



# 2021 GLOBAL YEAR ABOUT **BACK PAIN**



Tradução da Fact Sheet “Psychology of Back Pain” da *International Association for the Study of Pain* (IASP) de 9 julho 2021 Rita Encarnação; Flavia Relvas

## **Psicologia na Raquialgia**

Os fatores sociais e psicológicos afetam não só a própria raquialgia, como também o impacto que essa dor tem na vida da pessoa.

### **Os fatores psicológicos estão frequentemente associados a lombalgia crónica**

Os fatores sociais e psicológicos afetam, não só a raquialgia, mas também o impacto que a dor tem na vida da pessoa. Por exemplo, a presença de sintomas depressivos pode agravar a intensidade da raquialgia e aumentar a incapacidade associada a essa mesma dor (16). Pessoas com raquialgia (ou cervicalgia) têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, incluindo episódios de depressão major e distúrbios de ansiedade (numa razão que varia entre 2.1- 2.8), relativamente aos que não têm raquialgia (12). A coexistência de problemas de saúde mental e raquialgia está associada a uma diminuição de qualidade de vida e aumento do risco de dor crónica (5; 29; 33). Embora os mecanismos subadjacentes a esta associação não sejam completamente compreendidos, os tratamentos da raquialgia crónica expandiram-se para incluir terapêuticas psicológicas relevantes.

São conhecidos alguns fatores de risco psicológicos para o aparecimento e manutenção da raquialgia.

### **Comportamentos de evicção em resposta à dor crónica não são benéficos e contribuem para a manutenção da dor**

Muitas pessoas com raquialgia evitam certos movimentos ou atividades por receio de se lesionarem ou de aumentar a sua dor. Estas reações podem ser úteis em resposta a lesões agudas para proteger a lesão durante o processo de recuperação. Contudo, estes mesmos comportamentos em resposta à dor crónica tornam-se inúteis, uma vez que os mecanismos de proteção e cura já não são necessários. Assim, os comportamentos de evicção tornam-se parte de um ciclo de manutenção da dor (27; 41), podendo mesmo aumentar a intensidade da dor e a incapacidade a ela associada, como descrito na *Fear Avoidance Beliefs Model (FABM)* (10). Vários questionários de autorrelatos podem ser utilizados para avaliar crenças e comportamentos de evicção da raquialgia (15) e existem várias estratégias de tratamento que incidem especificamente na redução do medo da dor ou do reaparecimento de uma lesão (28).

### **Atividade excessiva e persistente apesar da incapacidade pode também atrasar a recuperação e aumentar a limitação funcional**

Assim como os comportamentos de evicção podem levar à dor crónica, o mesmo também ocorre com o comportamento oposto. A atividade excessiva e persistente, apesar da incapacidade funcional e dor severa (2;3), pode dificultar o processo de recuperação e aumentar a limitação funcional e a dor (7;14;17;18;39;40).

### **Níveis elevados de catastrofização da dor e baixos níveis de autoeficácia são fatores de risco para o desenvolvimento e manutenção da lombalgia crónica.**

A catastrofização da dor é definida como um “uma orientação mental negativa exagerada manifestada durante uma experiência dolorosa real ou antecipada” (37), caracterizada por sentimentos de preocupação, perturbadores e angustiantes em relação à dor. A Escala de Catastrofização da Dor (ECD) foi desenvolvida como um questionário de autorrelato para avaliar este fenómeno, de modo a ser usado em investigação e na prática clínica (38). A ECD inclui três subescalas: ruminação (“Não consigo parar de pensar na dor”), amplificação (“Preocupo-me que algo grave possa acontecer”) e desamparo (“É terrível e sinto que é demasiado para eu conseguir lidar”) (38).

Auto-eficácia é “preocupação com os julgamentos sobre a forma de ser bem-sucedido a realizar uma tarefa necessária para lidar com situações futuras” [4]. Este conceito parece estar consistentemente associado a vários aspetos da experiência de dor, incluindo aspetos como a intensidade, a incapacidade e o sofrimento psicológico presentes nos indivíduos com dor crónica (83 estudos incluindo 23 estudos em doentes com lombalgia) (21). As pessoas que não têm confiança na sua capacidade para realizar atividades apesar da sua dor, ou na sua capacidade de gerir a sua própria dor, apresentam tipicamente maior incapacidade funcional e dor mais intensa, do que aqueles que acreditam ser capazes de realizar atividades apesar da sua dor.

### **O sofrimento psicológico é uma reação comum na lombalgia crónica contribuindo para o aumento da incapacidade.**

A raquialgia aguda ou crónica pode estar associada a sofrimento psicológico, sob a forma de ansiedade (preocupações, stress) ou depressão (tristeza e desânimo). O sofrimento psicológico é uma reação comum à raquialgia aguda, mesmo quando os sintomas são de curta duração e clinicamente pouco relevantes (35). Por sua vez, esse sofrimento está associado a processos neuro-hormonais de proteção. Através desses processos, o sofrimento psicológico agrava a dor ao longo do tempo e aumenta a incapacidade causada pela mesma (16;24;30). Isso significa que, quando as pessoas com raquialgia estão também em sofrimento psicológico, o tratamento deste último irá ser útil na abordagem terapêutica da própria dor (42).

### **Abordagens psicológicas selecionadas no tratamento da raquialgia**

É importante incluir o rastreio e o diagnóstico psicossocial na avaliação dos doentes com raquialgia. Esta avaliação permite um melhor planeamento e adaptação do tratamento às necessidades do doente. A título de exemplo, a escala PCS tem sido utilizada para identificar doentes com crenças da dor, aspeto que pode complicar o tratamento ou contribuir para piores resultados (44). Algumas intervenções psicológicas para o controlo da raquialgia são concebidas especificamente com o objetivo de reduzir a catastrofização da dor e melhorar a função (32; 36).

### **A reabilitação biopsicossocial multidisciplinar da lombalgia crónica pode ser considerada em pessoas que apresentam um impacto psicossocial significativo.**

A reabilitação biopsicossocial multidisciplinar da lombalgia crónica mostrou-se mais eficaz do que os cuidados habituais ou tratamento físico isolado na redução da lombalgia e da incapacidade. No entanto, os seus efeitos são modestos pela ausência de um efeito dose-resposta (22). Não há evidência que esta abordagem terapêutica evite a transição da lombalgia aguda para crónica (26).

Muitos fatores de risco psicológicos para a manutenção da lombalgia envolvem processos do pensamento (por exemplo, catastrofização ou autoeficácia) ou comportamento (como por exemplo, a evitação). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um tratamento psicológico que visa os processos cognitivos e comportamentais, que se assumem estarem subjacentes ao sofrimento e à incapacidade, tais como distorções cognitivas e comportamentos mal adaptativos.

A TCC tem sido estudada no contexto de muitas condições de dor crónica (45). Especificamente para a lombalgia, uma meta-análise mostrou que a TCC, em comparação com ausência de tratamento ou com

tratamentos baseados em orientações clínicas, leva a uma melhoria a longo prazo em várias dimensões da experiência da dor, incluindo a sua intensidade, incapacidade e qualidade de vida (31).

### **Uma abordagem terapêutica conhecida como *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)* pode ser uma opção eficaz no tratamento de pessoas com lombalgia crónica**

*Mindfulness* é considerada como uma capacidade de percepção e atenção focada no presente, de forma aberta e de aceitação da experiência, que inclui distinguir entre o eu e a experiência. No contexto da dor, este método passa por estar diretamente ciente das sensações de dor, sem oferecer resistência e sem realizar julgamentos.

Ensaio clínico randomizado demonstram que pessoas com raquialgia crónica, que foram treinadas em *mindfulness*, apresentam menor incapacidade e consideram a sua dor mais tolerável imediatamente e após um ano da terapêutica, comparativamente aos doentes que realizam terapêutica convencional (8). Neste estudo, a MBSR parece ser tão eficaz quanto a terapia cognitivo-comportamental. Os resultados obtidos na raquialgia são semelhantes aos resultados descritos em meta-análises referentes a abordagens para a dor crónica em geral, com base em técnicas de *mindfulness* que demonstraram uma redução da dor, depressão e melhoria da qualidade de vida (38 ECRs, (19)).

### **Fatores psicológicos de proteção**

A aceitação significa envolver-se em atividades que incluam a dor e fazê-lo de uma forma que não inclua resistir à dor ou tentar reduzi-la. Evidências experimentais mostram que, recomendações para aceitar a dor levam a um melhor desempenho físico em comparação com recomendações para controlar a dor (43). Em suma, aceitar a dor parece ajudar as pessoas a fazer o que querem fazer, em vez de lutar contra a dor. Sabemos que os tratamentos centrados no aumento da aceitação da dor são geralmente eficazes na dor crónica (20). A aceitação melhora durante esses tratamentos e está associada a melhores resultados (25; 34), e mesmo tratamentos não explicitamente centrados no aumento da aceitação mostram maior aceitação entre aqueles com dor crónica que mais beneficiam (1).

### **A auto-compassão, recentemente estudada, pode ser um fator positivo na adaptação à raquialgia, particularmente em relação aos efeitos da autocrítica ou da culpabilização.**

Os inevitáveis desafios físicos, sociais e emocionais que a raquialgia causa às pessoas, permitem muitas oportunidades de autorregulação. Uma destas, envolve uma atitude de bondade e compreensão no contexto do sofrimento, o que também é chamada de autocompaixão. Resultados iniciais de estudos não controlados demonstram que uma formação curta em autocompaixão está associado à redução da dor e incapacidade subjacente, a aumento da autocompaixão e da consciência interoceptiva, a uma diminuição das respostas à dor provocadas pela pressão, bem como alterações significativas na RMN funcional em resposta à antecipação da dor [6].

Os resultados destes estudos, são consistentes com outros que demonstram que a autocompaixão está negativamente associada à ansiedade, depressão, stress, interferência na dor, ajuste social e ocupacional em pessoas com dor crónica (9; 11; 13; 46), e com os resultados de uma revisão sistemática das intervenções de autocompaixão em condições físicas crónicas de saúde em geral (23).

