31.2
Média	43	39.4
Alta	1	.9
Aposentada	2	1.8
Tempo sem trabalhar		
Menos de 6 meses	2	1.8
6 meses – 1 ano	2	1.8
1 ano – 2 anos	3	2.8
2 anos – 5 anos	5	4.6
5 anos – 10 anos	17	15.6
Escolaridade		
1º ciclo	2	1.8
2º ciclo	3	2.8
3º ciclo	11	10.1
Secundário	34	31.2
Licenciatura	47	43.1
Pós-Graduação	7	6.4
Mestrado	5	4.6
Área médica do diagnóstico*		
Clínica geral	17	15.6
Reumatologia	89	81.7
Psiquiatria	9	8.3
Outros	92	84.4
Número de diagnóstico de dor crónica		
1 diagnóstico	87	79.8
2 diagnósticos	12	11.0

3 diagnósticos	6	5.5
4 diagnósticos	4	3.7
Duração da doença crónica		
Menos de 1 ano	1	.9
1 ano - 5 anos	18	16.5
5 anos - 10 anos	28	25.7
Mais de 10 anos	62	56.9
Outras doenças crónicas		
Não	45	41.3
Sim	64	58.7

*as participantes podiam escolher mais de uma opção.

Instrumentos

No presente estudo foram aplicados o questionário demográfico e três escalas. Todas estas escalas estão validadas para população portuguesa.

A *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) de Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995), adaptada e validada para a versão portuguesa com o nome de Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) (Pais-Ribeiro et al. 2004). Esta escala é constituída por 21 itens e organiza-se em três dimensões (Ansiedade, Depressão e Stress). Esta é uma escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos: de 0 – “não se aplicou nada a mim” -, a 3 - “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os valores mais elevados de cada dimensão correspondem a estados afetivos mais negativos dos sujeitos. Na escala original, os valores do alfa de Cronbach situam-se entre .81 e .83. São igualmente elevados os valores do alfa de Cronbach na versão portuguesa e variam entre $\alpha = .74$ e $\alpha = .85$ (Pais-Ribeiro, J., Honrado, & A., Leal, 2004). Na presente amostra obteve-se bons valores de consistência interna de $\alpha = .91$ para a Depressão, para a Ansiedade $\alpha = .83$ e para o Stress $\alpha = .91$.

A *Ruminative Response Scale - Short version* (Treynor et al. 2003) adaptada e validada para a versão portuguesa com o nome de Escala de Respostas Ruminativas - versão reduzida (Dinis, et al. 2011). Esta escala é constituída por 10 itens e inclui 2 dimensões. A primeira dimensão é o *Brooding*, composta por 5 itens, sendo a segunda dimensão o *Reflection*, com 5 itens. A dimensão *Brooding* endereça os obstáculos à resolução dos problemas e o pensamento centrado nas consequências negativas do humor depressivo. A segunda dimensão (*Reflection*) contempla a compreensão do humor depressivo, com orientação para a resolução dos problemas. Esta é também uma escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos que varia entre 1 (“quase nunca”) e 4 (“quase sempre”).

Relativamente à consistência interna, na escala original os valores do alfa de Cronbach foram $\alpha = .77$ para a dimensão *Brooding* e $.72$ para a dimensão *Reflection* (Treyner, et al. 2003). Na versão portuguesa o alfa de Cronbach foi de $\alpha = .76$ para a dimensão *Brooding* e $\alpha = .75$ para a dimensão *Reflection* (Dinis, et al. 2011) e na presente amostra obteve-se uma consistência interna de $\alpha = .86$ para o *Brooding* e $\alpha = .68$ para o *Reflection*.

A *Self-Compassion Scale* (SCS-SF) (Neff, 2011) foi adaptada e validada para a versão portuguesa com o nome de Escala de Autocompaixão (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015). A escala original é composta por 26 itens, agregados em 6 dimensões. As dimensões são Calor/compreensão em relação ao Eu (5 itens), Humanidade comum (4 itens), Autojulgamento (5 itens), Isolamento (4 itens), Sobre-identificação (4 itens) e *Mindfulness* (4 itens). É uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 - “Quase nunca”) a (5 - “Quase sempre”). Uma maior pontuação traduz-se num maior nível de autocompaixão dos sujeitos. Por forma a reduzir o *burden* do preenchimento do protocolo, e uma vez que o objetivo do presente estudo não é o de explorar as qualidades compassivas separadamente, utilizaremos a versão reduzida de 12 itens, utilizando o score da subescala de resposta autocompassiva (isto é Calor/compreensão em relação ao Eu, Humanidade Comum e *Mindfulness*). Na escala original o valor do alfa de Cronbach foi de $\alpha = .92$ (Neff, 2003) e $\alpha = .89$ para a escala portuguesa (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte., 2012). Na presente amostra obteve-se uma consistência interna de $\alpha = .84$.

Estratégia analítica

Por forma a analisar a adequabilidade da amostra, a normalidade da distribuição das variáveis em análise foi avaliada a partir do teste à normalidade (Kolmogorov-Smirnov), assim como através dos valores de assimetria e achatamento. A normalidade foi considerada se a significância do teste for $p > .05$. As violações severas à normalidade foram consideradas sempre que os valores de assimetria fossem > 5 e de curtose $> 8-10$ (Tabachnick e Fidell, 2014). Foram ainda avaliados valores extremos por poderem ameaçar a robustez dos resultados, assim como os valores omissos. Para além disso, foi analisada a multicolinearidade através dos valores de fator de inflação da variância (VIF < 5) e de tolerância ($T > .2$).

A associação entre as variáveis do estudo foi testada através de correlações bivariadas, sendo consideradas significativas quando o valor $p < 0.05$. A magnitude de

associação foi analisada através dos coeficientes de Pearson, sendo as correlações aferidas pelo valor absoluto de r : fraca <0.25 , moderada para $0.25 \leq r < 0.50$, forte para $0.50 \leq r < 0.75$ e muito forte para ≥ 0.75 (Marôco, 2018).

O potencial papel moderador da resposta autocompassiva na relação entre a ruminação e a sintomatologia psicopatológica foi testado através de um modelo de moderação simples, conduzido através da macro do SPSS *PROCESS* (*Model 1*). A decisão de fazer a análise com a ferramenta de modelação *PROCESS* prende-se com a existência de modelos predefinidos na própria ferramenta *PROCESS*, assim como o recurso incorporado e automático para centralizar as variáveis (Hayes, 2013).

RESULTADOS

Análise estatística

Análise preliminar

No sentido de analisar a adequabilidade da amostra, foi realizada a análise de um conjunto de pressupostos. Em relação à normalidade da distribuição das variáveis em análise, o teste Kolmogorov-Smirnov indicou que as variáveis Ansiedade ($p = .079$), Stress ($p = .200$) e Autocompaixão ($p = .200$) apresentam uma distribuição normal e as variáveis *Brooding* ($p = .001$), *Reflection* ($p = .008$) e Depressão ($p = .001$) aparentemente não seguiram a normalidade. Contudo, os valores de Assimetria e Achatamento das variáveis *Brooding* ($Sk = .391$; $Ku = -.546$), *Reflection* ($Sk = -.009$; $Ku = -.691$) e Depressão ($Sk = .623$; $Ku = -.629$) não indicam violações severas à normalidade: os valores da Assimetria ($SK < |3|$) e os valores da Curtose ($Ku < |8-10|$) (Tabachnick e Fidell, 2014).

Para além disso, não foram encontrados na amostra *outliers* moderados ou severos, e não foram encontrados valores omissos, uma vez que o protocolo distribuído online não permitia submeter o questionário sem que este não estivesse completamente preenchido.

Por fim, os resultados não indicaram a presença de multicolinearidade na medida em que os valores de *VIF* (valor mínimo = 1.42 e valor máximo = 2.19) e tolerância (valor mínimo = .46 e valor máximo = .70) se encontravam dentro dos valores indicados de não multicolinearidade.

Análise de Correlações

No sentido de avaliar a relação entre a Ruminação, Autocompaixão e Sintomatologia Psicopatológica, foram realizadas correlações de Pearson. Os resultados obtidos podem ser consultados na tabela 2.

Tabela 2

Médias, desvios padrão e Coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis do estudo (N = 109).

Measures	M	SD	RRQ_Brooding	RRQ_Reflection	SCS_CSR	DASS_Dep	DASS_Anxiety	DASS_Stress
RRQ_Brooding	11.22	3.70	-	-	-	-	-	-
RRQ_Reflection	10.70	2.95	.651**	-	-	-	-	-
SCS_CSR	19.06	4.69	-.544**	-.337**	-	-	-	-
DASS_Dep	6.35	5.17	.577**	.532**	-.515**	-	-	-
DASS_Anxiety	7.75	4.53	.503**	.460**	-.466**	.751**	-	-
DASS_Stress	9.66	4.97	.584**	.521**	-.532**	.746**	.786**	-

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

RRQ = Ruminative Response Scale; SCS = Self-compassion Scale; DASS = Depression, Anxiety and Stress Scales

Correlações entre variáveis em estudo

A tabela das correlações (tabela 2) indica que as correlações entre as variáveis são todas estatisticamente significativas. A correlação das variáveis *Reflection* e *Brooding* tem uma direção positiva e com uma magnitude forte ($r = .651$). A Autocompaixão e o *Brooding* apresentam uma direção negativa e com magnitude forte ($r = -.544$). A Autocompaixão e o *Reflection* apresentam uma direção negativa e com magnitude moderada ($r = -.337$). A Depressão e o *Brooding* apresentam uma direção positiva e com magnitude forte ($r = .577$). A Depressão e o *Reflection* apresentam uma direção positiva e com magnitude forte ($r = .532$). A Depressão e a Autocompaixão apresentam uma direção negativa e com magnitude forte ($r = -.515$). A Ansiedade e o *Brooding* apresentam uma direção positiva e com magnitude forte ($r = .503$). A Ansiedade e o *Reflection* apresentam uma direção positiva e com magnitude moderada ($r = .460$). A Ansiedade e a Autocompaixão apresentam uma direção negativa e com magnitude moderada ($r = -.466$). A Ansiedade e a Depressão apresentam uma direção positiva e com magnitude muito forte ($r = .751$). O Stress e o *Brooding* apresentam uma direção positiva e com magnitude forte ($r = .584$). O Stress e o *Reflection* apresentam uma direção positiva e com magnitude forte ($r = .521$). O Stress e a Autocompaixão apresentam uma direção negativa e com magnitude forte ($r = -.532$). O Stress e a Depressão apresentam uma direção positiva e com magnitude forte ($r = .746$). O Stress e a Ansiedade apresentam uma direção positiva e com magnitude muito forte ($r = .786$).

Análise do papel moderador da autocompaixão

Foram testados modelos de moderação simples (*Model 1*) na macro *Process* SPSS, com o objetivo de explorar o efeito moderador da Autocompaixão na relação entre a Ruminação e a Sintomatologia Psicopatológica. Os resultados não corroboraram nenhuma das hipóteses teórica e previamente estabelecidas.

No que concerne ao modelo de moderação, na relação entre o *Brooding* e a Depressão, este explica 39.02% da Depressão ($F = 22.40, p < .001$), não tendo sido encontrado um efeito significativo da interação entre o *Brooding* e a Autocompaixão, $b = .00$, $se = .02$, $t(108) = -.06$, $p = .95$ e 95% IC $(-.04; .04)$. Na relação entre o *Reflection* e a Depressão, o modelo explica 42.52% da Depressão ($F = 25.90, p < .001$), não tendo sido encontrado um efeito significativo da interação entre o *Reflection* e a Autocompaixão, $b = .04$, $se = .03$, $t(108) = -1.66$, $p = .10$ e 95% IC $(-.09; .01)$.

Relativamente à relação entre o *Brooding* e a Ansiedade, o modelo explica 31.19% da Ansiedade ($F = 15.86, p < .001$), não se registando um efeito significativo da interação entre o *Brooding* e a Autocompaixão, $b = .02$, $se = .02$, $t(108) = 1.02$, $p = .31$ e 95% IC $(-.02; .06)$. Para a relação entre o *Reflection* e a Ansiedade, o modelo explica 32.07% da Ansiedade ($F = 16.52, p < .001$), não havendo um efeito significativo da interação entre o *Reflection* e a Autocompaixão, $b = 0$, $se = .02$, $t(108) = -.04$, $p = .97$ e 95% IC $(-.05; .05)$.

Na relação entre o *Brooding* e o Stress, o modelo explica 41.32% do Stress ($F = 41.32, p < .001$), não tendo sido encontrado um efeito significativo da interação entre o *Brooding* e a Autocompaixão, $b = .02$, $se = .02$, $t(108) = 1.11$, $p = .27$ e 95% IC $(-.02; .06)$. Relativamente à relação entre o *Reflection* e o Stress, o modelo explica 41.94% do Stress ($F = 25.29, p < .001$), não tendo sido encontrado um efeito significativo da interação entre o *Reflection* e a Autocompaixão, $b = .02$, $se = .03$, $t(108) = .90$, $p = .37$ e 95% IC $(-.03; .07)$.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivos testar a associação entre as diferentes dimensões da ruminação (*brooding* e *reflection*) e sintomatologia psicopatológica em mulheres com FB, uma vez que a investigação sugere que a ruminação é um fator de risco ao desenvolvimento de psicopatologia (Watkins, 2009), sendo considerado um fator de risco nas doenças crónicas (Turvey et al., 2009; Thomas et al.). Para além disso, tivemos como objetivo principal testar o papel moderador da autocompaixão na psicopatologia, uma vez que os estudos existentes sugerem que a autocompaixão é um fator de proteção em mulheres com dor crónica (Lanzaro, Carvalho, Lapa & Valentim Gago, 2021).

Um dos resultados que nos parece de carácter relevante é o fato da magnitude de correlação não ser diferente entre a sintomatologia psicopatológica e as duas dimensões da ruminação (o *brooding* e o *reflection*). Este resultado parece não corroborar no nosso estudo e nem nos estudos existentes porque existe uma ideia dominante que o *brooding* é um processo ruminativo mais psicopatológico que o *reflection* (Watkins, 2009). Este resultado parece não ir ao encontro das investigações anteriores que sugerem que o *brooding* tem um carácter mais psicopatológico do que o *reflection*. (Lucena-santos et al., 2018).

Relativamente à relação entre a autocompaixão e a sintomatologia psicopatológica, os resultados corroboraram os estudos existentes e sugerem uma relação significativa e negativa, tal como esperado (MacBeth & Gumley, 2012). Estes resultados sugerem que mulheres com FB, são capazes de responder ao seu sofrimento de uma forma calorosa e compreendem que este sofrimento faz parte da experiência humana e têm capacidade de aceitação das experiências dolorosas, sendo relevante o efeito protetor e tranquilizador da autocompaixão (Gilbert, 2010).

No que se refere à relação entre ruminação e autocompaixão, parece existir um papel protetor da autocompaixão relativamente aos pensamentos ruminativos, por ter uma correlação negativa. Isto significa que mulheres com FB com níveis mais elevados de autocompaixão são menos ruminativas, indo ao encontro de outros estudos com amostras de mulheres com DC (Carvalho et al., 2018; Edwards et al., 2011; McCracken et al., 2014). Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que explora a relação entre as diferentes dimensões da ruminação e a psicopatologia em mulheres com FB. Um

resultado interessante foi que a magnitude de associação encontrada foi superior entre a autocompaixão e o *brooding*, de magnitude forte, comparativamente ao *reflection*, de magnitude moderada, e que parece sugerir que a autocompaixão poderá desempenhar um papel protetor particularmente para fenómenos de ruminação mais psicopatológicos como o *brooding*.

A autocompaixão tem sido considerada como uma estratégia eficaz na regulação das emoções. É sugerido em diversos estudos que ter uma atitude autocompassiva permite reduzir a ruminação como estratégia de *coping* e, por outro lado, maiores níveis de autocompaixão estão relacionados com menores tendências ruminativas (Neff, 2012; Neff 2021, Neff et al., 2007; Neff & Vonk, 2009), interrompendo os ciclos de ruminação e autocritica através de uma atitude calorosa e da compreensão do sofrimento, reconhecendo que a experiência negativa faz parte das experiências universais, da própria humanidade. A autocompaixão incluiu a capacidade de contactar com a experiência interna no momento presente, com propósito e sem julgamento (*mindfulness*), competência essa que a investigação mostra inequivocamente reduzir os processos ruminativos (Svendsen et al., 2017).

Contrariamente às nossas hipóteses, a autocompaixão não moderou a relação entre a ruminação e a sintomatologia psicopatológica. Estes resultados podem ser interpretados de diferentes formas. Em primeiro lugar, importa ter em consideração o aspeto metodológico fundamental de termos utilizado o fator positivo da Escala da Autocompaixão, composto pelas subescalas Calor/Compreensão em relação ao Eu, Humanidade Comum e *Mindfulness*. Ainda que esta estrutura tenha sido recentemente defendida como a estrutura mais teoricamente consistente para medir a autocompaixão, o facto é que parte substancial da investigação até aqui sobre o efeito protetor da autocompaixão foi realizada a partir do *score* total da escala da autocompaixão, o que poderá ter influenciado significativamente os resultados do presente estudo. Importa referir, contudo, que a escolha da estrutura bifatorial utilizada no presente estudo fundamentou-se em razões teoricamente robustas (Muris e Otgaar, 2022).

Ainda assim, importa referir que estudos recentes, com amostra composta por mulheres com DC e que utilizaram apenas o fator positivo da escala da autocompaixão, encontraram resultados que sugerem o efeito moderador da autocompaixão entre a sintomatologia da dor e a psicopatologia. No entanto, do nosso conhecimento não há

estudos que tenham testado o efeito entre a ruminação e a psicopatologia (Carvalho, et al., 2020). Estes resultados podem ainda ser lidos como consequência de um artifício estatístico, na medida em que existe uma forte associação entre a ruminação e a psicopatologia (McCracken, Barker, & Chilcot, 2014), sendo o efeito da autocompaixão comparativamente pequeno, neste sentido, envolvido pelo efeito da ruminação. Efetivamente parece ir ao encontro da literatura, que sugere que a ruminação é um forte fator de risco para o desenvolvimento da psicopatologia. (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 1994).

Estes resultados devem ser interpretados, considerando as limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal e que não permite relações de causalidade. Os estudos futuros deverão replicar e explorar as questões subjacentes deste estudo através de desenhos longitudinais para estabelecer relações entre as variáveis ou até mesmo a utilização de desenhos experimentais para o estabelecimento de causalidade entre as variáveis. A amostra foi constituída exclusivamente por mulheres, o que não justifica uma generalização para outros géneros. A amostra também não é representativa da demografia de mulheres com fibromialgia em Portugal, e futuros estudos deverão replicar a análise em amostras com outros géneros e igualmente com sujeitos em número superior à presente amostra. A presente amostra não foi avaliada com uma entrevista clínica, desconhecendo-se a percentagem de participantes com psicopatologia diagnosticada e neste sentido, os estudos futuros deverão testar o papel moderador da autocompaixão em participantes com psicopatologia clinicamente diagnosticada.

As estratégias na FB para a redução dos níveis da sintomatologia psicopatológica deverão centrar-se então na redução dos níveis da ruminação, através de estratégias focadas na regulação da atenção e na aceitação, uma vez que os estudos atuais sobre *mindfulness* têm tido implicações clínicas significativas na DC em geral (Hilton et al. 2017). Vários estudos sugerem ainda que o *mindfulness* em sujeitos com DC e FB promove a aceitação da dor e a redução do sofrimento afetivo (Day & Thorn, 2016; Henriksson, Wasara e Ronnlund, 2016). Salienta-se ainda que o processo de aceitação é um mecanismo regulador dos pensamentos negativos, que diminui o impacto negativo dos sintomas, sendo também um fator essencial na redução do stress (Perestelo-Perez et al., 2017). Por outro lado, a redução dos níveis da ruminação é identificada em vários

estudos como o principal mecanismo de mudança no *mindfulness* (Segal, et al., 2002, Svendsen et al., 2016, Williams & Kuyken, 2018).

Salienta-se ainda a relevância do foco terapêutico não ser exclusivamente focado nos conteúdos relacionados com a dor, mas também na necessidade de promover nas mulheres com FB uma forma consciente de se relacionarem com os pensamentos ruminativos, na sua aceitação e desconstrução e com o objetivo de terem uma vida mais valorizada e plena (Carvalho, 2020).

CONCLUSÃO

No presente estudo verificou-se uma relação entre a autocompaixão e a sintomatologia psicopatológica, e os resultados corroboraram os estudos existentes, sugerindo uma relação significativa e negativa. Por outro lado, verificou-se igualmente uma relação entre ruminação e autocompaixão e parece existir um papel protetor da autocompaixão. Relativamente ao papel moderador da autocompaixão, esta não moderou a relação entre a ruminação e sintomatologia psicopatológica, contrariamente às nossas hipóteses iniciais. Um outro resultado interessante foi que a magnitude de associação encontrada foi superior entre a autocompaixão e o *brooding*, de magnitude forte, comparativamente ao *reflection*, de magnitude moderada, e que parece sugerir que a autocompaixão poderá desempenhar um papel protetor particularmente para fenómenos de ruminação mais psicopatológicos como o *brooding*.

O papel não moderador da autocompaixão neste estudo poderá ser explicado pela utilização do fator positivo da Escala da Autocompaixão, composto pelas dimensões Calor/Compreensão em relação ao Eu, Humanidade Comum e *Mindfulness*. Embora tendo sido considerado como consistente e suportado em termos teóricos para medir a autocompaixão, poderá ter influenciado os resultados do estudo de moderação (Muris e Otgaar, 2022). Relativamente à relação entre a autocompaixão e a sintomatologia psicopatológica, os resultados corroboraram os estudos existentes, sugerindo uma relação significativa e negativa, tal como esperado (MacBeth & Gumley, 2012). Por outro lado, e contrariamente às nossas hipóteses, a autocompaixão não moderou a relação entre a ruminação e a sintomatologia psicopatológica.

No presente estudo os resultados não corroboraram nenhuma das hipóteses teórica e previamente estabelecidas, mas em termos de implicações clínicas, a promoção do desenvolvimento de competências de autocompaixão são essenciais na autorregulação emocional, na redução dos níveis da sintomatologia psicopatológica (MacBeth & Gumley, 2012), na redução dos níveis da ruminação (Neff, 2012; Neff 2021, Neff et al., 2007; Neff & Vonk, 2009) e dos níveis de redução da dor (Lanzaro, Carvalho, Lapa & Valentim Gago, 202), promovendo um maior bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a vida (Barnard & Curry, 2011; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff, 2021).

BIBLIOGRAFIA

- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163, 2433-2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Barnard, L., & Curry, J., (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general Psychology. Advance online publication* 15, 289-303. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025754>
- Branco, J., Rodrigues, A., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., Costa, L., Mourão, A., Silva, I., Lares, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J., Carmona, L., Canhão, H., (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on healthrelated quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt – a National Health Survey. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Brion, J., Leary, M., Drabkin, A., (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, 19, 218-229. <https://dx.doi.org/10.1177%2F1359105312467391>
- Carvalho, S., A., (2020). Of pain and suffering exploring the role of psychological processes in chronic pain, and development of a compassionate acceptance program for Pain management (Comp.Act). *Tese de doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*. <http://hdl.handle.net/10316/93850>
- Carvalho, S., Trindade, I., Gillanders, D., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P., (2019). Cognitive fusion and depressive symptoms in women with chronic pain: A longitudinal growth curve modelling study over 12-Months. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 26, 616-625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2386>
- Carvalho, S. A., Trindade, I. A., Gillanders, D., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2020). Self-compassion and depressive symptoms in chronic pain (CP): a 1-year longitudinal study. *Mindfulness*, 11(3), 709-719. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01292-7>
- Carvalho, S., Xavier, S., Gillanders, D., Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., (2018). Rumination and valued Living in women with chronic pain: How they relate to the link between mindfulness and depressive symptoms. *Current Psychology* 40, 1411–1419. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0052-z>
- Castilho, P., Gouveia, J., (2012) Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Imprensa da Universidade de Coimbra*. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/SCS-Portuguese.pdf>
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Journal of clinical psychology*, 71, 856-870. <https://doi.org/10.1002/jclp.22187>

- Day, M., Thorn. B., Burns, J. (2012). The continuing evolution of biopsychosocial interventions for chronic pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 26,114-129. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.26.2.114>
- Dinis, A, Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T., (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da escala de respostas ruminativas - versão reduzida. *Psychologica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra - FPCEUC*. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_7
- Edwards, M. J., Tang, N. K., Wright, A. M., Salkovskis, P. M., & Timberlake, C. M. (2011). Thinking about thinking about pain: a qualitative investigation of rumination in chronic pain. *Pain management*, 1(4), 311-323. <https://doi.org/10.2217/pmt.11.29>
- EpiReumaPt. (2015) Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal. http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf
- Ehring, T., & Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 23547, 1–7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23547>
- Fitzcharles, M., Yunus, M., (2011). Review article: The clinical concept of fibromyalgia as a changing paradigm in them past 20 Years. *Pubmed*. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/184835>
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., Turk, D., (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin* 133, 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Germer, C & Neff, K., (2013). Self-Compassion in Clinical Practice, *Journal of Personality*
- Gilbert, P., (2010). Compassion-Focused Therapy. *Taylor & Francis Ltd*
- Gilbert, P. and Procter, S. (2006) Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379 <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gracely, R., Ceko, M., Bushnell, C., (2011). Fibromyalgia and Depression. *Pain Res Treat*. <https://doi.org/10.1155/2012/486590>
- Hayes, A. F., (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. *BookDatabase: APA PsycInfo*
- Hasegawa, A. (2013). Translation and initial validation of the Japanese version of the Ruminative Responses Scale. *Psychological Reports*, 112), 716–726. <https://doi.org/10.2466%2F02.08.PR0.112.3.716-726>
- Henriksson, J., Wasara, E., Rönnlund, M. (2016). Effects of eight-week-web-based mindfulness training on pain intensity, pain acceptance, and life satisfaction in individuals with chronic pain. *Psychological Reports*; 119, 586–607. <https://doi.org/10.1177/0033294116675086>

- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., & A., Maglione. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 199-213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Björngvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of affective disorders*, 188, 22-27. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jad.2015.08.008>
- Kirby, J. N., Doty, J. R., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (2017). The current and future role of heart rate variability for assessing and training compassion. *Frontiers in Public Health*, 5, 40. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00040>
- Lanzaro, C., Carvalho, S., Lapa, T., Valentim, A., Gago, B., (2021) A Systematic review of self-compassion in chronic pain: From correlation to efficacy. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.22>
- Le Borgnea, M., Boudoukhaa, A., Petitb, A., Roquelaureb, Y., (2017). Chronic low back pain and the transdiagnostic process: How do cognitive and emotional dysregulations contribute to the intensity of risk factors and pain? *Scandinavian Journal of Pain* 591. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.08.008>
- Lerman S., Shahar, G., Rudich, Z., (2012). Self-Criticism interacts with the affective component of pain to predict depressive symptoms in female patients. *European Journal of Pain* 16, 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.05.007>
- MacBeth, A., Gumley, A. (2012) Exploring Compassion: A Metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Malin, K., Littlejohn, G., (2015). Rumination modulates stress and other psychological processes in fibromyalgia. *European Journal of Rheumatology*. 143-148. <https://dx.doi.org/10.5152%2Feurjrheum.2015.0005>
- Marôco, J., (2018). Análise estatística com o SPSS statistics, (7ª Edição). Editora ReportNumber
- McCracken, L. M., Barker, E., & Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 1215-1225. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-014-9570-9>
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of affective disorders*, 151, 313-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- McLaughlin, K., Borkovec, T., & Sibrava, N. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38, 23-38. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.03.003>

- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 49, 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- Muris, P., & Otgaar, H. (2022). Deconstructing self-compassion: how the continued use of the total score of the self-compassion scale hinders studying a protective construct within the context of psychopathology and stress. *Mindfulness*, 3. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01898-4>
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8>
- Neff, K., (2021). Autocompaixão: O poder de seres gentil contigo mesmo. *Albatroz*
- Neff, K., (2012). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* 2, 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J. Personal.* 77, 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Neff, K., Kirkpatrick, K., & Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality.* 41, 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-Compassion and Psychological Resilience among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9, 225-240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Nolen-Hoeksema, S., (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 504-511. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., Lyubomirsky, S., (2008). Rethinking rumination perspectives on psychological science. *Pubmed* <https://doi.org/10.1111%2Fj.1745-6924.2008.00088>
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801 – 814. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.801>
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response Styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.20>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa escalas de ansiedade, depressão e stress de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia. Saúde & Doenças*, 5, 229-239. *Universidade Lusíada, Instituto e Superior de Psicologia Aplicada.* <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250207>

- Parrish, B., Zautra, A., & Davis, M., (2008). The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health Psychology* 27, 694-702. <https://dx.doi.org/10.1037%2F0278-6133.27.6.694>
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Penate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 282-295. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>
- Purdie, F., Morley, S., (2016). Compassion and chronic pain. *The journal of PAIN*, 157, 2625-2627. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000638>
- Rossy, L., Buckelew, S., Dorr, N.; Hagglund. K., Thayer, J., McIntosh. M., Hewett, J., Johnson, J., (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine* vol. 21, 180–191. <https://doi.org/10.1007/BF02908299>
- Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M., & Gilbert, P. (2011). Effects of intranasal oxytocin on 'compassion focused imagery'. *Emotion*, 11, 1388, 1-9. <https://doi.org/10.1037/a0023861>
- Schoofs, H., Hermans, D., & Raes, F. (2010). Brooding and reflection as subtypes of rumination: Evidence from confirmatory factor analysis in nonclinical samples using the Dutch Ruminative Response Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 609–617. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9182-9>
- Segal, V., Williams, J., & Teasdale, J., (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse. New York, NY: *The Guilford Press*.
- Svendsen, J. L., Kvernenes, K. V., Wiker, A. S., & Dundas, I. (2017). Mechanisms of mindfulness: Rumination and self-compassion. *Nordic Psychology*, 69, 71-82. <http://dx.doi.org/10.1080/19012276.2016.1171730>
- Soo, H., Burney, S., & Basten, C. (2009). The role of rumination in affective distress in people with a chronic physical illness: A review of the literature and theoretical formulation. *Journal of Health Psychology*, 14, 956–966. <https://doi.org/10.1177/1359105309341204>
- Svendsen, J., Kvernenes, K., Wiker, A. & Dundas, I. (2017). Mechanisms of mindfulness: rumination and self-compassion, *Nordic Psychology*, 69, 71–82. <http://dx.doi.org/10.1080/19012276.2016.1171730>
- Tabachnick, B., & Fidell, L., (2014). *Using Multivariate Statistics*, 7th Edition, Pearson
- Thanoi, W., & Klainin-Yobas, P. (2015). Assessing rumination response style among undergraduate nursing students: A construct validation study. *Nurse Education Today*, 35, 641–646. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.001>

- Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. (2003). A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes care*, 26, 2311-2317. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.8.2311>
- Thomas, J., Raynor, M., & Ribott, D. (2015). Depressive rumination and experiential avoidance: A task based exploration. *Personal. Ment. Health* 9, 58-65. <https://doi.org/10.1002/pmh.1276>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research* 27, 247-259 <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Turvey, C. L., Schultz, S. K., Beglinger, L., & Klein, D. M. (2009). A longitudinal community-based study of chronic illness, cognitive and physical function, and depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 632-641. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e31819c498c>
- Wakelin, K., Perman, G., Simonds, L., (2021). Effectiveness of self-compassion related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>
- Watkins, E., (2009). Depressive Rumination and Co-Morbidity: Evidence for Brooding as a Transdiagnostic Process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* volume 27, pages 160–175. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-009-0098-9>
- Williams, J., & Kuyken, W., (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse. *The British Journal of Psychiatry*, vol 200,5, 359-360. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104745>
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Katz, R., Mease, P., Russell, A., Russell, J., Winfield, J., Yunus, M., (2010). *The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity*. *Arthritis Care Research* 62, 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wren, A., Somers, T., Wright, M., Goetz, M., Leary, M., Fras, A., Huh, B., Rogers, L., Keefe, F., (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 43, 759-770. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014>