

## ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM PESSOAS COM DOR CRÓNICA

Iryna Gudz<sup>1</sup>, José Pais-Ribeiro<sup>2,3</sup>, & Alexandra Ferreira-Valente<sup>□3,4</sup>

<sup>1</sup>ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, Portugal, 24209@alunos.ispa.pt

<sup>2</sup>Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal, jlpr@fpce.up.pt

<sup>3</sup>ISPA - Instituto Universitário, William James Center for Research, ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, Portugal, mafvalente@gmail.com

<sup>4</sup>University of Washington, Department of Rehabilitation Medicine, Seattle, WA, Estados Unidos da América

---

**RESUMO:** A dor crónica é uma experiência multidimensional, idiossincrática, privada e subjetiva, influenciada por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais/religiosos, com um impacto económico e social significativo para sociedades e países. A resiliência e a religiosidade podem ser fatores protetores em pessoas com dor crónica. A associação entre religiosidade e medidas de ajustamento em pessoas com dor crónica pode ser explicada pela associação entre religiosidade e resiliência, por um lado, e de resiliência e ajustamento à condição de dor crónica por outro. O presente estudo tem como objetivos: (1) estudar os efeitos diretos e independentes da religiosidade e da resiliência no bem-estar; (2) estudar os efeitos diretos da religiosidade na resiliência, em pessoas portuguesas com dor crónica. A amostra foi constituída por 93 participantes adultos com dor crónica há pelo menos 3 meses. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e a medidas de bem-estar subjetivo (PANAS-10), resiliência (CD-RISC-10) e religiosidade (BIAC-P). Os resultados deste estudo mostram que apenas a resiliência é um preditor do bem-estar subjetivo nesta amostra. Estes resultados mostram que a resiliência, mas não a religiosidade, é um fator protetor e um recurso em pessoas portuguesas com dor crónica.

*Palavras-Chave:* Dor crónica, religiosidade, resiliência, bem-estar subjetivo.

---

## ASSOCIATION BETWEEN RELIGIOSITY, RESILIENCE AND SUBJECTIVE WELL-BEING IN PEOPLE WITH CHRONIC PAIN

**ABSTRACT:** Chronic pain is a multidimensional, idiosyncratic, private and subjective experience, influenced by biological, psychological, sociocultural and spiritual/religious factors, with a significant economic and social impact for societies and countries. Resilience and religiosity can be a protective factor in people with chronic pain. The association between religiosity and measures of adjustment in people with chronic pain might be explained by the association between religiosity and resilience, on one hand, and by the association between resilience and adjustment on the other. This study aims to: (1) study the direct and independent effects of religiosity and resilience on well-being;

---

□William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Rua Jardim do Tabaco, n.º 34, 1149-041 Lisboa, Portugal, email: mafvalente@gmail.com

(2) study the direct effects of religiosity on resilience, in Portuguese people with chronic pain. The sample consisted of 93 adult participants with chronic pain for at least 3 months. Participants completed a sociodemographic questionnaire, and measures of subjective well-being (PANAS-10), resilience (CD-RISC-10) and religiosity (BIAC-P). The results of this study show that resilience, unlike religiosity, predicts subjective well-being in this sample. These results show that resilience, but not religiosity, is a protective factor and a resource in Portuguese people with chronic pain.

*Keywords:* Chronic pain, religiosity, resilience, subjective well-being.

---

Recebido em 23 de novembro de 2020/ Aceite em 13 de março de 2021

A dor crónica – a dor que persiste para lá do tempo habitualmente necessário para a cicatrização e/ou cura dos tecidos e/ou lesão, i.e. 3 meses (Treede et al., 2015) – é um problema de saúde significativo, que se estima afetar 20 a 30% da população mundial (Breivik et al., 2006; Kroska, 2016). Estima-se que a prevalência de dor crónica em Portugal ascenda a 37% da população adulta, afetando em particular a população idosa (Azevedo et al., 2012). Trata-se de uma experiência multidimensional e idiossincrática que impacta negativamente, virtualmente, todas as esferas de vida da pessoa com dor crónica (Azevedo et al., 2012; Breivik et al., 2006; Morlion et al., 2018). Dada a sua prevalência e impacto, clínicos e investigadores têm procurado estudar os fatores que estão associados a (melhores/piiores) resultados de saúde em pessoas com dor crónica de forma a informar o desenvolvimento de programas de intervenção multidisciplinares para gestão e controlo da dor crónica.

A dor (crónica) é uma experiência complexa e idiossincrática, cujo carácter subjetivo e multidimensional da dor é amplamente reconhecido pela comunidade científica, e que se traduz na definição da dor proposta pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), segundo a qual a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a ou parecendo-se com um dano ou lesão tecidual real ou potencial (IASP, 2020). Este reconhecimento tem motivado clínicos e investigadores a procurar compreender como e porquê fatores psicológicos, sociais e espirituais/religiosos estão associados à experiência de dor e ao ajustamento psicológico à dor crónica. É este corpo de investigação que tem estado à raiz do desenvolvimento de modelos de dor crónica que procuram explicar a estreita relação entre estes fatores e medidas de ajustamento à condição em pessoas com dor crónica. Entre tais modelos, o modelo biopsicossocial é hoje aceite como aquele mais heurístico no que se refere à conceptualização do desenvolvimento e manutenção da dor crónica (Gatchel et al., 2007; Morlion et al., 2018). À luz deste modelo a dor crónica é conceptualizada como o resultado de interações multidimensionais e dinâmicas, entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, que se influenciam reciprocamente e que interagem com os processos neuro psicofisiológicos para influenciar o bem-estar de uma pessoa com dor crónica (Edwards et al., 2016; Gatchel et al., 2014; Morlion et al., 2018; Taylor et al., 2013; Turk & Monarch, 2002; Turk & Okifuji, 2002).

Mais recentemente, tem havido um interesse crescente no papel que os fatores espirituais e religiosos têm na experiência de dor crónica. A investigação e os resultados nesta área de investigação têm vindo a motivar o desenvolvimento de modelos que incorporaram não só a associação entre a dor crónica e fatores biopsicossociais, mas também aqueles espirituais e religiosos. Entre esses modelos, destaca-se o modelo biopsicossocial-espiritual da dor proposto por Amy Wachholtz e colaboradores em 2007. Segundo este modelo a espiritualidade – “the extent to which a person has or is searching for meaning and purpose in life, as feelings of transcendence and connectedness to a higher power, and as a resource of hope in the face of adversities in life” (Ferreira-Valente et al., 2019, p. 1) – e religiosidade – grau de adesão às crenças e práticas (individuais e comunitárias) próprias de uma determinada religião ou grupo religioso (Ferreira-Valente et al., 2019) são aspetos significativos e

universais da experiência humana que devem ser tidos em conta quando se considera a experiência de dor crónica (Koenig, 2012; Taylor et al., 2013). Segundo Wachholtz et al. (2016), todo o ser humano é movido por uma moção involuntária para a busca de sentido e significado, a que, anos antes, Lazarus e Folkman (1984) se referiram como a um processo pessoal de busca de significado, sentido de propósito e de atribuição causal. Para Wachholtz et al. (2016), religião, religiosidade e espiritualidade emergem como métodos de atribuição de sentido e significado a par da ciência, os quais impactam a experiência de doença, de adoecer e de dor. Fatores espirituais e religiosos, tais como religiosidade, tipo de crenças religiosas e espirituais nutridas, esperança, e práticas espirituais e religiosas, podem associar-se à experiência de dor e a medidas de ajustamento à dor crónica (Rippentrop et al., 2005; Taylor et al., 2013; Wachholtz et al., 2007). Espiritualidade, religiosidade e práticas espirituais/religiosas, parecem estar frequentemente associadas a melhor ajustamento psicológico e resultados de saúde (Masters & Spielmans, 2007), e desempenham, um importante papel no *coping* com a doença e com dor ao aumentarem a capacidade de resposta e adaptação à condição ao promoverem comportamentos de saúde (Büssing & Koenig, 2008; Koenig et al., 2001; Taylor et al., 2013). No que toca a pessoas com dor crónica, a investigação tem demonstrado uma associação positiva entre a religiosidade e espiritualidade, por um lado, e saúde, bem-estar, qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida, por outro, assim como uma associação negativa entre religiosidade e ansiedade e depressão, em pessoas com dor crónica (Büssing et al., 2014; Ferreira-Valente et al., 2019; Wachholtz & Pearce, 2009). Esta associação é enfatizada quando a religiosidade é em si mesma uma forma de lidar com a dor, ao emergir como estratégia de *coping* (e.g., rezar como forma de lidar com ou em resposta à dor), contribuindo para o ajustamento à condição (Ferreira-Valente et al., 2019).

Nas últimas décadas foram propostos dois modelos que pretendem um tal padrão de associações (Ferreira-Valente & Pereira, in press; Jim et al., 2015). O primeiro modelo defende que a religiosidade pode ter efeitos positivos na saúde física e mental, através de mecanismos de auto-regulação comportamental (Ferreira-Valente & Pereira, in press; Jim et al., 2015). A investigação que sustenta esta associação mostra que a afiliação religiosa e a religiosidade estão associadas a comportamentos de saúde (e.g., hábitos alimentares saudáveis, exercício físico) e à inibição de comportamentos de risco (e.g., consumo de álcool, tabaco) (Park et al., 2009; Salmoirago-Blotcher et al., 2011). O segundo modelo, por seu turno, defende que a religiosidade pode promover bons resultados de saúde através de mecanismos de auto-regulação emocional (Ferreira-Valente & Pereira, in press; Jim et al., 2015), de entre os quais maior suporte social, sentido de propósito maior frequência de emoções positivas (Aldwin et al., 2014; Kim & Kawachi, 2006; Koenig, 2012; Reis & Menezes, 2017).

Assim, é possível que a religiosidade seja um fator protetor e um recurso em pessoas com dor crónica, associado a melhor ajustamento (Ferreira-Valente et al., 2019). É, também, possível que a religiosidade esteja associada a melhores resultados de saúde em pessoas com dor crónica porque potencia a sua resiliência (i.e., capacidade de adaptar-se e/ou ajustar-se bem quando perante uma situação adversa ou indutora de *stress*; Sturgeon & Zautra, 2013), a qual está, por sua vez, associada a melhores resultados de saúde em pessoas com doenças crónicas (Bovero et al., 2016; Koenig, 2012; Krause, 2010; Krikorian et al., 2014) e em pessoas com dor crónica (Musich et al., 2019; Souza et al., 2017; Strand et al., 2006). Com efeito, a literatura suporta a associação positiva entre religiosidade e resiliência em pessoas com depressão e em idosos (Kasen et al., 2012; Margaça & Rodrigues, 2019). Assim, é possível que a associação entre religiosidade e medidas de ajustamento em pessoas com dor crónica seja explicada pela associação entre religiosidade e resiliência, por um lado, e de resiliência e ajustamento à condição de dor crónica por outro. A associação entre religiosidade, resiliência e bem-estar subjetivo em pessoas com dor crónica tem sido pouco explorada. O objetivo deste estudo é suprir esta lacuna da literatura, ao estudar a associação entre religiosidade, resiliência e bem-estar subjetivo numa amostra de pessoas portuguesas com dor crónica. Os objetivos específicos deste estudo são: (1) estudar os efeitos diretos e independentes da religiosidade e resiliência no bem-estar

de pessoas portuguesas com dor crónica; (2) estudar os efeitos diretos da religiosidade na resiliência em pessoas portuguesas com dor crónica.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra deste estudo foi composta por 93 pessoas adultas portuguesas com dor crónica lombar ou dor crónica associada a osteoartrose. Os critérios de inclusão da amostra foram: (a) ter pelo menos 18 anos de idade; (b) ter nacionalidade portuguesa; (c) ter dor, pelo menos 50% dos dias, há pelo menos 3 meses; (d) ter dor lombar ou dor associada a osteoartrose; e (e) aceitar participar. Os critérios de exclusão incluíram: (a) ter incapacidade cognitiva significativa; e (b) ter psicopatologia significativa (i.e. ideação suicida nos últimos 6 meses).

A quadro 1 sumaria as características sociodemográficas da amostra. Como se pode ver, a maioria dos participantes eram mulheres ( $n=77$ , 82,8%), com idades compreendidas entre os 19 e os 93 anos ( $M=56,33$ ,  $DP=18,64$ ). Na sua maioria os participantes eram casados/as ou viviam em união de facto ( $n=51$ ; 54,8%). Mais de metade da amostra tinha o 12.º ano de escolaridade completo ou menos ( $n=63$ ; 67,8%). Os participantes eram, na sua maioria católicos ( $n=75$ ; 80,6%), sendo os restantes de outra religião ( $n=3$ ; 3,3%) ou agnósticos/ateus ( $n=8$ ; 8,6%).

**Quadro 1.** Caracterização Sociodemográfica da Amostra ( $N=93$ )

	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo (feminino)	77	82,8		
Idade	-	-	56,33	18,64
Estado Civil				
Solteiro	16	17,2		
Casado ou em união de facto	51	54,8		
Divorciado ou separado	16	17,2		
Viúvo	10	10,8		
Nível de Escolaridade				
Não completou nenhum nível de ensino	2	2,2		
Ensino primário (4º ano)	20	21,5		
Ensino básico (9º ano)	14	15,1		
Ensino secundário (12º ano)	27	29,0		
Bacharelato ou licenciatura ou equivalente	24	25,8		
Mestrado ou equivalente	6	6,5		
Afiliação religiosa				
Religião cristã católica	75	80,6		
Outra religião	3	3,3		
Agnóstico/a ou Ateu/Ateia	8	8,6		

### *Material*

Os participantes responderam a um inquérito por questionário que incluiu um questionário sociodemográfico e clínico (e.g., sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, etiologia da dor) e medidas bem-estar subjetivo, resiliência e religiosidade.

**Bem-estar subjetivo.** O bem-estar subjetivo foi avaliado através da versão portuguesa reduzida do *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS-10; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Watson et al.,

1988). Este questionário de 10 itens avalia o quanto os participantes experimentaram 10 emoções na semana anterior através de uma escala de *Likert* (1 = “nada ou muito ligeiramente”; 5 = “extremamente”). Os itens da escala agrupam-se em duas dimensões (Afetos Positivos e Afetos Negativos) com as pontuações mais elevadas a indicar maior presença de Afetos Positivos e/ou Afetos Negativos. A literatura suporta a validade e fiabilidade da versão original e da versão portuguesa desta escala (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Watson et al., 1988). Esta escala apresentou uma boa consistência interna (Afetos Positivos:  $\alpha=0,87$ ; Afetos Negativos:  $\alpha=0,79$ ) na amostra deste estudo.

**Resiliência.** A resiliência por sua vez foi avaliada através da versão portuguesa da versão de 10 itens da *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC-10; Connor & Davidson, 2003; Faria & Ribeiro, 2008). Esta escala é composta por 10 itens que avaliam a capacidade dos participantes em lidar com a adversidade durante o mês anterior. Os participantes são instruídos a indicar o grau de concordância com 10 afirmações numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 = “não verdadeiro”; 4 = “quase sempre verdadeiro”). Pontuações mais elevadas indicam maior resiliência. Valores inferiores a 29 (primeiro quartil na população norte americana) sugerem níveis de resiliência baixos (Davidson, 2020). A literatura suporta a validade e fiabilidade da versão original desta escala (Connor & Davidson, 2003). Apesar de a versão portuguesa estar linguisticamente validada (Faria & Ribeiro, 2008), o estudo das propriedades psicométricas ainda está em curso. Na amostra deste estudo, esta escala demonstrou uma boa consistência interna ( $\alpha=0,88$ ).

**Religiosidade.** A religiosidade foi avaliada através da versão portuguesa da *Belief into Action Scale* (BIAC-P; Koenig, Nelson et al., 2015; Martins et al., 2019). A escala é composta por 10 itens divididos em três dimensões da religiosidade: organizacional, não organizacional, e a intrínseca/subjetiva. As pontuações podem variar entre 10 a 100, com pontuações maiores a indicar maior religiosidade. A literatura suporta a validade e fiabilidade da versão original e da versão portuguesa desta escala (Koenig et al., 2015; Martins et al., 2019). Na amostra em estudo esta escala apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha=0,85$ ).

### *Procedimento*

Este estudo obteve parecer positivo das Comissões de Ética do Centro de Investigação do ISPA – Instituto Universitário (ref.<sup>a</sup> I/005/03/2018) e da *University of Washington, Department of Rehabilitation Medicine* (FWA #00006878). Uma amostra não probabilística por conveniência de pessoas com dor crónica há pelo menos três meses foi convidada a participar no estudo por um dos investigadores, através: (a) da divulgação do estudo junto de utentes de serviços de medicina física e reabilitação das regiões norte, centro, Lisboa e Vale do Tejo, e Açores; e (b) da divulgação do estudo junto dos utentes de uma universidade sénior da região de Lisboa e Vale do Tejo. Os participantes foram informados dos objetivos e procedimentos do estudo, tendo-lhes sido garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Após assinatura do consentimento informados, os participantes procederam ao autopreenchimento dos instrumentos do estudo.

**Análise de dados.** Os dados quantitativos obtidos foram alvo de análise estatística descritiva e inferencial, univariada e multivariada com recurso ao *software IBM SPSS Statistics* (versão 26). Foi considerado um nível de significância ( $\alpha$ ) de 0,05.

Inicialmente, foram calculadas as frequências (absolutas e relativas), média e desvio-padrão das variáveis do estudo com fins descritivos. Para avaliar as associações entre a religiosidade, resiliência e bem-estar (afetos positivos e afetos negativos), foram calculadas as correlações parciais entre estas variáveis, controlando para sexo e idade dos participantes. A fim de avaliar os efeitos diretos e independentes da religiosidade e da resiliência no bem-estar subjetivo dos participantes do estudo, foram realizadas duas análises de regressão linear múltipla. Na primeira, considerou-se a variável afetos positivos como variável dependente e a religiosidade, resiliência, sexo e idade como variáveis independentes. Na segunda, a variável afetos negativos foi considerada variável dependente e as

## DOR, RELIGIOSIDADE, RESILIÊNCIA E BEM ESTAR

variáveis religiosidade, resiliência, sexo e idade como variáveis independentes. A fim de avaliar se a religiosidade é preditora da resiliência, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla, com a variável resiliência como variável dependente e as variáveis religiosidade, sexo e idade como variáveis independentes.

Os pressupostos da análise de correlação, nomeadamente, o pressuposto da normalidade, e os pressupostos da análise de regressão linear múltipla, nomeadamente, o pressuposto da distribuição normal dos erros, da homogeneidade, da independência dos erros e da ausência de multicolinearidade, foram avaliados antes de se efetuarem as respetivas análises, segundo descrito por Marôco (2014). Para avaliar o pressuposto de normalidade da distribuição das variáveis efetuou-se o cálculo e análise da assimetria (*Sk*) e da curtose (*Ku*) das variáveis. Consideram-se que valores da assimetria e da curtose inferiores a três e a dez, respetivamente, indicam ausência de violação do pressuposto da normalidade (Kline, 2005). Os pressupostos da distribuição normal e da homogeneidade dos erros foram avaliados graficamente. O pressuposto da independência dos erros foi avaliado através do teste de *Durbin-Watson*, sendo que valores próximos de 2 indicam independência dos erros. Por fim, o pressuposto da ausência de multicolinearidade foi avaliado através do rácio de inflação da variância (*VIF*), sendo que valores inferiores a 5 indicam ausência de multicolinearidade.

## RESULTADOS

A Quadro 2 apresenta as estatísticas descritivas e os coeficientes de correlação parciais das variáveis do estudo, controlando para o sexo e para a idade. A resiliência apresentou correlações estatisticamente significativas fracas a moderadas com a religiosidade ( $r=0,21, p=0,05$ ) e com afetos positivos ( $r=0,57, p<0,001$ ) e afetos negativos ( $r=-0,25, p=0,02$ ).

**Quadro 2.** Estatísticas Descritivas

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>r</i>			
						1	2	3	4
1. Resiliência	93	28,67	8,08	-0,76	0,42	-			
2. Afetos Positivos	93	16,86	4,87	-0,31	-0,24	0,57*	-		
3. Afetos Negativos	93	9,74	4,13	1,05	0,66	-0,25*	-0,32*	-	
4. Religiosidade	93	27,13	14,35	0,84	0,02	0,21*	0,13	-0,18	-

Nota: \* $p < 0,05$ .

A Quadro 3 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para avaliação dos efeitos diretos da religiosidade e da resiliência no bem-estar subjetivo, e dos efeitos diretos da religiosidade na resiliência. Como se pode ver, o Modelo 1, que avalia o papel da idade, do sexo, da religiosidade e da resiliência na medição dos afetos positivos, prediz 40% da variabilidade dos afetos positivos ( $R^2=0,40, p<0,001, f^2=0,67$ ). O Modelo 2, que avalia o efeito da idade, do sexo, da religiosidade e da resiliência na predição dos afetos negativos, explica 12% da variabilidade dos afetos negativos ( $R^2=0,12, p=0,02, f^2=0,14$ ). Para ambas as análises do Modelo 1 e do Modelo 2, foram verificados os pressupostos da regressão linear múltipla, demonstrando fiabilidade dos resultados obtidos. O Modelo 3, que avalia o efeito da idade, do sexo e da religiosidade na predição resiliência, não foi estatisticamente significativo ( $R^2=0,06, p=0,13, f^2=0,06$ ), o que demonstra que a religiosidade não é preditora de resiliência nesta amostra. Para a análise do Modelo 3, também foram verificados os pressupostos da análise de regressão linear múltipla.

**Quadro 3.** Coeficientes de Regressão Linear Múltipla

	Variável Dependente: Afeto Positivo				Variável Dependente: Afeto Negativo				Variável Dependente: Resiliência			
	<i>B</i>		<i>SE</i>	<i>VIF</i>	<i>B</i>		<i>SE</i>	<i>VIF</i>	<i>B</i>	$\beta$	<i>SE</i>	<i>VIF</i>
	Constante	6,04*		2,22		11,3*	2,3			30,33*		3,18
Idade	0,06*	0,21	0,02	1,16	0,02	0,08	0,02	1,16	-0,03	-0,07	0,05	1,16
Sexo	-2,42*	-0,18	1,14	1,07	2,22	0,20	1,17	1,07	-3,85	-0,18	2,29	1,03
Resiliência	0,33*	0,55	0,05	1,07	-0,11*	-0,22	0,05	1,07	-	-	-	-
Religiosidade	0,04	0,01	0,03	1,24	-0,42	-0,15	0,03	1,24	0,13*	0,23	0,06	1,19
$R^2$	0,40*				0,12*				0,06			
$R^2_a$	0,37				0,08				0,03			

Nota: \* $p < 0,05$ .

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que a resiliência, mas não a religiosidade, está associada positivamente ao, e é um preditor de bem-estar subjetivo em pessoas portuguesas com dor crónica. Embora, na amostra deste estudo, a religiosidade esteja positivamente e significativamente associada à resiliência, esta variável não é um preditor da resiliência e parece não estar associada e não predizer o bem-estar subjetivo em pessoas portuguesas com dor crónica.

A associação positiva entre a resiliência e o bem-estar subjetivo em pessoas com dor crónica é congruente com os resultados de estudos anteriores (Musich et al., 2019; Souza et al., 2017; Strand et al., 2006) Estes resultados parecem estar também em linha com os estudos anteriores que sugerem que a resiliência está positivamente associada à frequência da experiência de emoções positivas (Aldwin et al., 2014; Kim & Kawachi, 2006; Koenig, 2012; Musich et al., 2019; Reis & Menezes, 2017; Souza et al., 2017; Strand et al., 2006), e sugerem que a resiliência é um preditor de bem-estar subjetivo em pessoas com dor crónica (Büssing & Koenig, 2008; Koenig et al., 2001). Importa, por isso, em sede de intervenção multidisciplinar dirigida a pessoas com dor crónica, promover a resiliência em ordem à promoção do seu bem-estar subjetivo e ajustamento à condição.

A associação positiva entre resiliência e religiosidade, ainda que fraca, é também congruente com a literatura que sugere que a religiosidade poderá ser um fator protetor associado a mecanismos de auto-regulação emocional e à capacidade de se adaptar perante a adversidade ou *stressores* (Ferreira-Valente & Pereira, in press; Ferreira-Valente et al., 2019; Jim et al., 2015; Kasen et al., 2012; Margaça & Rodrigues, 2019). Contudo, a religiosidade não emerge como um preditor significativo da resiliência, e não parece estar associada ao bem-estar subjetivo em pessoas portuguesas com dor crónica. Estes resultados são incongruentes com a investigação anterior que sugere que a religiosidade está associada a melhores resultados de saúde e bem-estar em pessoas com doenças crónicas (Cooper-Effa et al., 2001; Dunn, 2004; Glover-Graf et al., 2007; Harrison et al., 2005; Rashedi & Dick, 2009; Rippentrop et al., 2005; Taylor et al., 2013), e não corroboram a hipótese de que a religiosidade é um fator protetor que contribui para bons resultados de saúde por via de mecanismos de auto-regulação emocional, entre os quais, por via de uma associação positiva com a resiliência.

Estes resultados podem ser indicativos de que, como sugerem alguns autores, embora a religiosidade possa ser um fator de proteção, ela pode também constituir-se como um obstáculo ao ajustamento e ao bem-estar perante as adversidades (Pargament & Cummings, 2010). Com efeito, a religiosidade pode exacerbar o conflito intrapsíquico se, quando confrontado com uma adversidade, o indivíduo coloca em causa a existência de um ser superior transcendente (e.g., Deus), na ausência

de uma resolução imediata dessa adversidade na expectativa de uma resolução transcendente desta, ou atribui a mesma adversidade a um castigo divino (Freitas et al., 2015). É, pois, possível que sejam o tipo de crenças religiosas, mais do que a religião ou religiosidade em si mesmas e por si só, a contribuir para a resiliência e bem-estar subjetivo (Freitas et al., 2015).

É, também, possível, que mais do que a religiosidade, seja a espiritualidade a associar-se a predizer o bem-estar subjetivo e a resiliência em pessoas com dor crónica (Büssing & Koenig, 2008; Ferreira-Valente et al., 2019; Koenig et al., 2001; Masters & Spielmans, 2007; Taylor et al., 2013). Esta hipótese explicativa parece ser parcialmente corroborada pelos resultados de uma recente revisão sistemática da literatura (Ferreira-Valente et al., 2019), na qual se conclui que as associações entre espiritualidade e medidas de ajustamento emergem mais frequentemente na literatura publicada, do que aquelas entre religião, religiosidade e medidas de ajustamento.

Por outro lado, a revisão de literatura realizada por Pargament e Cummings (2010) demonstra que religiosidade e resiliência têm uma relação complexa e multifacetada. Face a acontecimentos adversos, os indivíduos podem beneficiar de um efeito emocional positivo da religiosidade. Mas é possível que esse efeito benéfico da religiosidade se dê por via de uma associação negativa entre religiosidade e medidas de mal ajustamento à condição (e.g., depressão, ansiedade, stresse, somatização, incapacidade funcional), e não entre a religiosidade, por um lado, e medidas de resiliência e de bem-estar *per se*, por outro. Com efeito, são mais os estudos que apontam para esta relação, do que aqueles que corroboram a relação entre religiosidade e medidas de bem-estar *per se* (Ferreira-Valente et al., 2019; Harrison et al., 2005; Koenig, 2012; Wachholtz & Pearce, 2009). Ainda que a religiosidade possa ser uma fonte de resiliência (Avgoulas & Fanany, 2013; Pargament & Cummings, 2010), religiosidade não é, automaticamente, sinónimo de maior resiliência. Enquanto a resiliência pode ser a manutenção ou o retorno, dentro do possível, ao funcionamento normal face às adversidades experienciadas na vida (e.g., condição de dor crónica), a religiosidade pode ser um catalisador para mudanças positivas e mais profundas na vida. A religiosidade pode levar a que uma crise seja vista como uma oportunidade para alcançar resultados altamente valorizados (Pargament & Cummings, 2010) e, constituir-se mais como aspeto estrutural e/ou estruturante da pessoa e não tanto como uma resposta cognitiva e/ou comportamental para lidar com a dor (Andersson, 2008; Büssing et al., 2013; Büssing et al., 2009).

Estes resultados podem ainda ficar a dever-se ao facto de a religiosidade poder não ser percebida e usada pelos participantes deste estudo como um recurso e uma estratégia de *coping* para lidar com a dor. Com efeito, apesar de a maioria dos participantes deste estudo se declarar afiliado a alguma denominação religiosa (na sua maioria, a religião cristã católica), os níveis de religiosidade auto-reportados pelos participantes deste estudo são, em média, baixos quando comparados àqueles reportados por participantes de estudos anteriores sobre a associação entre religiosidade e ajustamento psicológico e outros resultados de saúde (e.g., Hafizi et al., 2016; Koenig et al., 2015), e à semelhança dos níveis de religiosidade reportados num estudo anteriormente realizado em Portugal com pessoas com cancro (Martins et al., 2019). Denominação religiosa, religião e religiosidade podem constituir-se como aspetos culturais das pessoas portuguesas com dor crónica, mais do que como aspetos centrais da vida da pessoa imbuídos de significado e recursos para a vida. Assim, é possível que os participantes deste estudo, ao contrário daqueles de outros estudos anteriormente realizados em outros países e culturas, se socorram de outros recursos e estratégias quando confrontados com a experiência de dor crónica. Em linha com esta hipótese explicativa, Büssing e colaboradores sugerem que o papel da religiosidade, na sua relação com a dor e com a doença, é dependente da cultura, do contexto e das circunstâncias (Büssing et al., 2007).

Este estudo apresenta várias limitações que devem ser tidas em consideração aquando da interpretação dos seus resultados. Primeiramente, este estudo tem uma natureza observacional e transversal, o que impossibilita retirar conclusões acerca de eventuais relações causais entre as variáveis do estudo. Sugere-se a realização de estudos longitudinais que permitam aferir a natureza causal da relação entre resiliência e bem-estar subjetivo na população deste estudo. Outra limitação

deste estudo é o facto de ter uma amostra não probabilística por conveniência. A natureza do processo de amostragem não garante a representatividade da amostra, o que obstaculiza a generalização dos resultados deste estudo para a população do estudo. O tamanho reduzido da amostra do estudo (93 participantes) pode, como acima já se referiu, aumentar a probabilidade de erro de tipo II, isto é, não detetar um efeito significativo quando na existência de um efeito estatisticamente significativo na população do estudo. Assim, é possível que a não deteção de uma associação estatisticamente significativa entre religiosidade e bem-estar subjetivo, e um efeito preditor estatisticamente significativo da religiosidade na resiliência se possa dever ao tamanho reduzido da amostra e não à inexistência de tal associação e efeito. O número reduzido de participantes impossibilitou ainda a realização de análise de mediação para avaliar o efeito mediador da resiliência na relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo. Uma tal análise teria contribuído para testar a hipótese de que a resiliência é um dos mecanismos de auto-regulação emocional que poderá explicar uma eventual relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo. Assim, no futuro os investigadores deveriam considerar a replicação deste estudo em amostras maiores e representativas da população, bem assim como realizar a análise de mediação acima identificada. A homogeneidade da amostra, composta maioritariamente por mulheres, também poderá ter afetado a representatividade da amostra. Apesar de ser um aspeto difícil de superar/controlar, tendo em conta que a dor crónica é mais prevalente em mulheres comparativamente aos homens (Vieira et al., 2012), investigações futuras deverão encontrar amostras mais alargadas, diversificadas e equilibradas de forma a possibilitar uma maior generalização dos resultados para a população do estudo.

Apesar das limitações do estudo, os resultados permitem concluir que a resiliência, mas não a religiosidade, parece desempenhar um papel relevante no bem-estar subjetivo de pessoas com dor crónica, podendo constituir-se como fator protetor nesta população. Ainda que a religiosidade possa apresentar uma associação positiva com a resiliência, esta associação é fraca. Os resultados deste estudo não permitem corroborar a hipótese de que existe uma associação positiva entre religiosidade e bem-estar subjetivo, e de que esta relação seja explicada por uma associação positiva entre a religiosidade e a resiliência. Futuras investigações deverão replicar este estudo com amostras grandes e representativas da população do estudo. Dada a relevância da resiliência enquanto preditor de afeto positivo em pessoas com dor crónica, os clínicos deveriam promover a resiliência em sede de intervenção multidisciplinar ou psicossocial dirigida a pessoas com dor crónica.

## AGRADECIMENTOS

AFV recebeu uma bolsa de pós-doutoramento concedida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/ BPD/121452/2016).

## REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y.-J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(1), 9–21. <https://doi.org/10.1037/a0034416>
- Andersson, G. (2008). Chronic pain and praying to a higher power: Useful or useless? *Journal of Religion and Health*, 47(2), 176–187. <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9148-8>
- Avgoulas, M. I., & Fanany, R. (2013). Religion as a means of resilience and adjustment to chronic illness. *International journal of health, wellness and society*, 2(2), 45-52. <https://doi.org/10.18848/2156-8960/CGP/v02i02/41185>

- 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.10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., & Torta, R. (2016). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care, 25*(6), 961–969. <https://doi.10.1111/ecc.12360>
- 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.10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Büssing, A., Abu-Hassan, W. M., Matthiessen, P. F., & Ostermann, T. (2007). Spirituality, religiosity and dealing with illness in arabic and german patients. *Saudi Medical Journal, 28*, 22–31. <https://doi.10.1111/j.2042-7166.2006.tb04728.x>
- Büssing, A., Franczak, K., & Surzykiewicz, J. (2014). Frequency of spiritual/religious practices in polish patients with chronic diseases: Validation of the polish version of the SpREUK-P questionnaire. *Religions, 5*(2), 459–476. <https://doi.10.3390/rel5020459>
- Büssing, A., Janko, A., Baumann, K., Hvidt, N. C., & Kopf, A. (2013). Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. *Pain Medicine, 14*(9), 1362–1373. <https://doi.10.1111/pme.12198>
- Büssing, A., & Koenig, H. G. (2008). The benefit through spirituality/religiosity Scale—A 6-item measure for use in health outcome studies. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 38*(4), 493–506. <https://doi.10.2190/PM.38.4.h>
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H.-J., Grünther, R.-A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A. M., & Matthiessen, P. F. (2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine, 10*(2), 327–339. <https://doi.10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.10.1002/da.10113>
- Cooper-Effa, M., Blount, W., Kaslow, N., Rothenberg, R., & Eckman, J. (2001). Role of spirituality in patients with sickle cell disease. *The Journal of the American Board of Family Practice, 14*(2), 116–122. <https://doi.org/10.1177/0898010115619055>
- Davidson, J. R. T. (2020). *Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual* (Unpublished manuscript). Retrieved from [www.cdrisc.com](http://www.cdrisc.com)
- Dunn, K. (2004). Toward a middle range theory of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly, 17*(1), 78–84. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318403260474>
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain, 17*(9), 70–92. <https://doi.10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Faria, J., & Ribeiro, M. T. (2008). *Tradução e adaptação da CD RISC à população portuguesa* (Trabalho não publicado). Faculdade de Psicologia de Lisboa.
- Ferreira-Valente, A., Damião, C., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. P. (2019). The role of spirituality in pain, function, and coping in individuals with chronic pain. *Pain Medicine, 0*(0), 1–10. <https://doi.10.1093/pm/pnz092>
- Ferreira-Valente, A. & Pereira, M. A. (in press). Espiritualidade, religião e religiosidade em psicologia da saúde. In Leal, I. & Pais-Ribeiro, J. L. (Coord.), *Manual de psicologia da saúde*. Pactor Editora.
- Ferreira-Valente, A., Sharmam, S., Torres, S., Smothers, Z., Pais-Ribeiro, J., Abbott, J. H., & Jensen, M. P. (2019). Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping

- in patients with chronic pain? A systematic review. *Journal of religion and health*, 1-55. <https://doi.10.1007/s10943-019-00914-7>
- Freitas, T. H., Hyphantis, T. N., Andreoulakis, E., Quevedo, J., Miranda, H. L., Alves, G. S., Souza, M., Braga, L., Pargament, K., Soczynska, J., McIntyre, R., & Carvalho, A. F. (2015). Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(3), 219–227. <https://doi.10.1590/1516-4446-2014-1507>.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da positive and negative affect schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219–227. <https://doi.10.14417/ap.84>
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *American Psychologist*, 69(2), 119 - 130. <https://doi.10.1037/a0035514>
- 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>
- Glover-Graf, N., Marini, I., Baker, J., & Buck, T. (2007). Religious and spiritual beliefs and practices of persons with chronic pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(1), 21–33. <https://doi.10.1177/00343552070510010501>
- Hafizi, S., Tabatabaei, D., Memari, A. H., Saghadzadeh, A., & Koenig, H. G. (2016). Belief into action scale: Psychometric properties of the farsi version. *Mental Health, Religion & Culture*, 19(5), 440–447. <https://doi.10.1080/13674676.2016.1162146>
- Harrison, M. O., Edwards, C. L., Koenig, H. G., Bosworth, H. B., Decastro, L., & Wood, M. (2005). Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 250–257. <https://doi.10.1097/01.nmd.0000158375.73779.50>
- International Association for the Study of Pain (2020). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
- Jim, H. S. L., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760–3768. <https://doi.10.1002/cncr.29353>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª edição). Report Number, Lda.
- Kasen, S., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychological Medicine*, 42(3), 509–519. <https://doi.10.1017/S0033291711001516>
- Kim, D., & Kawachi, I. (2006). A multilevel analysis of key forms of community- and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the united states. *Journal of Urban Health*, 83(5), 813–826. <https://doi.10.1007/s11524-006-9082-1>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–33. <https://doi.10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(1), 352–359. <https://doi.org/10.1345/aph.10215>
- Koenig, H. G., Nelson, B., Shaw, S. F., Zaben, F. A., Wang, Z., & Saxena, S. (2015). Belief into action scale: A brief but comprehensive measure of religious commitment. *Open Journal of Psychiatry*, 05(01), 66–77. <https://doi.10.4236/ojpsych.2015.51010>
- Koenig, H., Wang, Z., Al Zaben, F., & Adi, A. (2015). Belief into action scale: A comprehensive and sensitive measure of religious involvement. *Religions*, 6(3), 1006–1016. <https://doi.10.3390/rel6031006>

- Krause, N. (2010). God-Mediated Control and Change in Self-Rated Health. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20(4), 267–287. <https://doi.10.1080/10508619.2010.507695>
- Krikorian, A., Limonero, J. T., Román, J. P., Vargas, J. J., & Palacio, C. (2014). Predictors of suffering in advanced cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 31(5), 534–542. <https://doi.10.1177/1049909113494092>
- Kroska, E. B. (2016). A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: The paradox of chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 13(1), 43–58. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.011>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Margaça, C., & Rodrigues, D. (2019). Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: Uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(2), 150–157. <https://doi.10.22409/1984-0292/v31i2/5690>
- Martins, H., Caldeira, S., Dias Domingues, T., Vieira, M., & Koenig, H. G. (2019). Validation of the belief into action scale (BIAC) in portuguese cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Holistic Nursing*, 1-12. <https://doi.10.1177/0898010119879531>
- Masters, K. S., & Spielmans, G. I. (2007). Prayer and health: Review, meta-analysis, and research agenda. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 329–338. <https://doi.10.1007/s10865-007-9106-7>
- Morlion, B., Coluzzi, F., Aldington, D., Kocot-Kepska, M., Pergolizzi, J., Mangas, A. C., Ahlbeck, K., & Kalso, E. (2018). Pain chronification: What should a non-pain medicine specialist know? *Current Medical Research and Opinion*, 34(7), 1169–1178. <https://doi.10.1080/03007995.2018.1449738>
- Musich, S., Wang, S. S., Slindee, L., Kraemer, S., & Yeh, C. S. (2019). Association of resilience and social networks with pain outcomes among older adults. *Population Health Management*, 22(6), 511–521. <https://doi.10.1089/pop.2018.0199>
- Pargament, K. I., & Cummings, J. (2010). Anchored by faith: Religion as a resilience factor. In: J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 193–210). The Guilford Press.
- Park, C. L., Edmondson, D., Hale-Smith, A., & Blank, T. O. (2009). Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: Does faith promote a healthier lifestyle? *Journal of Behavioral Medicine*, 32(6), 582–591. <https://doi.10.1007/s10865-009-9223-6>
- Rashiq, S., & Dick, B. D. (2009). Factors associated with chronic noncancer pain in the canadian population. *Pain Research and Management*, 14(6), 454–460. <https://doi.10.1155/2009/919628>
- Reis, L. A. dos, & Menezes, T. M. de O. (2017). Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 761–766. <https://doi.10.1590/0034-7167-2016-0630>
- Rippentrop, E. A., Altmair, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311–321. <https://doi.10.1016/j.pain.2005.05.008>
- Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Ockene, J. K., Schnall, E., Crawford, S., Granek, I., Manson, J., Ockene, I., O’Sullivan, M. J., Powell, L., & Rapp, S. (2011). Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: The women’s health initiative. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(5), 360–371. <https://doi.10.1007/s10865-011-9322-z>
- Souza, I., Vasconcelos, A. G. G., Caumo, W., & Baptista, A. F. (2017). Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), 1–11. <https://doi.10.1590/0102-311x00146915>
- Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Ødegård, S., Uhlig, T., & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain—Negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 477–484. <https://doi.10.1016/j.jpsychores.2005.08.010>
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Current Pain*

- and Headache Reports*, 17(3), 317. <https://doi.10.1007/s11916-012-0317-4>
- Taylor, L. E. V., Stotts, N. A., Humphreys, J., Treadwell, M. J., & Miaskowski, C. (2013). A biopsychosocial-spiritual model of chronic pain in adults with sickle cell disease. *Pain Management Nursing*, 14(4), 287–301. <https://doi.10.1016/j.pmn.2011.06.003>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: D. C. Turk & R. J. Gatchel (Ed.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 3–30). Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.10.1037/0022-006X.70.3.678>
- Vieira, É. B. M., Garcia, J. B. S., Silva, A. A. M., Araújo, R. L. T. M., Jansen, R. C. S., & Bertrand, A. L. X. (2012). Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes? *Cadernos de Saúde Pública*, 28(8), 1459–1467. <https://doi.10.1590/s0102-311x2012000800005>
- Wachholtz, A. B., Fitch, C. E., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). A comprehensive approach to the patient at end of life: Assessment of multidimensional suffering. *Southern Medical Journal*, 109(4), 200–206. <https://doi.10.14423/SMJ.0000000000000439>
- Wachholtz, A. B. & Pearce, M. J. (2009). Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? *Current Pain and Headache Reports*, 13(2), 127–132. <https://doi.10.1007/s11916-009-0022-0>
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 311–318. <https://doi.10.1007/s10865-007-9114-7>
- Watson, D., Anna, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.10.1037//0022-3514.54.6.1063>