

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Psiquiatria e dor crónica: interseção

Ana Manuela Moreira Azevedo

M

2021



PSIQUIATRIA E DOR CRÓNICA: INTERSEÇÃO

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Ana Manuela Moreira Azevedo

Ana Manuela Moreira Azevedo

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: ana7azevedo@gmail.com

Orientador: Maria Alice Soares Lopes

Maria Alice Soares Lopes

Professora Catedrática Convidada do ICBAS- UP

Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Psiquiatria – Centro Hospitalar Universitário Porto /

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde

Endereço: Rua do Rosário, 426 1ºET 4430-213

Coorientador: Maria Margarida Pinheiro da Silva Branco

Mª Margarida Pinheiro da Silva Branco

Psicóloga Clínica - Centro Hospitalar Universitário Porto / Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental –

Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde

Porto, 12 de julho de 2021

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Dra. Alice Lopes, minha orientadora, e à Dra. Margarida Branco, coorientadora, por terem aceitado fazer parte deste projeto e por todo o apoio e confiança durante a realização do mesmo.

Resumo

A dor crónica tornou-se um dos maiores motivos de procura dos cuidados de saúde primários. Está associada à diminuição de qualidade de vida e ao aumento de incapacidade, afetando cerca de 10 a 52% da população mundial e 36,7% da população portuguesa adulta. Constitui um grave problema de saúde pública, dada a sua prevalência e consequências físicas, psicológicas, familiares, sociais e profissionais. Adicionalmente, tem um grande impacto económico na sociedade.

Este trabalho propõe-se fazer uma revisão bibliográfica sobre este tema, destinada a obter uma compilação estruturada do conhecimento disponível à data. Optou-se por fazer uma análise detalhada e cuidadosa da evolução dos conhecimentos na área, nos últimos 10 anos. Esta tem sido uma área em crescente evolução, nomeadamente nos aspetos de interseção dor crónica/psiquiatria.

Procura-se também identificar e explorar quais os fatores determinantes neste contexto, tais como: 1) dificuldades em realizar um diagnóstico correto; 2) terapêutica adequada. Pretende dar-se ênfase ao tratamento multidisciplinar que tem vindo a ser preconizado e sustentado pela prática clínica. São, também, abordadas, patologias psiquiátricas frequentemente associadas com a dor crónica, como ansiedade e depressão.

Realizou-se uma pesquisa de artigos científicos relevantes nas bases de dados on-line *PubMed*, *ScienceDirect* e *Cochrane*, onde foram introduzidas, individualmente ou em combinação, e em língua inglesa, as seguintes palavras-chave (*MeSH*): *Chronic pain; psychiatry; psychology; psychopathology; psychological symptoms; mental health; pain management; depression; anxiety; insomnia; multidisciplinary*.

A dor crónica que não responde ao tratamento habitual tem inúmeras repercussões não só no doente como também na família e cuidadores. Estas repercussões incluem o sofrimento psicológico, isolamento social, perda de emprego e diminuição da qualidade de vida.

Concluindo, há que considerar, também, a existência de uma síndrome com repercussões psicossociais e um distúrbio psiquiátrico em que o sintoma mais importante é físico e que pode estar associado a outras patologias psiquiátricas. Estes doentes muitas vezes despendem anos à procura de ajuda, o que traz várias implicações da dor na vida da pessoa e o sofrimento pela vivência de vários anos com uma condição crónica. Torna-se um desafio ajudar estes doentes que, em última linha, são encaminhados para as unidades de dor. Frequentemente são orientados tardiamente e com expectativas muito elevadas de resolver a dor, sendo muito complicado para os profissionais gerirem toda a complexidade da patologia.

Abstract

Chronic pain has become one of the biggest reasons to seek primary health care. It is associated with decreased quality of life and increased disability affecting about 10 to 52% of the world population and, 36.7% of the Portuguese adult population. Therefore, it is considered a serious public health problem, given its prevalence and physical, psychological, familiar, social, and professional outcomes. Additionally, it has a tremendous economic impact on society.

The purpose of this work is to carry out a bibliographical review on this topic, aiming to obtain a structured compilation of the information available to date. For that, it was performed detailed and careful analysis of the progression of knowledge in the area over the last 10 years. It has been an expanding area, in particular on the aspects of the intersection of chronic pain/psychiatry.

Moreover, this work seeks to identify and exploit which are the determining factors in this context, such as: 1) difficulties in terms of correct diagnosis; 2) proper therapy. It intends to emphasize the multidisciplinary treatment that has been advocated and supported by clinical practice. Psychiatric pathologies, such as depression, anxiety, very often associated with chronic pain, are also addressed.

A search for relevant published scientific work was carried out in the online databases PubMed, ScienceDirect and Cochrane, where the following keywords (MeSH) were introduced, individually or in combination and in English: Chronic pain; psychiatry; psychology; psychopathology; psychological symptoms; mental health; pain management; depression; anxiety; insomnia; multidisciplinary.

Chronic pain that does not respond to the usual treatment itself has countless repercussions, not only for the patient but also on the family and caregivers. The consequences of chronic pain include psychological distress, social isolation, unemployment, and loss of quality of life.

In conclusion, it must be considered a syndrome with psychosocial repercussions and a psychiatric disorder in which the most important symptom is physical but psychiatric pathologies may be associated. These patients often spend years looking for help, which brings numerous implications to the person's life and suffering from living with a chronic condition for several years. It becomes a challenge to help these patients who are finally referred to pain units. They are often delayed, and with very high expectations of resolving the pain, making it very difficult for professionals to manage the complexity of the pathology.

Lista de Abreviaturas

IASP - International Association for the Study of Pain

DSM-5 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

OMS - Organização Mundial de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças (CID-11)

NIDA - National Institute on Drug Abuse

ADT - Antidepressivos tricíclicos

SNRI - Inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina

Índice

Introdução	1
Objetivos.....	3
Metodologia	4
Resultados	5
Definição de dor crónica	5
Dor e psicopatologia	8
Dor crónica e depressão.....	8
Dor crónica e ansiedade.....	10
Dor crónica e Perturbações do sono.....	11
O papel dos profissionais de saúde mental na abordagem do doente com dor	12
Tratamento de dor crónica	14
Conclusões.....	16
Bibliografia.....	17

INTRODUÇÃO

A dor crónica é um dos maiores motivos de procura dos cuidados de saúde primários ^{1 2}. Está associada à diminuição de qualidade de vida e aumento de incapacidade, sendo atualmente uma questão de grande importância nos cuidados de saúde ³.

A dor crónica afeta cerca de 10 a 52% da população mundial ⁴, estando presente em 36,7% da população portuguesa adulta, pelo que é considerada uma condição médica considerada como um grave problema de saúde pública, dada a sua prevalência e consequências físicas, psicológicas, familiares, sociais e profissionais ⁵.

Possui também um grande impacto económico, causando um aumento significativo de gastos com a saúde, associado ao aumento do consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico e fármacos ⁶. Um estudo realizado na população portuguesa, reporta que o custo anual total por pessoa com dor crónica é 1883€, valor este que, provavelmente está subestimado ⁷. Devido à sua crescente prevalência, preocupação de saúde pública e socioeconómica, a Direção Geral de Saúde estabeleceu através da circular normativa nº9/DGCG (14/06/2003), a dor como quinto sinal vital ⁸. Este avanço expõe a relevância da dor, sistematizando a sua avaliação e registo. A Associação Internacional para o estudo da Dor - *International Association for the Study of Pain (IASP)* - defende a atual definição: “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos desta lesão”. Consiste numa experiência não só física, como emocional. A incapacidade de a comunicar verbalmente não anula a possibilidade de que um indivíduo experiencie dor e que necessite de um tratamento adequado da mesma. A dor é sempre subjetiva, pelo que é necessário entender a sua fisiopatologia mas é ainda mais importante entender o sofrimento que a dor causa ⁹.

A dor crónica é definida pela IASP como uma dor recorrente que persiste além do tempo de cura normal e com duração superior a 3 meses ¹⁰.

No *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, o Distúrbio somatoforme de dor é definido como um distúrbio caracterizado por dor crónica que não aparenta estar relacionada com nenhum distúrbio físico ou psiquiátrico em particular ¹¹. O DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th ed.*) menciona a interligação de aspetos físicos e psicológicos com dor crónica ¹². Pode haver nesta entidade uma relação com depressão, ansiedade, distúrbio de pânico, distúrbio de stress pós-traumático e outros distúrbios somatoformes ^{12 13}.

A dor aguda informa sobre a possibilidade de ferimentos ou doenças, enquanto que a dor crónica ou persistente não beneficia a pessoa ¹⁴. Apesar de não existir uma definição única de dor crónica, muitas vezes é avaliada como uma dor sem valor biológico objetivável, que persiste além de 3

meses⁹. A dor crónica que não responde ao tratamento habitual tem inúmeras repercussões não só no doente, como também na família e cuidadores. A forma como estes e as pessoas do núcleo de apoio do doente veem a dor pode, também, influenciar a perceção de dor pelo doente e a sua resposta ao tratamento¹⁵. As repercussões da dor crónica incluem o sofrimento psicológico, isolamento social, perda de emprego e de qualidade de vida^{17 16 6}.

Na dor crónica, há que considerar a existência de uma síndrome que tem repercussões psicossociais, de um distúrbio psiquiátrico em que o sintoma mais importante é físico, a dor crónica, e uma síndrome que pode estar associada a outras patologias psiquiátricas e sintomas psicopatológicos^{18 13 6 19}.

Por conseguinte, estes doentes muitas vezes despendem anos à procura de ajuda, o que traz várias implicações na vida da pessoa e o sofrimento pela vivência de vários anos com uma condição crónica¹⁷. Torna-se um desafio ajudar estes doentes que, por vezes só tardiamente, são encaminhados para as unidades de dor⁹. Frequentemente são orientados passados anos e com expectativas de resolução da dor muito elevadas, sendo muito complicado para os profissionais gerirem toda a complexidade que está implicada nesta patologia^{20 15}.

OBJETIVOS

Tendo em conta a interseção/sobreposição da síndrome de dor crónica e a saúde mental, é de interesse determinar o papel e a forma como são integradas as questões psiquiátricas no tratamento da síndrome de dor crónica.

Este trabalho propõe-se fazer uma revisão bibliográfica sobre este tema, destinada a obter uma compilação estruturada do conhecimento disponível à data. Optou-se por fazer uma análise detalhada e cuidadosa da evolução dos conhecimentos na área dos últimos 10 anos. Esta tem sido uma área em crescente evolução, nomeadamente nos aspetos de interseção dor crónica/psiquiatria.

Procura-se também identificar e explorar quais os fatores determinantes neste contexto, tais como: 1) dificuldades a nível de diagnóstico correto; 2) terapêutica adequada. Adicionalmente, pretende-se enfatizar o tratamento multidisciplinar que tem vindo a ser preconizado e sustentado pela prática clínica.

Abordam-se também as patologias psiquiátricas, como depressão e ansiedade, muito frequentemente associadas a dor crónica.

Será assim possível compreender mais aprofundadamente quais as melhores abordagens, tanto a nível diagnóstico como em contexto de tratamento multidisciplinar que possam melhor beneficiar o doente.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica da literatura no âmbito de dor crónica e Psiquiatria.

Realizou-se uma pesquisa de artigos científicos nas bases de dados on-line *PubMed*, *ScienceDirect* e *Cochrane*, onde foram introduzidas, individualmente ou em combinação, e em língua inglesa, as seguintes palavras-chave (*MeSH*): *Chronic pain; psychiatry; psychology; psychopathology; psychological symptoms; mental health; pain management; depression; anxiety; insomnia; multidisciplinary*. Foram incluídos artigos publicados em inglês e português, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2020, totalizando um total de 4358 resultados na amostra inicial.

Aos critérios de inclusão obrigatórios foram acrescentados *Journal article*, revisões sistemáticas, revisões e meta-análises.

Relativamente a critérios de exclusão, foram retirados artigos referentes a população em idade pediátrica (<18 anos), por causa das particularidades desta população, reduzindo a amostra inicial para 4080 resultados.

Como o foco da presente revisão não é o tratamento da dor crónica, e dado que muitos artigos se baseavam na abordagem terapêutica da dor, foram excluídos da amostra, totalizando uma amostra com 914 artigos. Devido à sua especificidade também não foram incluídos artigos referentes a fibromialgia, síndrome do intestino irritável, síndrome da bexiga dolorosa, distúrbio temporomandibular e síndrome doloroso regional complexo tipo 1, restando 792 resultados.

Tendo em conta o elevado número de artigos, optou-se por selecionar apenas artigos publicados em revistas científicas com fator de impacto igual ou superior a 3,4, totalizando a amostra final um total de 114 artigos. Foram selecionados os artigos considerados mais relevantes para esta revisão bibliográfica, tendo por base os respetivos títulos e abstracts. Foram encontradas um total de 74 referências para a elaboração desta dissertação, que incluíram também artigos selecionados através das ferramentas disponíveis na base de dados, sites e livros, devido à relevância do conteúdo exposto nos mesmos.

RESULTADOS

DEFINIÇÃO DE DOR CRÓNICA

Tal como foi estabelecido pela Associação Internacional para o estudo da Dor (IASP), esta considera a atual definição: “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos desta lesão”. A dor crónica é definida pela IASP como uma dor recorrente que persiste além do tempo de cura normal e com duração superior a 3 meses ¹⁰.

Surgiu, entretanto, a necessidade de dividir a dor conforme o seu mecanismo, nomeadamente, dor nociceptiva, dor neuropática e dor nociplástica ²¹.

A dor nociceptiva, resulta de atividade das vias neurais, secundária a um estímulo ou a um estímulo que possa danificar os tecidos. É a forma de dor mais comum de dor crónica ²¹.

A dor neuropática é caracterizada por dano ou doença do sistema nervoso somatossensorial. Seguidamente é descrita mais detalhadamente esta entidade ²¹.

A dor nociplástica é a dor que surge do anormal processamento dos sinais dolorosos, sem haver evidência de dano tecidual ou patologia no sistema somatossensorial ²¹.

A IASP, juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS), atualizaram a classificação para ser incluída na atualização da Classificação Internacional de Doenças (CID) CID-11 ¹⁰.

A nova caracterização de “dor crónica” divide-se em 7 grupos: dor crónica primária, dor crónica oncológica, dor crónica pós-cirurgia e pós-traumática, dor crónica neuropática, dor crónica de cabeça e orofacial, dor crónica visceral e dor crónica músculo-esquelética. Estas classificações não são obrigatoriamente mutuamente exclusivas, pelo que a mesma dor pode ter duas classificações¹⁰.

Dor crónica primária é uma dor em uma ou mais regiões anatómicas que para além persiste e ser recorrente por mais de 3 meses, é também associada a stress emocional ou incapacidade funcional significativa que não é melhor explicada por outra condição de dor crónica ¹⁰.

Dor crónica oncológica inclui toda a dor crónica causada especificamente por cancro (tumor primário ou metástases) e dor causada pelo tratamento (cirúrgico, quimioterapia, radioterapia, entre outros) ¹⁰.

Dor crónica pós-cirúrgica e pós-traumática é definida por dor que surge após um procedimento cirúrgico ou dano nos tecidos (envolvendo trauma, incluindo queimaduras) e que persiste pelo menos 3 meses após cirurgia ou trauma ^{22 10}.

Dor crónica neuropática é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. Pode ser espontânea ou provocada, correspondendo a uma resposta aumentada a um estímulo doloroso (hiperalgesia) ou uma resposta dolorosa a um estímulo não doloroso (alodínia). Para este

diagnóstico é necessário haver história de possível dano no sistema nervoso e ser demonstrado através de exames complementares de diagnóstico. A dor crónica neuropática pode ser dividida em periférica e central ¹⁰.

Dor crónica de cabeça e orofacial é definida por cefaleias ou dor orofacial que ocorre em 50% dos dias durante pelo menos 3 meses ¹⁰.

Dor crónica visceral é dor persistente ou recorrente que tem origem nos órgãos internos da cabeça, pescoço e cavidades torácica, abdominal e pélvica ¹⁰.

Dor crónica músculo-esquelética é definida por dor persistente ou recorrente diretamente correlacionada com ossos, articulações e tecidos moles. Esta categoria é limitada a dor nociceptiva pelo que não pode ter origem em dor de compressão neuropática ou dor somática referida ¹⁰.

Com a introdução do termo dor crónica primária como uma entidade diagnóstica, a classificação inclui, agora, várias condições que afetam um grande grupo de doentes com dor, que seriam previamente mal classificados relativamente à sua etiologia ¹⁰.

No âmbito da psiquiatria, a dor crónica é contemplada na perturbação de sintomas somáticos descrita no DSM-5. Esta entidade é caracterizada por sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas), em vez de ausência de uma explicação médica como previamente o DSM-IV descrevia as perturbações somatoformes ¹².

Os critérios diagnósticos, segundo o DSM-5 ¹², são os seguintes:

“A. Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.

B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:

- 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.*
- 2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.*
- 3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.*

C. Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses).

Especificar se:

Com dor predominante (anteriormente transtorno doloroso): Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.

Especificar se:

Persistente: Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, prejuízo marcante e longa duração (mais de seis meses).

Especificar a gravidade atual:

Leve: Apenas um dos sintomas especificados no Critério B é satisfeito.

Moderada: Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos.

Grave: Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos, além da presença”

DOR E PSICOPATOLOGIA

Os profissionais de saúde mental, neste caso, o psiquiatra e o psicólogo das equipas de dor têm um papel fundamental na realização do diagnóstico e no tratamento farmacológico mas também no não farmacológico (psicoterapia, psicoeducação, abordagens corporais) ^{9 23}. É extremamente importante a presença dos profissionais de saúde mental para que todas as patologias associadas sejam consideradas e devidamente avaliadas. Além disso, são membros imprescindíveis, atuando como facilitadores da relação médico-doente e, ainda, como suporte à equipa ^{20 15 16 13}.

DOR CRÓNICA E DEPRESSÃO

A prevalência de doentes com dor crónica e patologia depressiva varia desde 2% a 61% ^{1 24 13 6}. A relação entre dor crónica e depressão é complexa ^{25 26 15 13}. Nas últimas décadas, os investigadores têm discutido se a dor crónica é uma manifestação somática de depressão, uma perturbação provocada pela depressão ou uma patologia que provoca depressão ^{25 27 28}. Vários estudos relatam a associação entre depressão e dor crónica ^{1 6 13 25 29 30}.

Segundo a CID-11, as perturbações depressivas são caracterizadas por humor depressivo (tristeza, irritabilidade, sensação de vazio) ou perda de prazer acompanhada por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que afetam significativamente a capacidade funcional de um indivíduo. Uma perturbação depressiva não deve ser diagnosticada em indivíduos que já experienciaram um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco, o que indica uma perturbação bipolar³¹.

Tendo em conta que, vários estudos de neuroimagem demonstraram que certas regiões do cérebro ativadas por estímulos nociceptivos são as mesmas que são responsáveis pela depressão, torna racional o uso de antidepressivos no tratamento da dor ^{32 13 33 17 34}. O modelo neurobiológico da Matriz da Dor, proposto por Garcia-Larrea e Peyron, conceptualiza 3 níveis de integração de áreas e circuitos cerebrais envolvidos na dor ^{32 13}.

Este modelo assenta na conexão entre os três níveis:

O primeiro nível refere-se à ativação nociceptiva do feixe espinotalâmico, que abrange os neurónios do corno dorsal da medula espinhal com projeções axonais que terminam no tálamo posterior. Os estímulos nociceptivos são então submetidos a um processo de segundo nível no córtex cingulado anterior, na ínsula, no córtex pré-frontal e no córtex parietal posterior. Neste processo, os estímulos nociceptivos são sujeitos a modulação atencional e cognitiva e transformados em respostas somáticas ou “vegetativas”. A perceção e modulação da dor é posteriormente “reavaliada”, pelo

contexto emocional dos estímulos e ainda individualizada por fatores psicológicos que, juntos, se unem na formação da memória. As estruturas neuronais implicadas neste terceiro nível incluem as regiões do córtex orbitofrontal, córtex cingulado anterior e córtex pré-frontal ântero-lateral. As regiões do cérebro que são responsáveis pelo segundo e terceiro níveis interagem com os diferentes feixes descendentes da medula espinhal, resultando na modulação inibitória ou facilitadora da entrada de estímulos nociceptivos originando um processo denominado controlo descendente ^{32 13} .

A frequente coocorrência de dor crónica e perturbações depressivas reflete também que para além de um modelo neurobiológico compartilhado, os fatores de risco são semelhantes. Num estudo de base populacional envolvendo 845 adultos, os participantes do estudo com dor incapacitante lombar ou do pescoço tinham 2 a 2,5 vezes mais probabilidade de ter episódio depressivo após 6 a 12 meses do que indivíduos sem dor na coluna vertebral ^{35 13} . Por outro lado, indivíduos sem dor, mas, com sintomas depressivos graves (n = 790) tiveram 4 vezes mais probabilidade de desenvolver dor no pescoço ou lombar após 6 a 12 meses do que indivíduos com poucos sintomas depressivos ^{36 13} . Mais especificamente, a taxa de dor no pescoço ou lombar aumentou 4% para cada ponto de gravidade dos sintomas depressivos ^{36 13} . Ainda noutra estudo de base populacional envolvendo 118533 indivíduos, os participantes do estudo com dor crónica lombar foram 6 vezes mais propensos a desenvolver um quadro depressivo do que os participantes sem dor ^{37 13} . Contudo, indivíduos sem dor posteriormente diagnosticados com depressão eram aproximadamente 3 vezes mais propensos a desenvolver dor crónica lombar do que indivíduos sem história de depressão ^{38 13} . Além disso, quanto mais grave a perturbação depressiva, maior a gravidade da dor ^{37 13} . Agrupando a informação anterior, estes estudos sugerem que existe uma relação bidirecional entre dor crónica lombar e perturbação depressiva, na qual a dor lombar é um fator de risco para a depressão e a depressão é um fator de risco para a dor lombar. Adicionalmente, sugerem que a relação bidirecional é afetada, em parte, por um efeito dose-resposta entre a intensidade da dor e a gravidade dos sintomas depressivos ^{38 35 36 37 13} .

Alguns estudos sugerem que o tratamento da depressão está associado a um pequeno efeito positivo nos resultados clínicos e sociais para doentes com dor crónica e depressão ^{28 13} . Especificamente, receber qualquer tratamento para a depressão está associado a melhor saúde mental e menos interferência da dor no trabalho nos doentes com depressão e dor crónica ^{24 27 26} . Um estudo recente apresentou uma elevada prevalência de patologia depressiva também entre os doentes com dor crónica neuropática. Denotou-se a complexidade associada aos diferentes componentes da dor neuropática, bem como o seu impacto negativo na qualidade de vida. Este estudo sugere que na prática clínica, quando notamos uma alteração significativa da qualidade de vida do doente com dor crónica neuropática, não devemos atribuí-la exclusivamente à sua dor ou

patologia subjacente, mas procurar averiguar sobre a existência de patologia depressiva que possa ter provocado este agravamento. Sendo assim, *Cherif et al.* defendem que o rastreio de depressão deve ser parte integrante da avaliação inicial de dor crónica neuropática, tal como, a avaliação da qualidade de vida também deve fazer parte da gestão de qualquer doente com dor assim que o diagnóstico de dor crónica neuropática é realizado ³⁹.

Os resultados de *Sommer et al.*, realçam a importância da avaliação psiquiátrica e monitorização dos sintomas psicopatológicos no tratamento da dor crónica de forma a diminuir o risco de suicídio nestes doentes ⁴⁰. Em geral, é importante que tanto psiquiatras, como médicos de família ou outros médicos especialistas que se deparem com estes doentes, os inquiram diretamente sobre ideação suicida, mesmo na ausência de depressão ^{41 13 40}.

DOR CRÓNICA E ANSIEDADE

Nos vários tipos de dor crónica, a prevalência de perturbação ansiosa varia de 1% a 28% ^{13 42 41 43}. No estudo de *Sommer et al.*, a prevalência em indivíduos com Perturbação de Ansiedade Generalizada foi de 30,3%⁴⁰ e um outro estudo reportou prevalência de sintomatologia ansiosa associada de 31%⁴⁴.

De forma análoga à depressão, existe uma relação bidirecional entre a dor crónica e ansiedade. Algo que é particularmente evidente em indivíduos com enxaqueca. Em estudos de base populacional, os indivíduos com enxaqueca têm 2 a 3 vezes mais probabilidade de serem diagnosticados com Perturbação de Ansiedade Generalizada, perturbação de pânico, agorafobia ou Stress Pós Traumático do que indivíduos sem enxaqueca ^{45 13}. Por outro lado, os indivíduos com patologia ansiosa têm duas vezes mais probabilidade de desenvolver enxaqueca do que indivíduos sem perturbações de ansiedade ^{46 13}. As observações de estudos de neuroimagem funcional apoiam a relação bidirecional, sugerindo que as áreas cerebrais sobrepostas (o tálamo, o córtex pré-frontal e o córtex cingulado anterior) são ativadas por dor crónica e patologia ansiosa ^{47 48 49 13}. Vários estudos referem o desenvolvimento de dor crónica em indivíduos sujeitos a elevados níveis de stress, ou seja, ao expor o sistema nervoso central a elevados níveis de stress, aumenta o risco de desenvolvimento de processo de dor hiperálgica ^{13 29 42 50 51}.

Um estudo recente avaliou o impacto de dor crónica não oncológica em indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada. Os resultados sugerem que a prevalência simultânea de dor crónica e perturbação de ansiedade generalizada está associada a uma taxa maior de suicídio. Esta associação sugere que a dor crónica contribui para que os doentes com perturbação de ansiedade generalizada se sintam pressionados e, por vezes, levando ao suicídio ⁴⁰.

DOR CRÓNICA E PERTURBAÇÕES DO SONO

Existem várias perturbações/queixas do sono associadas à dor crónica. Em investigações efetuadas sobre as perturbações do sono em doentes com dor crónica constatou-se que a insónia é uma das perturbações mais frequentes no sono e uma das queixas mais comuns entre os indivíduos que sofrem de dor crónica^{29 52 19}. Cerca de 89% dos doentes relataram pelo menos uma queixa de sono e 53% dos doentes atendidos em clínicas de dor reportaram insónia clinicamente significativa num estudo de 2012⁵³. Esta questão suscitou interesse científico, tendo sido cada vez mais abordada, parecendo existir também aqui, uma relação bidirecional entre o sono e a dor^{52 54 55 19 23}.

Alguns estudos sugerem que de alguma forma a dor interfere no sono, ou seja, a privação / fragmentação do sono aumenta a dor. No entanto, a associação temporal entre ambos ainda não é completamente compreendida^{53 56}. Embora haja alguma evidência de que a dor e o sono têm uma relação recíproca, as alterações do sono são um melhor preditor de dor do que o inverso^{53 56}. Logo, a diminuição da dor não resulta necessariamente num sono com menos alterações (redução da insónia). Por outro lado, certos estudos preliminares sugerem que as terapias comportamentais do sono obtêm diminuição significativa da dor e melhor funcionalidade^{53 56}.

Também é conhecida a associação entre ansiedade e insónia. Muitas vezes, os doentes têm medo de dormir por antecipação, quando na realidade, reportam acordar sem dor e depois começam a sentir dor, ou seja, não é um estímulo doloroso que os acorda⁵⁷.

Num estudo de 2017 realizado em população idosa, os indivíduos que reportaram sofrer de insónia apresentaram uma probabilidade superior de ter dor crónica e, adicionalmente, com maior intensidade do que os que não reportaram insónia⁵⁵. De igual modo, em termos de custos médios totais de saúde, o valor associado a um indivíduo com insónia severa rondava os 8469€, ao passo que, o valor despendido por indivíduo sem insónia clinicamente significativa era cerca de 4345€⁵⁵. Portanto, existe uma associação entre insónia e baixa qualidade de vida relacionada com a saúde e aumento dos custos de saúde em idosos com dor crónica. Quanto mais grave e prevalente a insónia, maior a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida e o aumento dos custos de saúde para a sociedade^{29 55 19}.

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NA ABORDAGEM DO DOENTE COM DOR

O modelo biomédico tradicional de dor crónica, com a sua dualidade mente-corpo, é desatualizado pois não explica adequadamente a variação entre patologia objetiva, intensidade da dor e extensão da incapacidade. Também não esclarece a variabilidade da resposta ao tratamento dos doentes com o mesmo grau de patologia física e a persistência de dor na ausência de patologia detetável e após a recuperação do tecido ⁵⁸.

O médico procura ativamente tratar a doença subjacente ou aliviar a dor. O foco está na doença em vez de estar na pessoa com a doença. Naturalmente, o médico procura, primeiramente, a etiologia da dor para tratar o doente. Em casos mais complicados, muitas vezes há uma investigação exaustiva de causas médicas e tratamento farmacológico. Como são doentes difíceis de tratar e, não encontrando uma causa objetivável para a dor, os profissionais têm por vezes dificuldade na relação e podem desvalorizar as suas queixas considerando que já não podem fazer muito pelo doente²⁰. A frustração do médico pode por vezes fazer com que deixe de acreditar e deixe de validar as queixas do doente atribuindo tal situação à não adesão ao tratamento ou a não cooperação, à procura de atenção ou de medicamentos ou simplesmente encarando-os como simuladores ^{59 60}. O facto de o doente manter dor não significa que a dor não está a ser tratada e o doente a não fazer o tratamento prescrito. A pressuposição de que a dor pode ser psicogénica e o envio para o psiquiatra pode não ser aceite e causar sofrimento ao doente. Por um lado, estes podem pensar que os médicos desistiram deles e sentir que a sua dor não é compreendida, podendo até sentir-se culpados por a dor persistir, apesar do tratamento ^{61 62}. Por outro lado existe ainda o sentimento generalizado, que a referenciação ao psiquiatra é inaceitável pelo estigma que rodeia ainda a patologia mental e a ela está associado ^{20 3}.

Na realidade, ainda que o doente seja orientado para a psiquiatria, o médico deve continuar a seguir o doente. Assim, através de uma abordagem interdisciplinar, é possível que os doentes sejam ajudados no tratamento da sua dor e também recebam os cuidados de saúde mental o que diminui os sentimentos estigmatizantes que podem estar associados ao encaminhamento para a psiquiatria¹⁶.

Alguns doentes escolhem esconder totalmente sintomas depressivos por receio de que se os admitirem serão estigmatizados por terem uma perturbação psiquiátrica e que, de alguma forma, isso os torne “fracos” em relação à sociedade. Compreender e debater a associação entre crenças religiosas ou culturais e atitudes é um fator crucial em relação à saúde mental na abordagem do doente com dor ^{20 3}.

Interpretar a contribuição relativa das variáveis biológicas e psicológicas para as queixas de dor requer a avaliação por um psiquiatra com capacidade de avaliação biopsicossocial da dor^{58 20}. A frustração do doente provocada pela dor contínua tem impacto na incapacidade funcional e relacional que contribui para o surgimento de patologia psiquiátrica significativa^{62 63 60}.

A formação geral psiquiátrica torna o psiquiatra particularmente adequado para o tratamento da dor^{64 20}. Tradicionalmente, os psiquiatras e psicólogos veem os doentes de forma holística e adotam uma perspetiva biopsicossocial. Estes possuem as competências de comunicação e estão familiarizados com a terapêutica farmacológica da dor^{20 9}.

Tendo em conta o anteriormente referido, entende-se a importância do papel dos profissionais de saúde mental na avaliação da dor, na avaliação das variáveis intervenientes na dor e na análise dos fatores que podem influenciar a dor, nomeadamente, na adesão ao tratamento e efeitos do mesmo. Além do que referimos, os profissionais de saúde mental têm também como função, compreender os aspetos problemáticos do doente e, assim, estabelecer uma melhor abordagem delineando os objetivos de tratamento para cada doente em particular. Sempre que possível, também deve reavaliar a eficácia do tratamento e fazer as modificações necessárias ao plano^{20 9}.

Deste modo, os profissionais de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo) têm um papel fundamental nas equipas de dor na tomada de decisão diagnóstica e no tratamento (farmacológico, mas também não farmacológico através do acompanhamento psicológico, realçando a importância da relação entre o profissional de saúde mental e o doente)^{20 9}. Na avaliação de antecedentes psicossociais e psiquiátricos e avaliação do risco são também indispensáveis, tendo em conta a dor crónica como um fator de risco significativo para o suicídio^{65 41 66 67 13}.

Assim, depreende-se que é fulcral o acompanhamento multidisciplinar destes doentes, sendo que os profissionais de saúde mental são membros imprescindíveis, enquanto elementos nucleares integrados e em colaboração com a Unidade de Dor, atuando também como suporte à equipa^{58 20}

^{9 15 13 16}.

TRATAMENTO DE DOR CRÓNICA

O tratamento sintomático da dor crónica nem sempre é eficaz em todos os doentes. Uma possível explicação para tal é a existência de patologia psiquiátrica associada, nomeadamente depressão ou ansiedade, que poderá ter relação com a dor crónica e que, por sua vez, possa interferir com a eficácia da terapêutica se não for reconhecida e tratada ^{27 26 13 6}.

No modelo biopsicossocial, a dor é interpretada como um padrão interativo e dinâmico entre todos os fatores contribuintes, devendo integrar os fatores genéticos e história médica passada, juntamente com todas as variáveis físicas, psicossociais e comportamentais ⁶⁸. Outro aspeto importante a ter em conta é a necessidade de uma perspetiva longitudinal. Uma abordagem transversal só permitirá a consideração dos múltiplos fatores num ponto específico no tempo ^{58 68}.

O tratamento biopsicossocial não deve apenas abordar a base biológica dos sintomas, mas também abranger os vários fatores sociais e psicológicos que influenciam a dor, o sofrimento e a incapacidade. Portanto, o tratamento deve ser projetado não apenas para alterar contribuintes físicos, mas também para mudar os comportamentos do doente (exercício físico e psicoterapia) ⁶⁸.

Para isso, a equipa multidisciplinar pode ensinar ao doente técnicas para conquistar uma sensação de controlo sobre os efeitos da dor na sua vida, através de psicoterapia de forma a aprender a modificar as experiências afetivas, comportamentais, cognitivas e sensoriais associadas à dor ^{69 70}.

Na dor crónica é frequente o sofrimento psicológico. Este pode manifestar-se como ansiedade (preocupações excessivas, stress) ou depressão (sensação de desânimo, impotência perante a dor) ou outra patologia comórbida. É muito importante que este sofrimento seja identificado e tratado precocemente para que quadros de depressão e ansiedade não se estabeleçam ⁷⁰.

Uma revisão bibliográfica comparou o tratamento interdisciplinar ao tratamento sintomático nas diferentes variáveis demonstrando, respetivamente, as seguintes percentagens: no regresso ao trabalho 68% e 32%, na diminuição da dor 37% e 4%, na redução da medicação 63% e 21% e no aumento da atividade física 53% e 13% ⁶⁹.

Em 2014, o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) estimou que 26–36 milhões de pessoas abusariam de opióides em todo o mundo no ano seguinte. Estes fármacos provocam alterações químicas cerebrais que podem originar patologia de humor e de comportamento, além de alterar as funções fisiológicas ^{3 71}.

Infelizmente, as dificuldades em avaliar e tratar a dor levaram ao tratamento de uma enorme proporção de doentes com opióides, que controlam a dor, mas não a resolvem. Os opióides tendem a ser altamente aditivos e, por vezes, podem ser mal prescritos ^{3 71}.

Outros fármacos que parecem ter algum grau de evidência no tratamento da dor crónica, especificamente na dor neuropática, são os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (SNRI) ⁷² .

Os programas interdisciplinares de terapêutica da dor têm sido indicados como bastante eficazes no tratamento e nos custos associados ^{3 20 26} .

Numa revisão sistemática sobre terapia cognitivo-comportamental e dor cervical, a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor crónica cervical revelou ser estatisticamente semelhante, em termos de dor e incapacidade, a outros tipos de intervenções (medicação, educação, fisioterapia, terapia manual e exercícios). Referem, ainda, evidência de que a terapia cognitivo-comportamental foi melhor do que outras intervenções para reduzir o receio associado à mobilização do pescoço ⁷³ .

Alguns autores sugerem, ainda, que o tratamento da insónia deveria ser incluído no tratamento da dor crónica como um componente distinto dos tratamentos multidisciplinares, devido à sua relação direta com a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida e ao aumento dos custos de saúde para a sociedade ^{20 52 55} .

O tratamento da dor deve ter sempre múltiplas abordagens que terão de ser baseadas na relação empática com o doente: a dor tem que ser entendida e “ouvida”. Se o doente não se sentir compreendido e validado nas suas queixas os resultados terapêuticos poderão estar comprometidos ⁵⁷ .

CONCLUSÕES

Como conclusões podemos referir que:

1. A depressão, a ansiedade e as perturbações do sono são comorbilidades prevalentes na dor crónica frequentemente encontradas na prática clínica e estão associados a encargos financeiros, ocupacionais, psicológicos e sociais ^{65 30 46 13 55 16 23}.
2. Em circunstâncias de dor crónica complexa e incapacitante, vários estudos apoiam que os programas de intervenção interdisciplinar precoce reduzem os custos e o sofrimento ^{62 29 3 16 23}.
3. O plano de tratamento interdisciplinar envolve a coordenação e colaboração de profissionais de saúde, com o objetivo de aliviar os sintomas, aumentar a independência do doente, diminuir a incapacidade funcional, resolver comorbidades psicológicas que acompanham a dor e melhorar o impacto psicossocial. De uma perspetiva biopsicossocial, os profissionais de saúde mental (psiquiatra e psicólogo) devem desempenhar vários papéis importantes na avaliação, tratamento e abordagem ao doente com dor ^{62 20 42 73 74 17 70 23}.
4. O tratamento excessivo com opióides pode resultar em custos desnecessários, potencial sofrimento do doente, esgotamento de recursos e enfraquecimento da relação médico-doente ^{4 3 16 23}.
5. Os avanços na neurociência, epigenética e investigação da dor, incluindo perspetivas cognitivas, biológicas, psicológicas e genéticas, permitem, agora, uma melhor compreensão dos mecanismos neurobiológicos e comportamentais ^{32 29 3 17 23}.
6. A relação empática com o doente é de importância fundamental ⁵⁷.

Ainda assim, são necessários estudos adicionais no sentido de continuarem a desenvolver-se as estratégias mais eficazes possíveis para ajudar a identificar corretamente as pessoas em risco, melhorar a abordagem ao doente e obter o melhor tratamento para cada doente em particular com dor crónica ^{3 16 18 19 23 29 74}.

BIBLIOGRAFIA

1. Ohayon MM, Stangl JC. Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. *Journal of Psychiatric Research*. 2012 Apr 1;46(4):444–450.
2. Seal K, Becker W, Tighe J, Li Y, Rife T. Managing Chronic Pain in Primary Care: It Really Does Take a Village. *J Gen Intern Med*. 2017 Aug;32(8):931–934. PMID: PMC5515788
3. Bevers K, The University of Texas at Arlington, Texas, US, Watts L, The University of Texas at Arlington, Texas, US, Kishino ND, West Coast Spine Restoration Center, Riverside, California, US, Gatchel RJ, The University of Texas at Arlington, Texas, US. The Biopsychosocial Model of the Assessment, Prevention, and Treatment of Chronic Pain. *US Neurology*. 2016;12(02):98.
4. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Chronic pain and health services utilization: is there overuse of diagnostic tests and inequalities in nonpharmacologic treatment methods utilization? - PubMed. *Medical Care*. 2013 Oct;51(10):859–869.
5. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. Elsevier; 2012 Aug 1;13(8):773–783. PMID: 22858343
6. Fiegl S, Lahmann C, O'Rourke T, Probst T, Pieh C. Depression According to ICD-10 Clinical Interview vs. Depression According to the Epidemiologic Studies Depression Scale to Predict Pain Therapy Outcomes. *Front Psychol*. Frontiers; 2019;10.
7. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *Eur J Health Econ*. 2016 Jan 1;17(1):87–98.
8. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
9. Elman I, Zubieta J-K, Borsook D. The Missing P in Psychiatric Training: Why It Is Important to Teach Pain to Psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jan 3;68(1):12.
10. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang S-J. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun;156(6):1003–1007. PMID: PMC4450869
11. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry [Internet]. 7th ed. Oxford University Press; 2017 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <http://www.oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198747437.001.0001/med-9780198747437>
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
13. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016 Jul;91(7):955–970.

14. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry*. SAGE Publications Inc; 2015 Apr 1;60(4):160–167.
15. Williams DA. The Importance of Psychological Assessment in Chronic Pain. *Curr Opin Urol*. 2013 Nov;23(6):554–559. PMID: PMC4295636
16. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(1): S85–S90.
17. Malfliet A, Coppieters I, Wilgen PV, Kregel J, Pauw RD, Dolphens M, Ickmans K. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: A systematic review. *European Journal of Pain*. 2017;21(5):769–786.
18. Butler S, Jonzon B, Branting-Ekenbäck C, Wadell C, Farahmand B. Predictors of severe pain in a cohort of 5271 individuals with self-reported neuropathic pain. *Pain*. 2013 Jan;154(1):141–146.
19. Cao X, Chen Z, Wu L, Zhou J. Co-occurrence of chronic pain, depressive symptoms, and poor sleep quality in a health check-up population in China:A multicenter survey. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Feb 15; 281:792–798.
20. Leo RJ. *Clinical manual of pain management in psychiatry*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2007. p. 4–10; 67–69; 220–221.
21. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico J-A, Rice ASC, Rief W, Sluka AK. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*. 2016 Jul;157(7):1382–1386.
22. Althaus A, Arránz Becker O, Neugebauer E. Distinguishing between pain intensity and pain resolution: Using acute post-surgical pain trajectories to predict chronic post-surgical pain: Acute pain trajectories influence pain chronification. *EJP*. 2014 Apr;18(4):513–521.
23. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. 2021 May;397(10289):2082–2097.
24. Outcalt S, Kroenke K, Krebs E, Chumbler N, Wu J, Yu Z, Bair M. Chronic pain and comorbid mental health conditions: Independent associations of posttraumatic stress disorder and depression with pain, disability, and quality of life. *Journal of behavioral medicine*. 2015 Mar 19;38.
25. Morley S, de C. Williams AC, Black S. A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain*. 2002 Sep;99(1):289–298.
26. Dunne FJ. Depression and pain: is there a common pathway? 2011;4(1):2.
27. Farmer Teh C, Zaslavsky AM, Reynolds CF, Cleary PD. Effect of Depression Treatment on Chronic Pain Outcomes. *Psychosomatic Medicine*. 2010 Jan;72(1):61–67.
28. Burri A, Ogata S, Vehof J, Williams F. Chronic widespread pain: clinical comorbidities and psychological correlates. *Pain*. 2015 Aug;156(8):1458–1464.
29. Mundal I, Gråwe RW, Bjørngaard JH, Linaker OM, Fors EA. Psychosocial factors and risk of chronic widespread pain: An 11-year follow-up study—The HUNT study. *Pain*. 2014 Aug;155(8):1555–1561.

30. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 Dec;52(12):2136–2148. PMID: PMC3828510
31. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
32. Garcia-Larrea L, Peyron R. Pain matrices and neuropathic pain matrices: A review. *Pain*. 2013 Dec;154(Supplement 1):S29–S43.
33. Jiang Y, Oathes D, Hush J, Darnall B, Charvat M, Mackey S, Etkin A. Perturbed connectivity of the amygdala and its subregions with the central executive and default mode networks in chronic pain. *Pain*. 2016 Sep;157(9):1970–1978. PMID: PMC6647855
34. Niddam DM, Lee S-H, Su Y-T, Chan R-C. Brain structural changes in patients with chronic myofascial pain. *European Journal of Pain*. 2017;21(1):148–158.
35. Carroll LJ, Cassidy JD, Côté P. Factors associated with the onset of an episode of depressive symptoms in the general population. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003 Jul;56(7):651–658.
36. Carroll LJ, Cassidy DJ, Côté P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*. 2004 Jan;107(1):134–139.
37. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. 2004 Jan;107(1):54–60.
38. Currie SR, Wang J. More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic back pain. *Psychol Med*. 2005 Sep;35(9):1275–1282.
39. Cherif F, Zouari HG, Cherif W, Hadded M, Cheour M, Damak R. Depression Prevalence in Neuropathic Pain and Its Impact on the Quality of Life. *Pain Research and Management*. 2020 Jun 16; 2020:1–8.
40. Sommer JL, Blaney C, El-Gabalawy R. A population-based examination of suicidality in comorbid generalized anxiety disorder and chronic pain. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Oct 1; 257:562–567.
41. Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Sep;49(9):803–811.
42. Reme SE, Tangen T, Moe T, Eriksen HR. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*. 2011 Nov;15(10):1075–1080.
43. Søndergård S, Vaegter HB, Erlangsen A, Stenager E. Ten-year prevalence of mental disorders in patients presenting with chronic pain in secondary care: A register linkage cohort study. *Eur J Pain*. 2018 Feb;22(2):346–354.
44. Murphy LB, Sacks JJ, Brady TJ, Hootman JM, Chapman DP. Anxiety and depression among US adults with arthritis: Prevalence and correlates. *Arthritis Care & Research*. 2012;64(7):968–976.
45. Saunders K, Merikangas K, Low NCP, Korff MV, Kessler RC. Impact of comorbidity on headache-related disability. *Neurology*. 2008 Feb 12;70(7):538–547.

46. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Kessler RC, Tachimori H, Bunting B, Hu C, Florescu S, Haro JM, Lim CCW, Kovess-Masfety V, Levinson D, Mora MEM, Piazza M, Piotrowski P, Posada-Villa J, Khalaf MS, Have M ten, Xavier M, Scott KM. The Associations Between Preexisting Mental Disorders and Subsequent Onset of Chronic Headaches: A Worldwide Epidemiologic Perspective. *The Journal of Pain*. Elsevier; 2015 Jan 1;16(1):42–52. PMID: 25451620
47. Rosen SD, Paulesu E, Frith CD, Frackowiak RSJ, Davies GJ, Jones T, Camici PG. Central nervous pathways mediating angina pectoris. *The Lancet*. 1994 Jul;344(8916):147–150.
48. Hsieh J-C, Hannerz J, Ingvar M. Right-lateralised central processing for pain of nitroglycer-induced cluster headache. *Pain*. 1996 Sep;67(1):59–68.
49. Davidson RJ, Abercrombie H, Nitschke JB, Putnam K. Regional brain function, emotion and disorders of emotion. *Current Opinion in Neurobiology*. 1999 Apr;9(2):228–234.
50. Egloff N, Maecker F, Stauber S, Sabbioni ME, Tunklova L, von Känel R. Nondermatomal somatosensory deficits in chronic pain patients: Are they really hysterical? *Pain*. 2012 Sep;153(9):1847–1851.
51. Tesarz J, Gerhardt A, Leisner S, Janke S, Treede R-D, Eich W. Distinct quantitative sensory testing profiles in nonspecific chronic back pain subjects with and without psychological trauma. *Pain*. 2015 Apr;156(4):577–586.
52. Alföldi P, Wiklund T, Gerdle B. Comorbid insomnia in patients with chronic pain: a study based on the Swedish quality registry for pain rehabilitation (SQRP). *Disability and Rehabilitation*. 2014 Sep;36(20):1661–1669.
53. Tang NKY, Goodchild CE, Sanborn AN, Howard J, Salkovskis PM. Deciphering the Temporal Link between Pain and Sleep in a Heterogeneous Chronic Pain Patient Sample: A Multilevel Daily Process Study. *Sleep*. 2012 May 1;35(5):675–687. PMID: PMC3321427
54. Cheatle MD, Foster S, Pinkett A, Lesneski M, Qu D, Dhingra L. Assessing and Managing Sleep Disturbance in Patients with Chronic Pain. *Anesthesiology Clinics*. Elsevier; 2016 Jun 1;34(2):379–393.
55. Dragioti E, Bernfort L, Larsson B, Gerdle B, Levin LÅ. Association of insomnia severity with well-being, quality of life and health care costs: A cross-sectional study in older adults with chronic pain (PainS65+). *Eur J Pain*. 2018 Feb;22(2):414–425.
56. Koffel E, Kroenke K, Bair MJ, Leverty D, Polusny MA, Krebs EE. The Bidirectional Relationship Between Sleep Complaints and Pain: Analysis of Data from a Randomized Trial. *Health Psychol*. 2016 Jan;35(1):41–49. PMID: PMC4900176
57. Hovey RB, Khayat VC, Feig E. Listening to and letting pain speak: poetic reflections. *Br J Pain*. 2018 May;12(2):95–103. PMID: PMC5958513
58. Turk DC, Monarch, . *Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2002. p. 3–29.
59. Gallagher RM. TREATMENT PLANNING IN PAIN MEDICINE. *Medical Clinics of North America*. 1999 May;83(3):823–849.

60. Matthias MS, Kukla M, McGuire AB, Bair MJ. How Do Patients with Chronic Pain Benefit from a Peer-Supported Pain Self-Management Intervention? A Qualitative Investigation. *Pain Med.* 2016 Dec;17(12):2247–2255.
61. Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain. II. A critical appraisal. *Pain.* 1994 Apr;57(1):17–29.
62. Sharp J, Keefe B. Psychiatry in chronic pain: A review and update. *Curr Psychiatry Rep.* 2005 May;7(3):213–219.
63. Alschuler KN, Otis JD. Coping strategies and beliefs about pain in veterans with comorbid chronic pain and significant levels of posttraumatic stress disorder symptoms: Coping strategies and beliefs about pain in veterans. *EJP.* 2012 Feb;16(2):312–319.
64. Leo RJ. Incorporating Pain Management Training Into the Psychiatry Residency Curriculum. *Academic Psychiatry.* 2003 Mar 1;27(1):1–11.
65. Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, Bair MJ, Wu J, Chumbler N, Yu Z. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry.* 2013 Jul 1;35(4):359–365.
66. Bauer H, Emeny RT, Baumert J, Ladwig K-H. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *Eur J Pain.* 2016 Sep;20(8):1253–1265.
67. Gardiner P, Luo M, D’Amico S, Gergen-Barnett K, White LF, Saper R, Mitchell S, Liebschutz JM. Effectiveness of integrative medicine group visits in chronic pain and depressive symptoms: A randomized controlled trial. *PLoS One.* 2019 Dec 18;14(12). PMID: PMC6919581
68. Otis JD, Flor, H., & Turk, D. C. (2011) *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach* Seattle: IASP Press. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2013 Feb;20(1):117–118.
69. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and Cognitive–Behavioral Treatment for Chronic Pain: Outcome, Predictors of Outcome, and Treatment Process. *Spine.* 2002 Nov;27(22):2564–2573.
70. Williams AC de C, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2020;(8).
71. IASP Statement on Opioids - IASP [Internet]. [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/OpioidPositionStatement?navitemNumber=7225>
72. Obata H. Analgesic Mechanisms of Antidepressants for Neuropathic Pain. *IJMS.* 2017 Nov 21;18(11):2483.
73. Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, Gianola S, Ferrante S, Zanolli G, Moja L. Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain. *Cochrane Back and Neck Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015 May 26; Issue 5.
74. Ciaramella A, Poli P. Chronic Low Back Pain: Perception and Coping With Pain in the Presence of Psychiatric Comorbidity. *Journal of Nervous & Mental Disease.* 2015 Aug;203(8):632–640.