

SOLANGE MARIA LOURENÇO GOMES DE SOUSA

Estudo transversal da relação entre memórias de experiências precoces de calor e afeto, percepção de compaixão dos outros, e percepção de validação e criticismo durante episódios de dor em mulheres com dor crónica

Orientador: Prof. Doutor Sérgio Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

SOLANGE MARIA LOURENÇO GOMES DE SOUSA

Estudo transversal da relação entre memórias de experiências precoces de calor e afeto, percepção de compaixão dos outros, e percepção de validação e criticismo durante episódios de dor em mulheres com dor crónica

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 31/01/2023, perante o júri, com o Despacho de Nomeação N°377/2022, de 7 de novembro de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Ana Beato

Arguente: Prof^a. Doutora Carolina da Motta

Orientador: Prof. Doutor Sérgio Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

Abstract

Enquadramento Conceptual: A literatura existente sugere o efeito protetor da autocompaixão na saúde física e mental, mas são poucos os estudos que têm explorado de que forma a capacidade de receber compaixão pelos outros pode contribuir para o desenvolvimento e/ou manutenção de saúde física e mental, nomeadamente na dor crónica. Investigação existente demonstra que a qualidade do suporte social que um indivíduo recebe, a disponibilidade da família e amigos, e a adequação do suporte emocional recebido em contextos de saúde, afetam significativamente a qualidade de vida da pessoa com dor crónica. A presente investigação pretende estudar a relação entre memórias de experiências precoces de calor e segurança, perceção de compaixão pelos outros, e perceção de validação e criticismo dos outros durante episódios agudos de dor em mulheres com dor crónica.

Metodologia: Amostra constituída por mulheres com diagnóstico prévio de dor crónica músculo esquelética (N=172). Os dados foram recolhidos através de uma bateria de questionários de autorresposta: Early Memories of Warmth and Safeness Scale (EMWSS), Compassionate Attributes and Action Scale (CAAS) e Perceived Validation and Criticism in Pain Questionnaire (PVCPQ).

Resultados: As mulheres com dor crónica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior perceção dos outros como compassivos. Os resultados indicam, ainda, que mulheres com dor crónica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior perceção de validação dos outros durante episódios de dor, e uma menor perceção de criticismo dos outros durante episódios de dor. E por último, as participantes que reportaram maior perceção de receber compaixão pelos outros apresentam uma maior perceção de validação da dor pelo outro, e uma menor perceção de criticismo da dor pelo outro.

Conclusão: Apesar de algumas limitações metodológicas devidamente discutidas, este estudo tem implicações clínicas assinaláveis. Nomeadamente, os resultados ao sugerirem uma associação significativa e negativa entre memórias de calor e afeto, perceção de compaixão pelos outros e validação e criticismo, sugerem uma potencial influência de experiências precoces na perceção da qualidade das relações em mulheres com dor crónica. Porque, através do Compassionate Mind Training podem treinar a sua capacidade de receber compaixão dos outros, através da ativação do sistema de afiliação, calor e afeto. Que promove o bem-estar psicológico e reduz o distress emocional nestes pacientes.

Introdução

A literatura tem sugerido que experiências precoces de calor e afeto estão associadas a um menor risco de desenvolver sintomatologia psicopatológica posterior, e que as experiências precoces de invalidação aumentam o risco de um indivíduo vir a desenvolver sintomatologia psicopatológica posterior (Richter et al, 2009). Para além disso, estudos têm indicado que as experiências precoces de invalidação e criticismo podem estar relacionadas com o desenvolvimento posterior de condições de dor crónica (Gilbert, 2005). E como o suporte social é um fator protetor determinante na saúde e bem-estar em indivíduos com dor crónica, torna-se fundamental explorar a relação entre a dimensão emocional do suporte social (i.e., validação, compaixão) e a saúde mental na dor crónica (Carvalho et al., 2020).

No entanto, alguns indivíduos podem sentir-se ameaçados pela empatia e compaixão demonstrada pelos prestadores de cuidados devido a experiências precoces de invalidação (Gilbert, 2010; Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011). Por isso, é fundamental estudar a perceção de compaixão do outro em indivíduos com dor crónica. Porque estudos recentes parecem sugerir que uma perceção positiva de compaixão do outro está associada a uma menor vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia depressiva, e uma perceção negativa de compaixão do outro está associada a uma maior vulnerabilidade de desenvolver psicopatologia depressiva (Gilbert, McEwan, Catarino, Baião, & Palmeira, 2014).

Neste sentido, esta investigação pretendia estudar a relação entre memórias de experiências precoces de calor e segurança, perceção de compaixão pelos outros, e perceção de validação e criticismo dos outros durante episódios agudos de dor em mulheres com dor crónica, numa amostra constituída por mulheres com diagnóstico prévio de dor crónica músculoesquelética, idade superior a 18 anos, capacidade de ler e escrever em português, e acesso a internet (estudo online) (N=172). Critério de exclusão: dor crónica secundária a doença oncológica. Os dados foram recolhidos através dos seguintes questionários de autorresposta: Early Memories of Warmth and Safeness Scale (EMWSS) (Richter et al., 2009; versão portuguesa por Matos, 2012), Compassionate Attributes and Action Scale (CAAS) (Gilbert et al., 2017) e Perceived Validation and Criticism in Pain Questionnaire (PVCPQ) (Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders & Castilho, 2020).

Era esperado que as memórias de experiências precoces de calor e segurança estivessem positivamente correlacionadas com perceção dos outros como compassivos e as memórias de experiências precoces de calor e segurança positivamente correlacionadas com perceção de validação

dos outros, e negativamente correlacionadas com percepção de criticismo dos outros durante episódios de dor.

Os resultados obtidos no presente estudo parecem indicar que as mulheres com dor crônica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior percepção dos outros como compassivos. Os resultados sugerem, ainda, que mulheres com dor crônica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior percepção de validação dos outros durante episódios de dor, e uma menor percepção de criticismo dos outros durante episódios de dor. E por último, as participantes que reportaram maior percepção de receber compaixão pelos outros apresentam uma maior percepção de validação da dor pelo outro, e uma menor percepção de criticismo da dor pelo outro. O que corrobora as hipóteses iniciais do estudo e corresponde aos resultados da literatura existente sobre o tema.

A partir dos resultados é possível também concluir implicações clínicas, ainda que considerando as limitações do estudo. Principalmente em pacientes com dor crônica que tem memórias de experiências precoces de invalidação e criticismo (Matos et al, 2017b). Porque, através do Compassionate Mind Training podem treinar a sua capacidade de receber compaixão dos outros, através da ativação do sistema de afiliação, calor e afeto (Gilbert, 2009, 2010, 2020). E de acordo com a evidência existente receber compaixão do outro está associado a bem-estar psicológico e menos distress emocional (Gilbert et al, 2017; Matos et al, 2021). Enquanto que, o medo de receber compaixão dos outros está associado a níveis altos de vergonha, auto-criticismo e depressão (Kirby et al, 2019).

Índice

Abstract	3
Introdução	4
Índice	6
Enquadramento Conceptual	7
Método	13
Participantes	13
Procedimentos	16
Instrumentos	16
Estratégia Analítica	17
Resultados	19
Análise preliminar dos dados	19
Análise de correlações: Teste das hipóteses em estudo	19
Discussão	22
Conclusão	27
Referencias	28

Enquadramento Conceptual

A investigação existente sugere que as experiências na infância, nomeadamente, memórias de ameaça e segurança, têm um impacto significativo na formação e maturação fisiológica, psicológica e social de cada indivíduo (e.g., Richter, Gilbert & McEwan, 2009). Ambientes seguros que evocam memórias de calor e afeto estão associados um menor risco de desenvolver sintomatologia psicopatológica posterior (Richter et al, 2009; Krause, Mendelson & Lynch, 2003). Em contraste, memórias de invalidação (e.g., rejeição parental, interações punitivas, desvalorização das emoções) aumentam o risco de um indivíduo vir a desenvolver sintomatologia psicopatológica no futuro (Richter et al, 2009; Lineham, 1993).

As experiências de invalidação na infância consistem em experiências nas quais a criança sente intolerância por parte dos prestadores de cuidados e/ou figuras significativas em relação à sua experiência e expressão emocionais, em particular emoções que não sejam diretamente justificadas com eventos que tenham observado diretamente. Uma das consequências da invalidação emocional consiste na criança aprender não apenas de que a sua experiência emocional não é válida nem compreendida pelos outros, mas também que deve lidar com as suas emoções sozinha e sem apoio interpessoal (e.g., sem apoio dos pais e dos outros significativos). Como consequência, a criança não aprende a compreender, identificar ou a tolerar as suas respostas emocionais, e pode oscilar entre a inibição e a labilidade emocionais, apresentando dificuldades ao nível da regulação emocional (Crowell, Beauchaine & Lineham, 2009).

A sobrevivência humana e o seu bem-estar dependem muito das suas relações afetivas (Bowlby, 1969). Ao nível da maturação fisiológica, as experiências e memórias de calor e afeto têm um impacto significativo no neuro-desenvolvimento de cada indivíduo, especialmente nos sistemas de regulação do afeto (Siegel, 2001). A investigação tem sugerido a existência de três sistemas de regulação do afeto, que interagem entre si (Gilbert, 2005): a) sistema de defesa-ameaça; b) sistema de procura de recursos e recompensas; c) sistema de afiliação, calor e afeto (Gilbert, 2005).

A relações sociais positivas no início da vida operam através deste sistema de afiliação, que promove o sentido de ser amado, aceite e escolhido pelos outros (e.g., prestadores de cuidados, amigos, amantes, superiores hierárquicos) para papéis sociais importantes (e.g. amigo, amante, membro de equipa), contribuindo, assim, para o desenvolvimento de sentimentos de segurança, conexão e um sentido de pertença (Gilbert, 2005, 2010). Tem sido sugerido pela literatura que estes sentimentos produzidos pela ativação do sistema de afiliação contribuem para a redução da ativação do sistema de ameaça e associada sintomatologia psicopatológica, sendo, assim, um importante recurso para lidar com a adversidade (Masten, 2001). De facto, a investigação sugere que ambientes

caracterizados por relações de segurança, calor e afeto estão associados positivamente a bem-estar e a vários indicadores de saúde, inclusive de saúde mental, uma vez que inibem a sobreativação do sistema de defesa-ameaça subjacente a vários fenótipos psicopatológicos (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006). Contrariamente, as experiências durante a infância caracterizadas por invalidação - consideradas abuso psicológico, uma vez que a invalidação é caracterizada pelo desprezo pela experiência emocional da criança (Lineham, 1993) -, podem exercer efeitos negativos no desenvolvimento afetivo-cognitivo (Shipman & Zeman, 2001). O efeito das experiências de invalidação na infância têm consequências negativas até a idade adulta (Gross & Keller, 1992), estando estas associadas ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade, depressão e dissociação (Gross & Keller, 1992). De facto, há uma forte evidencia empírica que indica que experiências de invalidação (e.g., negligência, vergonha, criticismo) na infância têm um impacto detrimental no desenvolvimento cerebral de forma drástica e duradoura (e.g., Eisenberger, 2011), levando à sobreativação do sistema de ameaça, produzindo respostas neurofisiológicas de resposta ao stress (e.g., cortisol), e consequentemente deixando o indivíduo em estado de alerta permanente (Mikulincer & Shaver, 2005). Para além de vulnerabilizar o indivíduo para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (e.g., sintomas depressivos) (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003), a invalidação parental sinaliza à criança que as suas experiências e emoções não são válidas nem interessam (Westphal, Leahy, Pala & Wupperman, 2016), contribuindo para ao desenvolvimento de crenças generalizadas quanto à (in)disponibilidade e (in)validação dos outros indivíduos que não apenas os prestadores de cuidados ao longo da vida (Westphal et al., 2016).

A dor crónica é geralmente definida como dor persistente ou intermitente com uma duração de 3 a 6 meses, afetando indivíduos de todas as idades, etnias e géneros (Merksey & Bogduk, 1994). A investigação sugere que mais pessoas com dor crónica apresentam psicopatologia, sendo a perturbação mais comum a Depressão (Gureje, 2007). Afetando a qualidade de vida dos indivíduos com dor crónica e contribuindo para um pior prognóstico (Gormsen, Rosenberg, Bach, & Jensen, 2010; Pinheiro et al., 2016). A interferência funcional da dor também é alta, e muitas vezes as pessoas com dor crónica deixam de efetuar certas atividades devido a apresentarem um conjunto de processos psicológicos que contribuem para um coping maladaptativo (Meana, Cho & DesMeules, 2004). As tarefas diárias tornam-se mais difíceis, a capacidade para o trabalho diminui, e existe uma taxa de empregamento a tempo inteiro mais baixa nesta população (Meana et al, 2004). O suporte social também pode diminuir, porque os amigos e a família podem, por exemplo, não reconhecer o sofrimento do outro como válido (Meana et al, 2004).

A dor crônica é uma condição médica que afeta uma porção significativa da população a nível mundial (Goldberg & McGee, 2011), com estudos epidemiológicos a indicar uma prevalência de 20% na população mundial (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Em Portugal, de acordo com um estudo epidemiológico, a dor crônica tem uma prevalência de 36,7% na população Portuguesa (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012). No que diz respeito ao género, a evidência existente sugere que a dor crônica é mais comum nas mulheres do que nos homens (e.g., Greenspan, Craft, & LeResche, 2007) - o que parece ser o caso em diferentes países (Gobina et al., 2019), incluindo Portugal (Azevedo et al., 2012). Embora não tenham sido encontradas diferenças estatísticas em termos de prevalência, as mulheres parecem reportar mais localizações múltiplas de dor que os homens (e.g., Andersson, Ejlertsson, Leden, & Rosenberg, 1993). Para além disso, existe evidência empírica que sugere que as mulheres usam mais estratégias de coping mal-adaptativo do que os homens (El-Shormilisy, Strong, & Meredith, 2015), e apresentam uma maior sensibilidade à dor (Filligim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Riley, 2009). Ao nível biológico, embora algumas hormonas (e.g., estrogénios) pareçam estar envolvidas na modulação da dor (e.g., Amandusson & Blomqvist, 2013), os resultados existentes ainda são inconclusivos para se poder afirmar que existem diferenças entre as mulheres e os homens a nível biogenético (e.g., Packiasabapathy & Sadhasivam, 2018).

Resultado de investigações têm sugerido que as experiências de invalidação na infância estão associadas positivamente ao desenvolvimento de dor crônica na idade adulta (Davis, Luecken & Zautra, 2005). No entanto, apesar desta associação, os mecanismos a partir dos quais opera a relação entre experiências precoces de invalidação e o desenvolvimento de dor crônica ainda não são claros, sendo especialmente útil a utilização de uma perspetiva biopsicossocial para explorar esta relação (Davis et al, 2005).

Têm sido sugeridos vários modelos explicativos da etiologia psicossocial da dor crónica. (Kendall-Tackett, 2002). Os modelos comportamentais sugerem que os indivíduos que sofrem experiências de invalidação na infância têm uma maior probabilidade de adotar comportamentos de alto risco para a saúde, como fumar e consumir álcool e drogas, maior risco de desenvolver perturbações alimentares, ideação suicida e comportamentos sexuais de alto risco (Walsh, Jamieson, MacMillan & Boyle, 2007), o que, consequentemente, resulta em consequências negativas para a saúde (Walsh et al, 2007). Os modelos sociais sugerem que os problemas em formar e manter relações sociais positivas, comum em indivíduos com um historial de invalidação, aumenta a probabilidade de virem a sofrer de doenças físicas, nomeadamente dor crônica (Zaza & Baine, 2002), devido a terem menos suporte social (Zaza & Baine, 2002). Os modelos cognitivos propõem que as

distorções cognitivas que surgem devido a uma história de invalidação na infância podem resultar em pensamentos de catastrofização da dor (Golding, Cooper, & George, 1997), que, por sua vez, contribuem para a cronicidade da dor por ciclos de medo-evitamento (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen & Karoly, 2012).

Como consequência da crescente compreensão da natureza multifatorial da dor crônica, foram avançadas compreensões biopsicossociais, nomeadamente em relação ao papel da invalidação na etiologia da dor crônica e/ou da psicopatologia na dor crônica. Neste sentido, ao nível biológico, os sistemas de regulação do afeto parecem desempenhar um papel importante na relação entre experiências de invalidação e desenvolvimento posterior de condições de dor crônica (Gilbert, 2005). Estudos sugerem que a ativação do sistema de afiliação calor e afeto (associados, por exemplo, a experiências de validação, calor, afeto) ajuda a reduzir a intensidade da dor e o distress provocado pela mesma, devido a libertação de opioides associados a este sistema (e.g., ocitocina) (Eisenberger et al, 2011). Por outro lado, as experiências de invalidação ativam o sistema de defesa-ameaça (e.g., negligência, vergonha, criticismo) que leva à sobreprodução de cortisol, um neurotransmissor com ação inflamatória (Hannibal & Bishop, 2014; Mikulincer & Shaver, 2005), e aumentando o risco de desenvolver patologias físicas, nomeadamente, problemas de dor crônica (Hannibal & Bishop, 2014).

Ao nível Psicossocial, a evidência empírica sugere que os indivíduos que recordam experiências de invalidação na infância aprenderam que as suas experiências de dor não são válidas (Westphal et al., 2016), apresentando, por isso, uma maior tendência para a catastrofização da dor, hiper vigilância da ameaça, e medo do movimento (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Lumley et al (2011) indica que estas características, assim como a ansiedade causada pelo medo da dor, estão associadas a um nível mais alto de intensidade da dor e a um pior ajustamento. A evidência existente sugere, ainda, uma direção bidirecional, em que estes fatores psicossociais ocorrem não apenas em resposta a dor, mas também ativam, mantêm ou exacerbam a experiência da dor, colocando o indivíduo em maior risco de desenvolver e/ou agravar os problemas de dor crônica.

As pessoas com dor crônica experimentam limitações nas suas capacidades de realizar tarefas no dia-a-dia (Smith & Osborn, 2007). Como consequência, podem criticar-se pela sua incapacidade de lidar com a dor ou perda de capacidades de mobilidade, levando ao desenvolvimento de uma visão negativa do Eu (Smith & Osborn, 2007). A investigação tem sugerido que uma forma eficaz de reduzir o discurso interno autocrítico é a autocompaixão (Gilbert, 2014). A compaixão pode ser caracterizada como uma sensibilidade ou capacidade de reconhecer o nosso próprio sofrimento, ou o

sofrimento do outro, e esta associada a uma motivação para efetuar ações que permitem prevenir ou aliviar esse sofrimento (Gilbert, 2014). O impacto das relações iniciais com os prestadores de cuidados vai ter um impacto a diferentes níveis (Beaumont & Hollins Martin, 2015; Gilbert, 2017). Nomeadamente a nível epigenético (Cowan, Callaghan, Kan & Richardson, 2016), no sobredesenvolvimento ou subdesenvolvimento de sistemas fisiológicos e neurológicos (e.g., sistema imunitário, desenvolvimento cerebral e produção de oxitocina, um opioide com efeitos tranquilizantes) (Mascaro, Darcher, Negi & Raison, 2015), e ainda ao nível dos processos psicológicos, tais como competências de regulação emocional, autoimagem e auto-compaixão (Mikulincer & Shaver, 2017).

Em adição, treinar a compaixão também pode ajudar indivíduos que sofreram o impacto negativo a nível fisiológico e psicológico de experiências de invalidação ao longo do seu desenvolvimento, apresentando efeitos benéficos na redução de sintomatologia psicopatológica (Weng et al, 2013; Gilbert, 2017; Matos et al, 2017). Recentemente, tem surgido mais estudos focados no impacto das terapias da compaixão em vários processos fisiológicos, psicológicos e sociais (Kirby, Tellegen & Steindl, 2017). Algumas terapias focam-se apenas na autocompaixão (Neff & Germer, 2018), ou compaixão pelo outro (Jinpa, 2015) ou nos três fluxos da compaixão (autocompaixão, compaixão pelo outro e perceção de compaixão dos outros) (Irons & Beaumont, 2017).

A maior parte dos estudos existentes focam-se na autocompaixão e os seus efeitos ao nível da saúde física e mental, assim como na nossa relação com os outros (Gilbert, 2019). No entanto, poucos estudos têm explorado o efeito de receber compaixão pelos outros na saúde física e mental, nomeadamente na dor crónica. A literatura sugere, por exemplo, que o suporte social é um fator protetor determinante na saúde e bem-estar da população em geral (Grav, Hellzen, Romild, & Stordal, 2012), e na população com dor crónica (Meana et al, 2004). Efetivamente, a evidencia existente sugere que a qualidade do suporte social que um indivíduo recebe, a disponibilidade da família e amigos, e a adequação do suporte emocional recebido em contextos de saúde, afeta significativamente a qualidade de vida da pessoa com dor crónica (Falagas, Zarkadoulia, Ioannidou, Peppas, Christodoulou, & Rafailidis, 2007).

No entanto, o suporte social é um construto essencialmente focado no suporte instrumental (e.g., auxiliar nas tarefas; adaptação das rotinas às necessidades da pessoa com dor crónica; toma da medicação) e menos na experiência emocional de providenciar calor, afeto e validação (Carvalho et al., 2020). Neste sentido, é fundamental explorar a relação entre a dimensão emocional do suporte

social (i.e., validação, compaixão) e a saúde mental na dor crónica, nomeadamente a experiência subjetiva da pessoa com dor crónica ao ser a recetora dessa validação e compaixão pelos outros. De facto, embora os estudos existentes suportem que a compaixão está associada a um maior bem-estar físico e psicológico, alguns indivíduos podem sentir-se ameaçados com a compaixão e empatia demonstrada pelos outros (Gilbert, 2010; Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011). É possível que para alguns indivíduos, estes sentimentos positivos de afiliação e calor possam ativar a memória de experiências precoces de invalidação e crítica, gerando uma resposta aversiva à compaixão (e.g., medo de receber compaixão pelos outros) (Gilbert, 2010; Gilbert et al, 2011).

É fundamental explorar a relação entre a experiência subjetiva de receber compaixão pelos outros, uma vez que dados empíricos sugerem que ter uma perceção positiva de compaixão do outro está ligado a uma menor vulnerabilidade de desenvolver psicopatologia depressiva (Gilbert, McEwan, Catarino, Baião, & Palmeira, 2014). Em contraste, uma perceção negativa de compaixão do outro esta correlacionada com o desenvolvimento de psicopatologia depressiva e ansiosa (Gilbert et al, 2014).

Este estudo pretende explorar a relação entre memórias de experiências precoces de calor e segurança, perceção de compaixão pelos outros, e perceção de validação e criticismo dos outros durante episódios agudos de dor em mulheres com dor cronica. Especificamente, pretendemos apurar se 1) memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com perceção dos outros como compassivos; 2) memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com perceção de validação dos outros, e negativamente correlacionadas com perceção de criticismo dos outros durante episódios de dor.

Método

Participantes

O cálculo realizado a priori no GPower para correlações bivariadas, assumindo uma magnitude correlação de H1 média de $r = 0.3$, $\alpha = 0.05$, e um poder de 95%, o tamanho de amostra necessário será de pelo menos $N = 138$. A amostra para este estudo foi composta apenas por mulheres. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Ter dor crônica músculo-esquelética diagnosticada previamente por um profissional de saúde, idade superior a 18 anos, capacidade de ler e escrever em português e acesso a internet (estudo online). Critério de exclusão: o diagnóstico de dor crônica ser secundário a doença oncológica.

As participantes deste estudo apresentam uma idade média de $M = 49.01$ ($SD = 10.97$), entre os 25 ($n = 1$) e os 88 ($n = 1$) anos de idade. A maioria da amostra ($n = 100$; 58.1%) reportou estar casada. Em relação ao nível de escolaridade, mais de metade das participantes que compõem a amostra reportaram ter o ensino secundário completo ($n=60$; 34.9%), ou uma licenciatura ($n=58$; 33.7%). Quando a recolha de dados foi efetuada, 84.9% das participantes não estavam de baixa médica ($n=146$). Quanto ao estatuto socioeconómico, 13.5% das participantes têm um estatuto socioeconómico baixo ($n=23$), 46.2% médio ($n=79$), 7.0% alto ($n=12$), 13.5% estão desempregadas ($n=23$), 1.2% são estudantes ($n=2$), e 18.7% estão aposentadas ($n=32$). Uma participante (0.6%) não respondeu a esta questão ($n=1$).

A maior parte das participantes, 98.3% foi diagnosticada com uma condição de dor crônica por um médico ($n=169$). Sendo que 3.6% das participantes foi diagnosticada pelo Médico de Família ($n=6$), 79.3% por um Reumatologista ($n=134$), 6.5% por um especialista em Medicina Interna ($n=11$), 1.2% por Neurologia ($n=2$), 1.2% em Psiquiatria ($n=2$), 1.2% em Anestesiologia ($n=2$), e 7.1% foi diagnosticada por outra especialidade ($n=12$), e 3 participantes 1.7% não responderam a esta questão ($n=3$).

Em relação aos diagnósticos de dor crônica, 75.6% das participantes indicaram ter um diagnóstico de Fibromialgia ($n=130$), 21.5% de Artrose ($n=37$), 12.2% de Artrite Reumatoide ($n=21$), 1.2% de Epicondilite Lateral ($n=2$), 22.1% de Lombalgia ($n=38$), 14.0% de Cervicalgia ($n=24$), 11.0% de Síndrome de Sjorgén ($n= 19$), e 21.5% indicaram outro diagnóstico de dor crônica ($n=37$). Importa salientar que cada participante poderia escolher mais que um profissional de saúde e mais que um diagnóstico de doença crônica.

Em relação a duração da doença, 18.6% das participantes reportaram ter dor crônica entre 1-5 anos ($n=32$), 23.3% entre 5-10 anos ($n=40$), e 58.1% há mais de 10 anos ($n=100$). A maior parte das

participantes, 86.6%, indicou tomar medicação (n=149). Cerca de metade das participantes, 50.6%, indicaram ter outras doenças crónicas (n=87), sendo as mais prevalentes a hipertensão (n=10; 11.5%), rinite e/ou sinusite (n=11; 12.6%) e hipotireoidismo (n=9; 10.3%).

Tabela 1.
*Características demográficas e
médicas da amostra (N=172)*

	N (%)
Estado Civil	
Solteira	34 (19.8)
Casada	100 (58.1)
Divorciada	33 (19.2)
Viúva	3 (1.7)
Outro	2 (1.2)
Escolaridade	
1º Ciclo	1 (0.6)
2º Ciclo	1 (0.6)
3º Ciclo	11 (6.4)
Secundário	60 (34.9)
Licenciatura	58 (33.7)
Pós-graduação	16 (9.3)
Mestrado	19 (11)
Doutoramento	6 (3.5)
Estatuto Socioeconómico	
Baixo	23 (13.5)
Médio	79 (46.2)
Alto	12 (7.0)
Desempregada	23 (13.5)
Estudante	2 (1.2)
Aposentada	32 (18.7)
Não respondeu	1 (0.6)

Especialidade*	
Médico de Família	6 (3.6)
Reumatologia	134 (79.3)
Medicina Interna	11 (6.5)
Neurologia	2 (1.2)
Psiquiatria	2 (1.2)
Anestesiologia	2 (1.2)
Outro	12 (7.1)
Não respondeu	3 (1.7)
Diagnóstico de Dor Crónica*	
Fibromialgia	130 (75.6)
Artrose	37 (21.5)
Artrite Reumatoide	21 (12.2)
Epicondilite Lateral	2 (1.2)
Lombalgia	38 (22.1)
Cervicalgia	24 (14.0)
Síndrome de Sjorgen	19 (11.0)
Outro	37 (21.5)
Duração	
1 a 5 anos	32 (18.6)
5 a 10 anos	40 (23.3)
Mais de 10 anos	100 (58.1)
Nota. * As participantes podiam escolher mais do que uma opção nestas questões.	

Procedimentos

O presente estudo foi realizado numa amostra já recolhida no contexto de um estudo mais amplo que pretendeu explorar a relação entre memórias de experiências precoces de calor e afeto, processos psicológicos de validação e criticismo, e psicopatologia em mulheres com dor crónica. Neste sentido, o projeto onde este estudo se insere teve a aprovação da comissão de ética da faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (30 de janeiro de 2020). Este estudo foi realizado numa amostra não probabilística e recolhida por conveniência ($N=172$), composta por mulheres com diagnóstico prévio de dor crónica. Os dados foram recolhidos através de um protocolo de questionários de autorresposta online, tendo as participantes sido convidadas a participar no estudo através das páginas ou grupos no Facebook de associações de doentes com dor crónica que aceitaram colaborar com o estudo. Foram contactadas oito associações, tendo duas aceitado colaborar. Ao todo, 292 participantes acederam ao questionário online, tendo 172 completado os mesmos.

As participantes foram informadas que a participação era voluntária e que não se antecipavam riscos associados à participação no estudo, o contacto do investigador principal foi também facultado caso as participantes quisessem esclarecer alguma dúvida. As participantes providenciaram o consentimento informado antes de participarem no estudo. O anonimato foi assegurado, assim como a confidencialidade das respostas. As participantes foram informadas que apenas os investigadores tinham acesso a base de dados, protegida por uma palavra-passe, que o registo de IP e localização foram apagados e que não iria ser divulgada nenhuma informação identificável. A recolha de dados foi efetuada entre fevereiro de 2020 e março de 2020.

Instrumentos

1. Early Memories of Warmth and Safeness Scale (EMWSS) (Richter et al., 2009; versão portuguesa por Matos, 2012) é um questionário de autorresposta constituído por 21 itens e que mede a memória emocional de experiências precoces (i.e., durante a infância) positivas de calor, afeto e segurança no ambiente familiar (e.g., “Senti-me segura e protegida.”). Pontuações mais elevadas significam mais memórias de calor e segurança. Cada item é avaliado numa escala de resposta de cinco pontos (desde 0= “Não, nunca” até 4 = “Sim, a maior parte do tempo”). Ao nível de consistência interna, a escala original tem um α de Cronbach de $\alpha=0.97$, e no estudo de validação para Portugal de $\alpha=0.96$. No presente estudo, a escala tem um α de Cronbach de $\alpha=0.98$.

2. Compassionate Attributes and Action Scale (CAAS) (Gilbert et al., 2017) é constituída por três escalas que podem ser administradas separadamente: uma escala mede a autocompaixão,

outra a compaixão em relação aos outros, e outra o receber compaixão dos outros. Dado o objetivo deste estudo, e de maneira a não sobrecarregar os participantes, apenas foi utilizada a escala de receber compaixão dos outros (ambas as subescalas: *Motivação* e *Ação*). Esta escala é um questionário de autorresposta constituído 13 itens: a) 8 itens que medem a percepção que o participante tem de os outros estarem motivados para agir de maneira compassiva para com ele (i.e. serem sensíveis ao seu sofrimento, serem empáticos, não julgarem o participante e preocuparem-se com o seu bem estar) (e.g., “As outras pessoas notam e são sensíveis aos meus sentimentos negativos quando eles surgem”), e b) 5 itens que medem a percepção de que os outros agem de forma compassiva para com o participante (e.g., “As outras pessoas tratam-me com sentimentos de suporte/apoio, ajuda e encorajamento”). Cada item é avaliado numa escala de resposta de dez pontos (desde 1= “Nunca” até 10 = “Sempre”). O estudo original encontrou valores de α de Cronbach na subescala *Motivação* de $\alpha=0.89$, e na subescala *Ação* de $\alpha=0.91$. Embora o estudo original tenha uma amostra portuguesa, não foi reportado α de cronbach separadamente para a amostra portuguesa. No entanto, num estudo de Carvalho et al (2020), com amostra portuguesa, foram encontrados valores semelhantes, com α de Cronbach na subescala *Motivação* de $\alpha=0.93$ e na subescala *Ação* de $\alpha=0.94$. No presente estudo, o α de Cronbach na subescala *Ação* é de $\alpha= 0.94$, e na subescala *Motivação* é de $\alpha=0.93$.

3. Perceived Validation and Criticism in Pain Questionnaire (PVC PQ) (Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders & Castilho, 2020) é um questionário de autorresposta constituído por 23 itens e que mede a percepção de *validação* (e.g., “As pessoas fazem-me sentir que o meu sofrimento é valido”) e *crítico* (e.g., “Os outros julgam-me negativamente quando não consigo fazer certas atividades devido à minha dor.”) dos outros ao experienciar momentos de dor em indivíduos com dor crónica. Cada item é avaliado numa escala de resposta de cinco pontos (desde 1= “Nunca é verdade” até 5 = “É sempre verdade”). Ao nível de consistência interna, o estudo original encontrou um α de Cronbach $\alpha=0.95$. No presente estudo, o α de Cronbach é de $\alpha= 0.95$.

Estratégia Analítica

As análises foram realizadas no software SPSS (versão 28). Foi realizada uma análise de dados preliminar de maneira a avaliar a normalidade da amostra, tal como a presença de outliers extremos. Não foram consideradas violações severas a normalidade valores de assimetria < 3 e de achatamento inferiores a $< 8 - 10$ (Tabachnick & Fidell, 2007). A presença de outliers extremos foi avaliada através da representação dos gráficos das frequências (e.g., caixa de bigodes). Após esta análise, a decisão de manter os outliers extremos foi tomada de acordo com os resultados: se não variassem significativamente seriam mantidos, de maneira a garantir a variabilidade da amostra (Hair et al, 1998). Para testar as hipóteses do estudo foram conduzidas correlações bivariadas. Sendo que a

magnitude da correlação foi analisada através do coeficiente de Pearson, e a magnitude pode ir de 0 até 1. As associações entre variáveis foram consideradas significativas se o $p < .05$ (Cohen, 1998).

Resultados

Análise preliminar dos dados

Previamente ao teste das hipóteses, foi analisada a normalidade da distribuição das variáveis através dos valores de assimetria e de achatamento. Os resultados sugerem não haver violações severas à normalidade da distribuição, uma vez que os valores de assimetria foram $Sk < 3$ e os valores de achatamento $Ku < 8$. Especificamente, a variável EMWSS obteve um valor de assimetria de $Sk = -.23$, e de achatamento $Ku = -1.05$. A variável CAAS motivação obteve um valor de assimetria de $Sk = .16$ e de achatamento $Ku = -.53$. A variável CAAS ação obteve um valor de assimetria de $Sk = .23$ e de achatamento $Ku = -.90$. E no PVCPQ a variável validação obteve um valor de assimetria $Sk = .45$ e de achatamento $Ku = -.12$, e a variável criticismo obteve um valor de assimetria $Sk = .32$ e de achatamento $Ku = -.88$.

Em relação à presença de valores extremos, foi realizada uma análise descritiva para averiguar a presença de observações com valores extremos. Não foram encontrados outliers univariados em nenhuma das variáveis, exceto um outlier moderado na variável Validação do PVCPQ (participante 102). Uma vez que a análise de correlações não mostrou alterações dos seus resultados com o participante e sem o participante, optámos por manter o participante na análise por forma a manter a variabilidade da amostra.

Por fim, não foram identificados valores omissos, uma vez que para prosseguir no protocolo de avaliação era obrigatório a resposta a todos os itens.

Análise de correlações: Teste das hipóteses em estudo

Foram realizadas análises de correlações de Pearson para explorar a relação entre as variáveis (ver tabela 2). Os resultados mostraram que as memórias precoces de calor e afeto se encontram positivamente e significativamente correlacionadas com a percepção de receber compaixão pelos outros (quer a componente *motivação*, quer a componente *ação* da escala). Os resultados indicaram, ainda, uma correlação significativa e positiva entre as memórias de calor e afeto e a percepção de validação da dor pelo outro, e negativamente e significativamente associada à percepção de criticismo da dor pelo outro.

A percepção de receber compaixão pelos outros (quer na componente *motivação*, quer na componente *ação*) encontrou-se positivamente e significativamente correlacionada com a percepção

de validação da dor pelo outro, e negativamente e significativamente associada à percepção de criticismo da dor pelo outro.

Tabela 2.

Médias (M), desvio padrão (SD) e coeficiente dos valores da correlação de pearson entre as variáveis do estudo (N = 172).

Medidas	M	SD	EMWSS	CAAS_Mo tivação	CAAS_ Ação	Perceçã o_Valid ação	Perceçã o_Critici smo
MWSS	45.58	24.00	-	-	-	-	-
CAAS_Motivação	30.03	12.43	.28***	-	-	-	-
CAAS_Ação	19.63	9.41	.30***	.86***	-	-	-
Perceção_ Validação	34.63	10.71	.24*	.77***	.77***	-	-
Perceção_ Críticismo	23.60	9.54	-.17*	-.54***	-.49***	-.58***	-

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$; *** $p < .001$;

EMWSS = Memórias Precoces de Calor e Afeto; CAAS_Motivação = Perceção de receber compaixão pelos outros, subescala Motivação; CAAS_Ação= Perceção de receber compaixão pelos outros, subescala Ação ; Perceção_Validação = ; Perceção de validação da dor pelo outro ; Perceção_Criticismo= Perceção de criticismo da dor pelo outro.

Discussão

No presente estudo, tivemos como objetivo testar se as memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com a percepção dos outros como compassivos, e se as memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com percepção de validação dos outros, e negativamente correlacionadas com percepção de criticismo dos outros durante episódios de dor, numa amostra de mulheres com dor crônica. As literaturas existentes têm-se focado na autocompaixão e no seu efeito protetor na saúde física e mental (Gilbert, 2019), mas são poucos os estudos que têm explorado de que forma a capacidade de receber compaixão pelos outros pode contribuir para o desenvolvimento e/ou manutenção de saúde física e mental, nomeadamente na dor crônica. Porque a qualidade de vida de um paciente com dor crônica é afetada significativamente pela qualidade do suporte social que recebe, seja na disponibilidade demonstrada pela família e amigos ou no suporte emocional dos prestadores de cuidados de saúde (Falagas et al, 2007).

Os resultados obtidos no presente estudo parecem indicar que as mulheres com dor crônica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior percepção dos outros como compassivos. Estes resultados vão ao encontro dos resultados de estudos anteriores que sugerem que as memórias de experiências precoces de calor e afeto promovem no indivíduo o sentido de ser amado, aceito e escolhido pelos outros (e.g., prestadores de cuidados, amigos, amantes, superiores hierárquicos), contribuindo, assim, para o desenvolvimento de sentimentos de validação dos outros em momentos de dor (Gilbert, 2005, 2010).

A investigação também sugere que ambientes caracterizados por relações de segurança, calor e afeto estão associados positivamente a bem-estar e a vários indicadores de saúde, inclusive de saúde mental, uma vez que inibem a sobreativação do sistema de defesa-ameaça relacionado com a psicopatologia (Gilbert et al, 2006). Ao sugerir que estes sentimentos são produzidos pela ativação do sistema de afiliação calor e afeto e contribuem para a redução da ativação do sistema de ameaça e associada sintomatologia psicopatológica, devido a libertação de opioides associados a este sistema (e.g., ocitocina) (Masten, 2001; Eisenberger et al, 2011).

Os resultados sugerem, ainda, que mulheres com dor crônica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior percepção de validação dos outros durante episódios de dor, e uma menor percepção de criticismo dos outros durante episódios de dor. Isto é possível porque a validação do outro parece estar correlacionada com menos emoções negativas em pacientes com dor crônica, no entanto, estes estudos apresentam limitações (Edlund et al., 2015; Vangronsveld and

Linton, 2011; Wilson et al., 2017). Nomeadamente, poucos estudos têm explorado o efeito de receber compaixão pelos outros na saúde física e mental, nomeadamente na dor crónica. A literatura sugere, por exemplo, que o suporte social é um fator protetor determinante na saúde e bem-estar da população em geral (Grav, Hellzen, Romild, & Stordal, 2012), e na população com dor crónica, afetando significativamente a sua qualidade de vida (Meana et al, 2004).

No entanto, nos estudos existentes o suporte social é um construto essencialmente focado no suporte instrumental (e.g., auxiliar nas tarefas; adaptação das rotinas às necessidades da pessoa com dor crónica; toma da medicação) e menos na experiência emocional de providenciar calor, afeto e validação (Carvalho et al., 2020). Neste sentido, os resultados deste estudo ajudam a explorar a relação entre a dimensão emocional do suporte social (i.e., validação, compaixão) e a saúde mental na dor crónica, nomeadamente a experiência subjetiva da pessoa com dor crónica ao ser a recetora dessa validação e compaixão pelos outros.

As participantes que reportaram maior perceção de receber compaixão pelos outros apresentam uma maior perceção de validação da dor pelo outro, e uma menor perceção de criticismo da dor pelo outro. Este resultado também corrobora as hipóteses iniciais do estudo, encontrando-se alinhado com resultados de estudo anteriores que sugerem que os indivíduos que sofreram experiências durante a infância caracterizadas por invalidação apresentam maior perceção de criticismo do outro em momentos de dor, isto pode ser porque a invalidação parental sinaliza à criança que as suas experiências e emoções não são válidas (Westphal et al, 2016), contribuindo para o desenvolvimento de crenças generalizadas quanto à (in)disponibilidade e (in)validação dos outros indivíduos que não apenas os prestadores de cuidados ao longo da vida (Westphal et al., 2016).

Estes indivíduos também podem desenvolver um receio de receber compaixão dos outros, se a experiência de ser cuidado pelos outros é pouco familiar, ou se estes sentimentos ativam memórias traumáticas de experiências de invalidação na infância. De facto, a evidencia existente sugere que o medo da compaixão está associado a stress pós-traumático, sintomas depressivos e auto-criticismo (Miron et al, 2016). E também existe evidencia de que o medo de receber compaixão dos outros tem um impacto forte em indivíduos com dor crónica (Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders & Castilho, 2021). Porque o medo de receber compaixão resulta da sobreativação do sistema de ameaça (cortisol) e consequentemente, deixa o individuo em estado de alerta (Mikulincer & Shaver, 2005). Para além de o vulnerabilizar para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (e.g., sintomas depressivos) (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003). Por isso, contextos de prestação de cuidados são percecionados como ameaçadores, pela existência de insegurança nas

relações interpessoais e contextos de afiliação (Carvalho et al, 2021). Neste sentido, pode um determinado contexto ser caracterizado por suporte social, no entanto, a pessoa senti-lo como ameaçador. Ou seja, o receber compaixão dos outros ser uma fonte de ameaça percebida pela pessoa (Carvalho et al, 2021).

Esta situação agrava-se quando o indivíduo também sofre de uma condição de dor crónica durante um longo período de tempo, o que para além de ter um grande impacto na sua qualidade de vida também afeta a forma como entende o seu contexto social (Carvalho et al, 2020). Estes indivíduos podem ser particularmente sensíveis a rejeição social devido a medos de o outro não acreditar no que diz, ou ser visto como pouco produtivo ou um fardo (Smith & Osborn, 2007). O que pode criar uma perceção de estarem a ser ignorados, envergonhados ou desvalorizados pelo outro (Carvalho et al, 2020).

A evidência existente indica que os bloqueios da compaixão podem ter um impacto negativo na saúde física e psicológica do indivíduo (Kirby et al, 2017). De facto, o medo da compaixão está associado a dificuldades em desenvolver compaixão, autocrítica e vários indicadores de psicopatologia (Kirby et al, 2019). Por exemplo, um indivíduo que sente medo de receber compaixão do outro pode sentir dificuldades em ser autocompassivo, mas não apresenta dificuldades em ser compassivo com o outro (Gilbert et al, 2011). Em adição, não ter medo de receber compaixão do outro amortecia o efeito do autocrítica em pacientes depressivos (Hermanto et al, 2016).

O medo da compaixão é proeminente em populações clínicas e pode mesmo interferir com processos terapêuticos, se não for abordado (Kelly et al, 2021). Uma meta análise na associação entre os medos da compaixão e saúde mental, indicou que o receio de receber compaixão do outro está correlacionado com vergonha, autocrítica e depressão (Kirby et al, 2019). Estes resultados sugerem que para se entender como a compaixão pode operar com um processo benéfico o terapeuta deve-se focar na capacidade do paciente para dar compaixão ao outro e também para receber compaixão do outro, e os possíveis bloqueios e resistências em dar e receber compaixão (Matos et al, 2021).

O presente estudo, e os seus resultados, devem ser interpretados com cautela, e considerando as suas limitações. Em primeiro lugar, este estudo segue um desenho transversal, pelo que não é possível estabelecer conclusões acerca da relação causal entre as variáveis (Kazdin, 2017). Estudos futuros deverão replicar este estudo com desenhos longitudinais, para que seja possível estabelecer a relação temporal entre as variáveis, e estudos experimentais que permitam concluir sobre a relação causal entre as variáveis (Wang & Cheng, 2020).

Outra limitação deste estudo refere-se ao facto de a maioria das participantes serem mulheres com fibromialgia (N=130). Por isso, os resultados deste estudo podem ser mais específicos para mulheres com fibromialgia e não serem generalizáveis para outras condições de dor crónica. Por exemplo, a evidência existente indica que a qualidade das relações interpessoais é particularmente impactante na fibromialgia (Wolf & Davis, 2014). Estudos futuros deverão replicar este estudo com uma amostra mais heterogénica de pacientes com dor crónica.

Outra limitação que também deve ser considerada é que a amostra é composta apenas por mulheres, o que não representa a população total de indivíduos com dor crónica. Estudos futuros devem focar-se em usar amostras mais equilibradas em termos de género. Em adição, embora o tamanho da amostra seja suficiente para garantir a estrutura, viabilidade e validade das relações entre variáveis, aconselha-se também em estudos futuros a utilizar amostras com mais participantes (Winter et al, 2009).

É também de notar que 120 participantes acederam ao questionário online, mas não o completaram, por isso foram excluídas do estudo. Isto também pode afetar a generalização dos resultados, porque as participantes que não completaram os questionários podem apresentar sintomas de psicopatologia mais grave (e.g., depressão), o que as torna mais vulneráveis ao impacto do criticismo, o que pode alterar a generalização dos resultados deste estudo (Burns et al, 2018).

A partir do nosso resultado é possível hipotetizar implicações clínicas, ainda que considerando as limitações do estudo. Por exemplo, os resultados parecem sugerir que a utilização do Compassionate Mind Training pode ajudar mulheres com dor crónica a treinar a capacidade de receber compaixão dos outros, através do sistema de soothing (afiliação, calor e afeto) (Gilbert, 2009, 2010, 2020). Particularmente em pacientes com memórias de experiências precoces de invalidação e criticismo (Matos et al, 2017b). Do ponto de vista clínico isto é relevante porque receber compaixão do outro está associado a bem-estar psicológico e menos distress emocional (Gilbert et al, 2017; Matos et al, 2021). E uma meta análise indicou que o medo de receber compaixão dos outros está associado a níveis altos de vergonha, autocríticismo e depressão (Kirby et al, 2019).

Uma técnica que pode ser utilizada para reduzir o medo de receber compaixão do outro é um exercício chamado Compassionate Flow Exercise. Um exercício de compaixão com recurso ao mindfulness, que se baseia em ajudar o paciente a visualizar uma situação do passado em que precisou de utilizar este fluxo da compaixão e a analisar a resistência, desconforto ou medo que essa memória evoca (Bloomfield, 2020). De maneira a ajudar o indivíduo a tomar consciência da situação

e a cultivar as competências necessárias para poder receber compaixão do outro (Bloomfield, 2020). Portanto, os resultados parecem sugerir a importância desta técnica de intervenção em pacientes com condições de dor crônica, que sentem receio de receber compaixão dos outros devido a experiências precoces de invalidação e criticismo (Gilbert, 2009, 2010; Matos et al, 2017).

Portanto, os resultados deste estudo indicam que as memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com a percepção dos outros como compassivos. E que as memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com percepção de validação dos outros, e negativamente correlacionadas com percepção de criticismo dos outros durante episódios de dor, em mulheres com dor crônica. De acordo com os resultados de estudos anteriores. E que apesar de algumas limitações metodológicas, tem implicações clínicas importantes.

Conclusão

Em conclusão, este estudo pretendia explorar a relação entre memórias de experiências precoces de calor e segurança, percepção de compaixão pelos outros, e percepção de validação e criticismo dos outros durante episódios de dor em mulheres com dor crônica. Especificamente, pretendíamos testar se 1) memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com percepção dos outros como compassivos; 2) memórias de experiências precoces de calor e segurança estão positivamente correlacionadas com percepção de validação dos outros, e negativamente correlacionadas com percepção de criticismo dos outros durante episódios de dor.

Os resultados obtidos no presente estudo parecem indicar que as mulheres com dor crônica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior percepção dos outros como compassivos. Os resultados sugerem, ainda, que mulheres com dor crônica que reportam mais experiências precoces de calor e segurança têm uma maior percepção de validação dos outros durante episódios de dor, e uma menor percepção de criticismo dos outros durante episódios de dor. E por último, as participantes que reportaram maior percepção de receber compaixão pelos outros apresentam uma maior percepção de validação da dor pelo outro, e uma menor percepção de criticismo da dor pelo outro. Estes resultados corroboram as hipóteses iniciais do nosso estudo, e vão ao encontro dos resultados de estudos anteriores no tema.

Em adição, os resultados deste estudo ajudam a explorar a relação entre a dimensão emocional do suporte social (i.e., validação, compaixão) e a saúde mental na dor crônica, nomeadamente a experiência subjetiva da pessoa com dor crônica ao ser a recetora dessa validação e compaixão pelos outros. Porque segundo o nosso conhecimento, não existem muitos estudos que se tenham focado nesta questão.

E apesar de algumas limitações metodológicas, este estudo tem implicações clínicas importantes. Particularmente em pacientes com dor crônica que tem memórias de experiências precoces de invalidação e criticismo. Porque, através do Compassionate Mind Training podem treinar a sua capacidade de receber compaixão dos outros, através da ativação do sistema de afiliação, calor e afeto (Gilbert, 2009, 2010, 2020). Uma capacidade que está associada a bem-estar psicológico e menos distress emocional (Gilbert et al, 2017; Matos et al, 2021). Em contraste com o medo de receber compaixão dos outros, que está associado a níveis altos de vergonha, auto-criticismo e depressão (Kirby et al, 2019).

Referencias

- Amandusson, Å., & Blomqvist, A. (2013). Estrogenic influences in pain processing. *Frontiers in neuroendocrinology*, 34(4), 329-349. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2013.06.001>
- Andersson, H. I., Ejlerstsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical journal of pain*, 9(3), 174-182. [doi: 10.1097/00002508-199309000-00004](https://doi.org/10.1097/00002508-199309000-00004)
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain*, 13(8), 773-783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Baldwin, M.W., & Dandeneau, S.D. (2005). Understanding and modifying the relational schemas underlying- Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. In M.W. Baldwin (Eds.), *Interpersonal cognition* (pp. 33-61). Guilford
- Beaumont, E., & Hollins Martin, C. J. (2015). Research Paper: A narrative review exploring the effectiveness of Compassion-Focused Therapy. *Counselling Psychology Review*, 30(1), 21–32. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2015.30.1.21>
- Bloomfield, M. (2020). *MindfulPath | Mindfulness and Self-Compassion Courses Gold Coast, Sydney, Melbourne, Canberra, Australia*. MindfulPath. <https://www.mindfulpath.com.au/>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and Loss*, Vol. 1. Hogarth Press.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Burns, J. W., Gerhart, J., Post, K. M., Smith, D. A., Porter, L. S., Buvanendran, A., Fras, A. M., & Keefe, F. J. (2018). Spouse Criticism/Hostility Toward Partners With Chronic Pain: The Role

- of Spouse Attributions for Patient Control Over Pain Behaviors. *The Journal of Pain*, 19(11), 1308–1317. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.05.007>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Castilho, P. (2020). Perceived validation and criticism in pain: Development of a new measure in chronic pain. *European Journal of Pain*, 25(1), 136–148. <https://doi.org/10.1002/ejp.1655>
- Carvalho, S. A., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Castilho, P. (2021). Obstacles to social safeness in women with chronic pain: The role of fears of compassion. *Current Psychology*, 40(10), 5225–5234. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00489-2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*. Routledge.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical journal of pain*, 28(6), 475-483. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e3182385392>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Davis, D. A., Luecken, L. J., & Zautra, A. J. (2005). Are Reports of Childhood Abuse Related to the Experience of Chronic Pain in Adulthood? *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 398–405. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000149795.08746.31>
- Davis, M. C., Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2001). Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis davis et al. stress vulnerability. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(3), 215–226. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2303_9
- Edlund, S. M., Carlsson, M. L., Linton, S. J., Fruzzetti, A. E., & Tillfors, M. (2015). I see you're in pain – The effects of partner validation on emotions in people with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 6(1), 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.07.003>

- Eisenberger, N. I., Master, S. L., Inagaki, T. K., Taylor, S. E., Shirinyan, D., Lieberman, M. D., & Naliboff, B. D. (2011). Attachment figures activate a safety signal-related neural region and reduce pain experience. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(28), 11721–11726. <https://doi.org/10.1073/pnas.1108239108>
- Eisenberger, N.I. (2011). Why rejection hurts: What social neuroscience has revealed about the brain's response to social rejection. In Decety, J., & Cacioppo, J. (Eds.). *The Handbook of Social Neuroscience* (pp. 586-598). Oxford University Press.
- El-Shormilisy, N., Strong, J., & Meredith, P. J. (2015). Associations among gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain: a systematic review. *Pain Research and Management*, 20(1), 48-55. <https://doi.org/10.1155/2015/490610>
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. a., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, 9(4). <https://doi.org/10.1186/bcr1744>
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley III, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The journal of pain*, 10(5), 447-485. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.12.001>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Constable Robinson

- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused Therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2017). *Compassion: Concepts, research, and applications*. Routledge.
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002>
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In Tracy, J. L., Robins, R.W., & Tangney, J. P (Eds.), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 283-309). Guilford.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183–200. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.183>
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>
- Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 108–115. <https://doi.org/10.1002/cpp.359>

- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239–255. <https://doi.org/10.1348/147608310x526511>
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., Baião, R., & Palmeira, L. (2014). Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 228–244. <https://doi.org/10.1111/bjc.12037>
- Gobina, I., Villberg, J., Välimaa, R., Tynjälä, J., Whitehead, R., Cosma, A., & Villerusa, A. (2019). Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *European Journal of Pain*, 23(2), 316–326. <https://doi.org/10.1002/ejp.1306>
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11(1), 770. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/770>
- Golding, J. M., Cooper, M. L., & George, L. K. (1997). Sexual assault history and health perceptions: Seven general population studies. *Health Psychology*, 16(5), 417–425. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.16.5.417>
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 127. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.010>
- Gross, A. B., & Keller, H. R. (1992). Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behaviour*, 18(3), 171–185. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1992\)18:3<171::aid-ab2480180302>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1992)18:3<171::aid-ab2480180302>3.0.co;2-i)
- Grav, S., Hellzen, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Clinical Nursing Research*, 21(1–2), 111–120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>

- Gureje, O. (2007). Psychiatric aspects of pain. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 42-46.
<https://doi.org/10.1097/yco.0b013e328010ddf4>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (1998). *Multivariate data analysis*. Prentice Hall.
- Hannibal, K. E., & Bishop, M. D. (2014). Chronic Stress, Cortisol Dysfunction, and Pain: A Psychoneuroendocrine Rationale for Stress Management in Pain Rehabilitation. *Physical Therapy*, 94(12), 1816–1825. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130597>
- Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, 98, 324–332. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.055>
- Irons, C., Beaumont, E. (2017): *The Compassionate Mind Workbook: A step-by-step guide to developing your compassionate self*. Little Brown.
- Jinpa T. (2015): *A Fearless Heart. Why Compassion is the Key to Greater Well-Being*. Little Brown.
- Kazdin, A. (2017). *Research design in clinical psychology* (5.^a ed.). Pearson.
- Kelly, A., Katan, A., Sosa Hernandez, L., Nightingale, B., & Geller, J. (2021). Why would I want to be more self-compassionate? A qualitative study of the pros and cons to cultivating self-compassion in individuals with anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 99–115. <https://doi.org/10.1111/bjc.12275>
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 715–729.
[https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00343-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00343-5)
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

- Kirby, J. N., Day, J., & Sagar, V. (2019). The ‘Flow’ of compassion: A meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. *Clinical Psychology Review*, 70, 26–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.001>
- Krause, E. D., Mendelson, T., & Lynch, T. R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: the mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 199–213. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00536-7](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00536-7)
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942–968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>
- Martin, W. S., Meek, A. H., & Willeberg, P. (1987). *Veterinary Epidemiology: Principles and Methods* (1st ed.). Iowa State Pr.
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Duquia, R. P., Bonamigo, R. R., & Bastos, J. L. (2016). Sampling: how to select participants in my research study? *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(3), 326–330. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20165254>
- Mascaro, J. S., Darcher, A., Negi, L. T., & Raison, C. L. (2015). The neural mediators of kindness-based meditation: a theoretical model. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00109>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.227>
- Matos, Marcela., Albuquerque de Andrade, Salomé (2012)- Shame memories that shape who we are = Memórias de vergonha que moldam quem somos. Coimbra : [s.n.]. Tese de doutoramento. Disponível na WWW: <http://hdl.handle.net/10316/21127>
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., & Gilbert, P. (2017). Psychological and Physiological Effects of Compassionate Mind Training: a Pilot

Randomised Controlled Study. *Mindfulness*, 8(6), 1699–1712.

<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7>

Matos, M., Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). The Origins of Fears of Compassion: Shame and Lack of Safeness Memories, Fears of Compassion and Psychopathology. *The Journal of Psychology*, 151(8), 804–819. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393380>

Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., Linharelhos, M., Rijo, D., Asano, K., Gregório, S., Márquez, M. G., Vilas, S. P., Brito-Pons, G., Lucena-Santos, P., Silva Oliveira, M., Souza, E. L., Llobenes, L., Gumiy, N., Costa, M. I., Gilbert, P. (2021). Fears of compassion magnify the harmful effects of threat of COVID-19 on mental health and social safeness across 21 countries. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1317–1333. <https://doi.org/10.1002/cpp.2601>

Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (2021). Cultivating the Compassionate Self: an Exploration of the Mechanisms of Change in Compassionate Mind Training. *Mindfulness*, 13(1), 66–79. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01717-2>

Meagher, M. (2004). Links between traumatic family violence and chronic pain: Biopsychosocial pathways and treatment implications. In Kendall-Tackett, K.A. (Eds.), *Health consequences of abuse in the family: A clinical guide for evidence-based practice* (pp. 155-177). American Psychological Association.

Meana, M., Cho, R., & DesMeules, M. (2004). Chronic Pain: The Extra Burden on Canadian Women. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1), S17. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-s1-s17>

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2005). Mental representations of attachment security: Theoretical foundations for a positive social psychology. In M.W. Baldwin (Eds.), *Interpersonal cognition* (pp. 233-266). Guilford.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2017): *An attachment perspective on compassion and altruism*. In *Compassion: Concepts, research, and applications*. Edited by Gilbert, P.: Routledge:187-202.
- Miron, L. R., Seligowski, A. V., Boykin, D. M., & Orcutt, H. K. (2016). The potential indirect effect of childhood abuse on posttrauma pathology through self-compassion and fear of self-compassion. *Mindfulness*, 7(3), 596–605. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0493-0>.
- Neff, K., & Germer, C. K. (2018). *The mindful self-compassion workbook : a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. Guilford Press.
- Packiasabapathy, S., & Sadhasivam, S. (2018). Gender, genetics, and analgesia: understanding the differences in response to pain relief. *Journal of Pain Research*, Volume 11, 2729–2739. <https://doi.org/10.2147/jpr.s94650>
- Parrish, B. P., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2008). The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health Psychology*, 27(6), 694–702. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.6.694>
- Pinheiro, M. B., Ferreira, M. L., Refshauge, K., Maher, C. G., Ordoñana, J. R., Andrade, T. B., & Ferreira, P. H. (2016). Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, 16(1), 105-116. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.10.037>
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 171–184. <https://doi.org/10.1348/147608308x395213>
- Shipman, K. L., & Zeman, J. (2001). Socialization of children's emotion regulation in mother–child dyads: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 13(2), 317–336. <https://doi.org/10.1017/s0954579401002073>

- Siegel, D. J. (2015): *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology & Health*, 22(5), 517–534. <https://doi.org/10.1080/14768320600941756>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. (5th ed.). Pearson.
- Vangronsveld, K., & Linton, S. (2012). The effect of validating and invalidating communication on satisfaction, pain and affect in nurses suffering from low back pain during a semi-structured interview. *European Journal of Pain*, 16(2), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.07.009>
- Walsh, C. A., Jamieson, E., MacMillan, H., & Boyle, M. (2007). Child Abuse and Chronic Pain in a Community Survey of Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(12), 1536–1554. <https://doi.org/10.1177/0886260507306484>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest*, 158(1), 65–71. Sciencedirect. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Weng, H. Y., Fox, A. S., Shackman, A. J., Stodola, D. E., Caldwell, J. Z. K., Olson, M. C., Rogers, G. M., & Davidson, R. J. (2013). Compassion Training Alters Altruism and Neural Responses to Suffering. *Psychological Science*, 24(7), 1171–1180. <https://doi.org/10.1177/0956797612469537>
- Westphal, M., Leahy, R. L., Pala, A. N., & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*, 242, 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.040>

- Wilson, S. J., Martire, L. M., & Sliwinski, M. J. (2017). Daily Spousal Responsiveness Predicts Longer-Term Trajectories of Patients' Physical Function. *Psychological Science*, 28(6), 786–797. <https://doi.org/10.1177/0956797617697444>
- Wolf, L. D., & Davis, M. C. (2014). Loneliness, daily pain, and perceptions of interpersonal events in adults with fibromyalgia. *Health Psychology*, 33(9), 929–937. <https://doi.org/10.1037/hea0000059>
- Zautra, A. J., Hamilton, N. A., & Burke, H. M. (1999). Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: Fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive therapy and research*, 23(2), 209-230. <https://doi.org/10.1023/a:1018735413411>
- Zaza, C., & Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 526-542. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00497-9](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00497-9)