



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

Dor Crónica, *distress* psicológico e ajustamento conjugal

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Sandrine Ferreira Vale



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Dor Crónica, *distress* psicológico e ajustamento conjugal

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Sandrine Ferreira Vale

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014

Resumo

Sendo um fenómeno complexo e multifacetado, a dor crónica implica alterações nas atividades pessoais, profissionais e familiares de quem a experiencia. O objetivo do presente estudo empírico é avaliar em que medida as condições de dor e as relações conjugais se associam e são preditores de morbilidade psicológica em doentes com dor crónica. Participaram neste estudo 200 sujeitos diagnosticados com dor crónica, seguidos pela Unidade da Dor do Hospital de Braga. Os resultados demonstram que quanto maior a incapacidade e a intensidade da dor maiores são os níveis de *distress* psicológico apresentados pelos sujeitos. Semelhantemente, concluiu-se que a um menor ajustamento conjugal se encontram associados níveis mais elevados de depressão e ansiedade. As análises de regressão permitem verificar que a sintomatologia depressiva é melhor explicada pela coesão diádica do que pelas condições de dor, o que não se verifica para a ansiedade. Os resultados obtidos evidenciam assim a existência de uma associação assinável entre as dimensões do ajustamento conjugal e o *distress* psicológico na dor crónica, o que sugere a pertinência de estes aspetos serem considerados na prática clínica.

Palavras-chave: Dor crónica, *Distress* psicológico, Ajustamento conjugal, Coesão diádica, Satisfação conjugal, Consenso diádico

Abstract

As a complex and multifaceted phenomenon, the chronic pain involves changes in personal and professional activities and impinges on their familial relations. The objective of this empirical study is to assess the extent to which pain conditions and marital relationships are associated and are predictors of psychological morbidity in patients with chronic pain. 200 subjects diagnosed with chronic pain, participated in this study followed by the Pain Unit, Hospital of Braga. The results demonstrate that the higher the intensity of disability and pain levels are greater psychological morbidity presented by subjects. Similarly, it was found that a minor relationship adjustment is associated with higher levels of depression and anxiety. Regression analyzes verifying that the depressive symptoms are best explained by dyadic cohesion than by pain conditions, which is not true for anxiety. The results thus demonstrate the existence of an association between assignable dimensions of marital adjustment and psychological

morbidity in chronic pain, suggesting the relevance of these aspects are considered in clinical practice.

Key-words: Chronic pain, psychological distress, marital adjustment, dyadic cohesion, marital satisfaction, dyadic consensus.

Índice

Resumo

Abstract

Capítulo I- Enquadramento teórico	7
1. Dor: evolução do conceito	7
1.1.Dor crónica: definição e caraterização	8
1.1.1. Principais teorias explicativas da Dor Crónica	10
1.2.Epidemiologia	12
2. Dimensões psicossociais da Dor Crónica	13
2.1.Dor Crónica e <i>distress</i> psicológico	15
2.1.1. Dor Crónica e ansiedade	16
2.1.2. Dor Crónica e depressão	18
2.2. Dor crónica e o relacionamento conjugal	21
2.2.1. A relação entre as variáveis da dor crónica e o ajustamento conjugal	23
3. Dor crónica, <i>distress</i> psicológico e ajustamento conjugal	24
Capítulo II- Investigação Empírica	28
4. Metodologia	28
4.1. Objetivos	28
4.2. Design	28
4.3. Variáveis	28
4.4. Hipóteses	29
4.5. Análises exploratórias	29
4.6. Procedimento de seleção e recolha da amostra	29
4.7. Material	30
5. Caraterização sociodemográfica da amostra	33
6. Caraterização clínica da amostra	35
7. Caraterização psicossocial da amostra	37

Capítulo III- Resultados	40
Capítulo IV- Discussão	47
8. Limitações do estudo	53
9. Conclusões e implicações para a prática	53
Referências bibliográficas	55

Capítulo I- Enquadramento teórico

1. Dor: evolução do conceito

A dor é um sintoma tão antigo quanto a humanidade, o seu conceito sido alvo de evolução, estando inicialmente relacionado com as abordagens mágicas dos primeiros séculos até à atual conceção científica. Em tempos passados, desde que é conhecida uma definição, a dor era considerada como devida a uma causa externa (ferida ou traumatismo) e associava-se a dependências mágicas. Assim, nessa época a dor estava relacionada com a penetração do demónio, consideravam-na como sendo um fluido maléfico que devia ser imperativamente retirado do corpo (Helme & Gibson, 2001).

Apenas no séc. II, é que Galileu descobriu a interferência do cérebro na transmissão da dor (Lumley et al., 2011). No entanto, na Idade Média a superstição e o obscurantismo mantiveram-se, implicando novamente as forças sobrenaturais. Foram então necessárias as primeiras explicações anatómicas de Leonardo da Vinci no Renascimento para findar com a conceptualização mística da dor (Seymour & Paz, 2004).

Surgiram desde então diversas teorias explicativas da dor, sendo que as primeiras, datadas de 1895 e 1920, eram sustentadas pelo modelo biomédico linear, e consideravam que as alterações físicas causadoras de dor resultavam de uma manifestação orgânica do corpo, ignorando por completo a dimensão afetiva (Ogden, 2004). Investigações contínuas fizeram com que a dimensão psicológica da sensação dolorosa começasse a ser tida em consideração, e a emoção começou a ser reconhecida como fator determinante na dor (Hwang et al., 2011).

Bonica (1917-1994) forneceu um importante contributo para o desenvolvimento do conhecimento acerca da dor, criando a primeira clínica da dor, onde eram realizadas intervenções multidisciplinares, que contribuíram para o reconhecimento da dor como um fenómeno complexo. Em 1974 criou-se a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e a revista *Pain* (EFIC, 2001).

Por sua vez, em 1993 surgiu na Europa a EFIC (*European Federation of IASP Chapters*) que é uma organização profissional e multidisciplinar no campo da dor, da ciência e da medicina, constituída por elementos da IASP em representação dos profissionais que fazem parte dessa associação, e que estudam a dor e o seu tratamento na Europa. Surge como um dos principais contributos desta organização a declaração na

qual se considera a dor como um grave problema de saúde que deve ser diferenciado e tratado como uma entidade médica independente (EFIC, 2001).

1.1.Dor crónica: definição e caracterização

Atualmente, a definição mais reconhecida e tida como válida é a definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) que em 1979, definiu a dor como uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão (Flor & Turk, 2011). Esta definição reconhece a essência complexa da dor, atribuindo relevância à sua dimensão sensorial, à dimensão emocional, e a uma dimensão cognitiva e avaliativa, desvinculando assim a dor da obrigatoriedade de uma lesão tecidual (King, 2000; Ahmad & Talaei, 2012). Nesse sentido, Melzack (2001) apontou para a existência de possíveis fatores desencadeadores da sensação de dor, sendo eles: a ansiedade, a depressão, o condicionamento prévio, a valorização e a aprendizagem cultural.

Numa perspetiva mais recente, mas que vai de encontro à determinada pela IASP, Gepner (2003) definiu a dor como uma experiência sensorial desagradável, devida quase sempre a uma lesão anatómica (dor orgânica), e na qual se diferencia o fator intensidade e se tem em consideração a apreciação subjetiva de cada um.

Atendendo à sua cronicidade, a dor deve ser distinguida entre aguda e crónica (APA, 2013). A dor aguda relaciona-se com uma possível lesão orgânica e faz parte do grupo de sintomas das doenças (Barnett, Mercer & Norbury, 2012). Este tipo de dor tende a não se manter após um período superior a trinta dias depois de ter sido implementado o tratamento para a sua causa (Korff & Dunn, 2009)

A dor crónica por sua vez define-se como a dor contínua ou recorrente com a duração mínima de três meses, e numerosas vezes tem etiologia incerta (APA, 2013). Este tipo de dor não desaparece após procedimentos terapêuticos convencionais, e é comumente a causa de incapacidades prolongadas (Smith, Elliott & Chambers, 2001; APA, 2013; Korff & Dunn, 2009). A dor crónica não é assim simplesmente uma dor aguda que se mantém no tempo, mas uma verdadeira doença que se instala progressivamente.

De acordo com Merskey (2007) a Associação Internacional para Estudo da Dor considera como critério para o diagnóstico de dor crónica: a dor que permanece após o espaço de tempo para a sua cura, no entanto, em termos de investigação, considera-se

como critério temporal a dor que se mantém por um período de tempo superior a seis meses; a dor deve ainda ser de caráter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses).

Relativamente à sua etiologia, a dor crónica pode ser devida a uma ampla gama de quadros clínicos comuns, incluindo artrite, cancro e diabetes, ou a outros fatores, tais como traumatismos ou cirurgias, ou ainda ter uma causa indefinida (Baliki, Schnitzer, Bauer, Apkarian, 2011; Gepner, 2003).

Salienta-se que associados à sensação de dor surgem inevitavelmente “comportamentos de dor”, a partir dos quais se torna possível que a dor seja percebida. Deste modo, é através destes comportamentos que o sujeito transmite e comunica sinais que evidenciam a experiência de dor, utilizando para tal manifestações verbais, físicas ou outros meios (Malanga & Paster, 2007).

Para além das definições anteriormente apresentadas, a dor pode ainda ser classificada em diferentes subtipos. São reconhecidos atualmente três tipos de dor que permitem a sua classificação atendendo ao mecanismo fisiopatológico de origem da dor crónica: a dor nociceptiva, a dor neuropática ou a dor inespecífica (mista).

A dor nociceptiva resulta da resposta de recetores sensoriais periféricos a estímulos mecânicos, térmicos e químicos, e está relacionada com lesões de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares. São exemplos deste tipo de dor as inflamações articulares, a dor músculo-esquelética e a dor pós-operatória (Hadjistavropoulos, Herr & Turk, 2007; Malanga & Paster, 2007).

A dor neuropática tem origem numa disfunção ou lesão de nervos (periféricos e/ou centrais), quando ocorrem modificações na função ou na anatomia das terminações nervosas, dos troncos nervosos periféricos ou das vias de condução e de processamento central da informação sensitiva (Saarto & Wiffen, 2007). A neuropatia diabética, as nevralgias pós-herpéticas ou do trigémeo e a síndrome do membro-fantasma são alguns exemplos deste tipo de dor (Fine, 2009; Malanga & Paster, 2007)

A dor crónica pode ainda resultar de uma associação entre os mecanismos nociceptivos e neuropáticos, classificando-se dessa forma como dor inespecífica ou mista (e.g., fibromialgia ou estenose espinhal), sendo este o tipo de dor mais comum (Hadjistavropoulo, 2007; Malanga & Paster, 2007).

Tendo em conta a sua localização geral, com referência aos tecidos e órgãos implicados podem distinguir-se três tipos de dor: a dor de origem periférica, dor de origem central e dor psicogénica.

A dor de origem periférica resulta de um transtorno orgânico nas fibras nervosas periféricas, que ao transmitirem os impulsos correspondentes dão origem à sensação de dor (Atlas, Bolguer, Lindquist & Wager, 2010). Este tipo de dor divide-se em dor superficial e dor profunda (Crossley, 2000).

A dor superficial ou cutânea é a que tem origem na pele e nas mucosas, e objetiva proteger o organismo das ameaças externas (Atlas, Bolguer, Lindquist & Wager, 2010). A dor profunda por sua vez tem uma função protetora e leva a que o indivíduo procure o isolamento e permaneça o mais inativo possível (Atlas, Bolguer, Lindquist & Wager, 2010).

A dor de origem central é uma dor espontânea que surge como consequência de lesões neurológicas da medula espinal, do bulbo raquidiano, do tálamo ou do córtex cerebral (Thomas, 2003). Uma das características distintivas deste tipo de dor em relação à dor neuropática (causada por lesões de nervos periféricos) é o tempo de início dos seus sintomas que pode ser superior a semanas ou meses após a lesão (Schofield, 2005).

Por fim, a dor psicogénica é a dor para a qual não é identificada uma causa orgânica real. Nestes casos, a ausência de causa física de dor ou lesão, após um exame clínico aprofundado, dá a indicação da presença de dor psicogénica. Este tipo de dor leva a uma resposta exagerada do sujeito aos estímulos, ou seja, a dor é vaga, de carácter migratório, situada em vários pontos e a sua intensidade é diretamente proporcional ao estado emocional do indivíduo (Thomas, 2003).

1.1.1. Principais teorias explicativas da Dor Crónica

Devido à sua duração prolongada, a dor separa-se da sua função de manter a homeostase e de sinal de alerta, levando a um elevado comprometimento do sujeito a nível funcional e emocional. Deste modo, são da máxima importância modelos conceptuais da dor que não ignorem o papel dos fatores psicológicos, históricos e sociais na sua compreensão e intervenção (e.g., modelo biopsicossocial), enfatizando a dor como um fenómeno multidimensional e com consequências sistémicas na vida do indivíduo (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007; Keefe, Porter & Labban, 2006; Schwartz & Ehde, 2000).

Desde há longos anos que se têm vindo a realizar diversos estudos e investigações que têm contribuído com uma teoria explicativa dos mecanismos

neurofisiológicos do fenómeno de dor. O progresso da neurobiologia, fisiologia e dos processos psicológicos, comportamentais e cognitivos alcançados ao longo do tempo, têm assim resultado na elaboração de algumas teorias explicativas do mecanismo de dor. De seguida serão expostas de modo sucinto as principais teorias conceptuais que promoveram e desenvolveram a compreensão da dor crónica.

A primeira teoria, a Teoria da Especificidade da Dor, pertence ao grupo de teorias tradicionais. A perspectiva de dor destas teorias tradicionais fundamenta-se no cumprimento da função biológica vital que alerta o indivíduo para o perigo (Schofield, 2005). De acordo com esta teoria em particular, a dor é conceptualizada como sendo uma sensação específica a uma estimulação nociva e a sua intensidade é proporcional à magnitude ou extensão da dor (Keefe, Porter & Labban, 2006). Deste modo, a dor é explicada através da existência de fibras específicas da dor e certas vias de dor, e é produto de um sistema linear simples de transmissão sensorial entre o estímulo e a resposta. Este modelo explicativo acomete diversas limitações, uma vez que, o conhecimento acerca dos mecanismos da analgesia e da contribuição de diferentes fatores para a resposta à dor levaram a concluir que existe uma relação inconstante e variável com a extensão da dor (Brien et al., 2011).

A Teoria dos Padrões surgiu a partir da desigualdade da Teoria da Especificidade da Dor, diferindo na sua conceptualização de dor, ao considerar que o número de impulsos nervosos emitidos num determinado tempo e a quantidade de fibras ativadas poderiam ser determinantes da sensação percebida (Crossley, 2000).

Por sua vez, a Teoria do “*Gate Control*” (Teoria de Controlo do Portão) apresenta-se como o marco das teorias modernas da dor. Esta teoria defende que a dor não provém de um processo linear que tem início com a estimulação sensorial e que finda com a experiência de dor (Keefe, Porter & Labban, 2006). Assim, de acordo com Melzack e Wall (1965), autores da teoria, a dor está sujeita a uma quantidade variável de modulações que têm influência na perceção da mesma. As estruturas da espinal medula agem como um portão que permite a passagem dos impulsos sensoriais que são depois interpretados como dor (Melzack, 2001). Os estímulos sensoriais são transmitidos para centros superiores pelas células de transmissão através de um sistema de portão, dependendo da condução de fibras A - delta de condução rápida e de fibras C- de condução lenta. As primeiras (fibras finas) permitem a abertura do “portão” da nociceção e as segundas (fibras mielinizadas) de grande diâmetro, fecham o portão da nociceção (Melzack, 2001). Esta teoria rejeita a noção de que a dor é somática ou

psicogénica, propondo que esses fatores intensificam ou moderam a perceção da dor (Pareja, 2008).

Por fim, o Modelo Comportamental assenta numa base fisiológica-sensorial que lhe acarreta algumas limitações, principalmente na explicação da dor crónica, visto que não tem em consideração o papel da avaliação da dor por parte dos pacientes (Brannon & Feist, 2001). Este modelo baseia-se no pressuposto de que as pessoas com dor crónica se apresentam como processadores ativos de informação (Melzack & Wall, 1965; Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Segundo este modelo, a perspetiva dos pacientes fundamentadas nas suas próprias atitudes e crenças idiossincráticas interagem com a vertente emocional do sujeito e com as suas respostas sensoriais e comportamentais. Assim, os comportamentos podem reforçar formas adaptativas ou desadaptativas de se comportar, pensar e sentir (Brien et al., 2011). Deste modo, determinadas avaliações acerca da sua própria condição e eficácia pessoal em controlar a dor e os problemas associados permitem o reforço das suas experiências de desmoralização, inatividade e excesso de reação à estimulação nociceptiva (Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007).

1.2. Epidemiologia

Diversos são os estudos epidemiológicos acerca da dor crónica que têm vindo a ser realizados, contudo, de acordo com a literatura as conclusões retiradas desses mesmos estudos são por diversas vezes consideradas de baixa fiabilidade (Langley, 2011). Este facto prende-se com fatores como a heterogeneidade das populações estudadas, aos métodos de investigação utilizados, e por fim com as, ainda atuais, dificuldades na definição e consideração do que é a dor (Langley, 2011; Thomas, Peat & Harris, 2004).

A nível Europeu, estima-se que um em cada cinco adultos sofra de dor crónica (Breivik, Collett & Ventafridda, 2006). Estes dados permitem concluir que a dor crónica é mais prevalente do que a asma e a diabetes (Breivik, Collett & Ventafridda, 2006). O mesmo estudo concluiu que na Europa a dor crónica é também a mais frequente causa de limitação em sujeitos com menos de 45 anos e a segunda causa mais comum de recurso ao sistema de saúde.

Em Portugal, o relatório “Dor crónica em Portugal” no âmbito da iniciativa internacional *Pain Proposal*, constatou que 3 milhões (36%) de portugueses adultos têm

dor crónica (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010). Aproximadamente 50% dos sujeitos referem que esta afeta de forma moderada ou grave as suas atividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego em consequência da mesma, 13% obtiveram reforma antecipada, 35% estão insatisfeitos com o tratamento para a dor crónica, e foi diagnosticada depressão em 17% dos inquiridos (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010). No que diz respeito à idade, a faixa etária com maior prevalência de dor crónica encontrava-se entre os 55 e os 64 anos (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010).

Um estudo de prevalência a nível europeu concluiu que a dor crónica tem tendência a aumentar com a idade, sendo que afeta cerca de 79% das mulheres com 70 anos, e 53% dos homens da mesma idade (Pergolizzi et al., 2013).

Os estudos europeus referem assim uma maior incidência de dor crónica em mulheres comparativamente com os homens, prevalecendo em mulheres com profissões classificadas como menos qualificadas (Breton, 2007; Pergolizzi et al., 2013). Um estudo realizado por Jones, Rollman, White, Hill e Brooke (2012) com uma amostra de 128 sujeitos, com o principal objetivo de compreender qual o perfil dos pacientes encaminhados para uma clínica de dor, verificou que a prevalência de dor foi superior no sexo feminino (58.5%), e constatou ainda que houve uma associação linear significativa entre a intensidade da dor e o sexo feminino (Jones, Rollman, White, Hill & Brooke, 2012).

Outra investigação, com o objetivo de estudar a comorbilidade entre a dor crónica e outras doenças, concluiu que a prevalência de dor crónica é maior em sujeitos que têm diagnóstico de outras doenças crónicas do que em indivíduos sem doença crónica (Barnett, Mercer & Norbury, 2012). Este estudo verificou ainda que cerca de um terço dos sujeitos com doença cardíaca coronária têm dor crónica e uma percentagem similar de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica têm também dor crónica.

2. Dimensões psicossociais da Dor Crónica

Tal como referido anteriormente, a dor crónica é mais prolongada no tempo do que a dor aguda chegando a perdurar por meses ou anos. Tanto a dor como o tratamento a ela associado são reconhecidos como tendo efeitos debilitantes em vários aspetos que contribuem para a manutenção da saúde, bem como no desenvolvimento das relações

sociais e familiares do sujeito, e o seu desempenho profissional. Assim, entre as consequências da dor crónica apontadas como as mais relevantes encontram-se os danos a nível do funcionamento físico do sujeito, que muitas vezes o leva à incapacidade total, e a sua elevada influência nas dimensões psicossociais (Jensen, Moore, Bockow, Ehde & Engel, 2011).

Deste modo, os fatores psicossociais permitem determinar de que modo a vida do sujeito será vivenciada, se plenamente ou com debilidade (Bandura, 2004).

De acordo com Jang, Haley, Small e Motimer (2009), estudos atuais mostram o papel substancial dos fatores psicossociais no desenvolvimento do processo de incapacidade e a sua interação com a mesma. Para Ormel, et al. (1997) sujeitos com circunstâncias médicas crónicas são mais predispostos a experienciar sintomas depressivos e encontram-se menos aptos para controlar grande parte dos aspetos das suas vidas, o que indica que os recursos psicológicos e sociais de que o indivíduo dispõe são fundamentais na determinação das implicações da incapacidade funcional na vida dos indivíduos com dor crónica.

De acordo com a literatura a análise dos fatores psicossociais tem demonstrado a relevância da perceção subjetiva do indivíduo, da sua avaliação da situação e dos aspetos envolventes para a sua adaptação à incapacidade, bem como, a medida em que estes são fundamentais recursos de *coping*, atenuando a adversidade de situações stressantes e o modo como prestam auxílio a nível social e físico (Gatchel, Bunstein, Stowell & Pransky, 2008).

Durante a última década tem-se verificado uma explosão do conhecimento acerca dos caminhos neuroanatómicos subjacentes e aos mecanismos neurofisiológicos envolvidos na experiência complexa de dor. No entanto, também o interesse pelas contribuições dos fatores psicossociais para a experiência de dor como sendo influenciadores das respostas dos pacientes à estimulação nociceptiva e ao tratamento tem vindo a tornar-se perceptível (Turk & Melzack, 2011).

Esta patologia encontra-se aliada a um conjunto complicado de alterações somáticas, psicológicas que integram o problema da dor crónica e intensificam significativamente o sofrimento do indivíduo, gerando consequências diretas na génese, manutenção e expressão da vivência dolorosa (Ferreira- Valente, Ribeiro & Jensen, 2012). Pelo exposto, demonstra-se relevante compreender de modo específico em que medida a dor crónica afeta a dimensão psicossocial do sujeito.

2.1. Dor crónica e *distress* psicológico

A dor, pelo seu caráter crónico e incapacitante, leva o indivíduo a um sofrimento significativo que contribui para o desenvolvimento de um problema psicológico e social que pode assumir-se como desencadeador de sintomatologia cognitiva, afetiva e emocional (Huber, Kunz, Artelt & Lautenbacher, 2010). No entanto, os aspetos psicológicos e psiquiátricos da dor apenas começaram a ser estudados e investigados no ano de 1978, o que leva a que somente nas últimas duas décadas tenha emergido uma comum associação entre a dor crónica e o *distress* psicológico (Wang, Ahrens, Rief & Schiltenwolf, 2010).

O *distress* psicológico no sujeito com dor crónica pode surgir devido a uma diversidade de fatores que de uma maneira ou de outra, interferem direta ou indiretamente com o indivíduo e com a sua rede social. Estes aspetos podem influenciar seriamente a vida do sujeito quer a nível individual como a nível familiar, social e profissional (Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). O *distress* psicológico predomina na maioria dos pacientes, e os fatores responsáveis pelo seu surgimento e/ou manutenção podem ter uma etiologia diferenciada incluindo o medo, os sistemas de suporte inadequados e outros recursos de *coping*, uso excessivo de tranquilizantes, complicações iatrogénicas e narcóticos, perceção de incapacidade laboral, dificuldades financeiras, disrupção na realização das atividades e perturbações do sono (Turk, 2001; Hall et al., 2011).

De acordo com Caraviello, Wassertein, Chamlian e Nassiero (2005), na dor crónica os sujeitos apresentam frequentemente sintomatologia ansiosa e depressiva. No que respeita à investigação científica neste âmbito, os estudos indicam que os sujeitos com dor crónica cumprem semelhantemente os critérios quer para diagnóstico de perturbação depressiva quer para perturbação ansiosa (Bair, Wu, Damush, Sutherland & Kroenke, 2008).

No que respeita ao *distress* psicológico no sujeito com dor crónica, tem vindo a verificar-se atual interesse científico pelo estudo da influência que o *distress* psicológico pode ter nas variáveis da dor, tais como a incapacidade e a intensidade dor. Para tal, tem vindo a ser desenvolvido um novo modelo, que visa compreender se a presença de *distress* psicológico nos indivíduos com dor crónica contribui para o aumento da intensidade e incapacidade causada pela dor (Wang, Ahrens, Rief & Schiltenwolf, 2010). Este modelo não foi ainda totalmente testado, contudo têm vindo a ser realizados

estudos nesse âmbito. É exemplo, um estudo de Hall et al. (2011) com o objetivo de verificar se o *distress* psicológico é mediador do aumento e da manutenção da dor. Os resultados indicaram que em apenas 30% dos sujeitos o *distress* psicológico mediava a relação entre a dor e a incapacidade. Este estudo concluiu ainda, que a depressão contribuía mais do que a ansiedade para o aumento da incapacidade dos sujeitos com dor. Os dados obtidos neste estudo surgem como um contributo para a prevenção do risco de incapacidade dos sujeitos com dor crónica, através da identificação e tratamento precoce de *distress* psicológico.

Tal como apontam Donker, Griffiths, Cuijpers e Cristensen (2009) embora a ansiedade e a depressão se encontrem correlacionadas em termos de afeto negativo e de partilharem um aspeto negativo de mal-estar geral, diferenciam-se nitidamente pelo nível de ativação. Contrariamente à ansiedade, cujos níveis de ativação são elevados, a depressão caracteriza-se pela apatia e ausência de ativação. Deste modo, pretende-se realizar separadamente uma revisão acerca da relação entre a dor crónica, a ansiedade e a depressão enquanto formas de *distress* psicológico.

2.1.1. Dor crónica e ansiedade

A ansiedade manifesta-se como a expressão do medo e provém de uma ameaça, real ou imaginária, perante diferentes potenciadores de *stress* que coloquem em causa a integridade do sujeito ou dos que o rodeiam (Lumley et al., 2011). A ansiedade é assim uma emoção normativa e um sintoma frequentemente experienciado por todos os seres humanos (Turk & Monarche, 2002). Contudo, quando a ansiedade se torna de tal modo intensa começa a causar interferência negativa na vida do sujeito e passa a ser considerada patológica (Schofield, 2005). Verifica-se deste modo a existência de dois tipos de ansiedade: a ansiedade normal e a ansiedade patológica. A ansiedade patológica é definida por Lumley et al. (2011) como: a resposta emocional exagerada em intensidade e duração perante uma situação de ameaça. A sintomatologia deve ainda ser de carácter recorrente ou persistente, não devendo ser descurada a importância da intensidade, frequência, duração e o grau de interferência que a sintomatologia provoca no funcionamento psicossocial do sujeito.

De acordo com Schofield (2005), a dor e mais concretamente a dor crónica, exerce influência direta sobre o surgimento/acentuação da ansiedade, o que indica que um doente com dor crónica apresenta inevitavelmente níveis mais elevados de

ansiedade do que um sujeito sem esta patologia. Assim, considera-se a experiência de dor como preditora do aumento da ansiedade, que leva a que a capacidade de resistência do sujeito ao sofrimento diminua, elevando o medo das perdas associadas à dor e interferindo significativamente para o contínuo aumento dos níveis de ansiedade (Breton, 2007). Inversamente, verifica-se também que a ansiedade pode influenciar a percepção que o indivíduo tem da sua dor. Considera-se que níveis mais elevados de ansiedade contribuem para um aumento significativo da intensidade da dor, das queixas e da sua percepção (Sullivan, 2012). De acordo com Knaster, Karlsson, Estlander e Kalso (2011) quando o sujeito experimenta o medo repetidamente este pode ser gerador de ansiedade antecipatória que coopera no surgimento da dor, uma vez que, a ansiedade para além de se representar por uma reação emocional negativa terá associada uma reação fisiológica, a própria dor. Conclui-se deste modo que a ansiedade e a dor estabelecem uma estreita relação bidirecional.

Em conjunto com o desencadear de sintomatologia ansiosa na dor crónica surgem pensamentos recorrentes de medo da dor e das suas consequências, distorções cognitivas (e.g., catastrofização), sintomatologia somática, evitamento de acontecimentos dolorosos e amplificação dos estímulos dolorosos (Lee, Watson & Law, 2010).

Prevê-se atualmente que um em cada cinco indivíduos com dor crónica apresente sintomatologia ansiosa significativa (Jordan & Okifuji, 2011). Num estudo comparativo entre uma população com dor crónica (n=382) e a população sem dor (n=5495) verificou-se que 35% dos sujeitos com dor crónica apresentava algum tipo de ansiedade, sendo que na população em geral somente 18% dos sujeitos apresentou algum tipo de ansiedade (Symreng & Fishman, 2004).

Uma investigação realizada por Manchikanti et al. (2002), verificou que 55% dos indivíduos com dor crónica apresentavam morbidade psicológica, enquanto no grupo de controlo apenas 24% dos indivíduos evidenciou sofrimento psicológico. Em 40% dos doentes com dor crónica verificou-se a existência de sintomas de ansiedade acentuados, sendo que no grupo de controlo apenas 14% dos sujeitos apresentavam sintomatologia ansiosa. Outro estudo de Sturgeon e Zautra (2013) realizado com uma amostra constituída por 400 doentes com dor crónica, e cuja média de idade era de 45.6 anos, avaliados com o HADS, indicou que 70%, ou seja, mais de metade da amostra apresentava sintomatologia ansiosa. De acordo com Fillingim, King, Dasilva, Rahim e Riley (2009) são claras as discrepâncias significativas entre os sexos relativamente à

presença de sintomatologia ansiosa, sendo que os sujeitos do sexo feminino narram níveis mais elevados de ansiedade do que os sujeitos do sexo masculino.

Assim sendo, de um modo geral os resultados sugerem a existência de uma influência negativa da ansiedade sobre a experiência vivida pela pessoa com dor crónica, bem como o impacto emocional negativo causado pela dor quando leva ao surgimento de ansiedade.

2.1.2. Dor crónica e depressão

A depressão apresenta-se como uma das perturbações mais comuns e tratáveis na sociedade, e é uma patologia que pode atingir indiscriminadamente qualquer indivíduo independentemente da sua idade, raça, estatuto social ou económico (Buéla-Casal, Sierra & Cano, 2001). Estima-se que a sua prevalência seja de 5% a nível mundial.

Para o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major a APA (2013) considera vários critérios e sintomas, sendo que o principal critério se prende com a presença de um ou mais episódios depressivos major. O episódio depressivo major é considerado quando durante duas semanas se encontram presentes pelo menos cinco dos seguintes sintomas, dos quais pelo menos um deve ser humor deprimido, a maior parte do dia e quase todos os dias e, perda de interesse ou satisfação em relação à maior parte das atividades, a maior parte do dia e quase todos os dias; e os restantes (até perfazer um total de pelo menos cinco) devem estar entre os que se seguem e verificar-se quase todos os dias: perda ou aumento de peso significativos ou aumento ou perda de apetite, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou de culpabilidade, diminuição da capacidade de pensamento, concentração ou indecisão e pensamentos acerca da morte, ideação suicida recorrente com ou sem plano específico para cometer suicídio ou uma tentativa de suicídio. Estes sintomas, devem causar mal-estar clinicamente significativo e incapacidade ocupacional, social ou em outros sectores funcionalmente importantes.

Verificam-se, ainda, dificuldades de concentração que se associam à fadiga, manifestada mesmo após um esforço leve, alterações do sono e diminuição do apetite. (Gatchel & Turk, 2002).

Tal como se verifica na ansiedade, a dor crónica exerce elevada influência no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, assim, um sujeito com diagnóstico de

dor crónica apresenta maior probabilidade de desenvolver uma perturbação depressiva do que um sujeito sem diagnóstico de dor crónica (Davis, 2000; Huber, Kunz, Artelt & Lautenbacher, 2010). Num estudo comparativo realizado entre um grupo de sujeitos com dor crónica e a população, concluiu-se que 20% dos indivíduos com dor crónica apresentava depressão contra 9% da população sem dor crónica (Symreng & Fishman, 2004). Verifica-se assim que o facto de um indivíduo ser diagnosticado com dor crónica pode originar a ocorrência frequente de perturbações depressivas, derivadas da fragilidade causada pela doença e pelo grau de dependência do mesmo (Metzger, 2002; Reinholdt-Dunnem, Moog & Bradley, 2012). Deste modo, encontramos concordância com o modelo de mediação cognitivo comportamental que postula que a dor, por si só, não é uma condição suficiente para predizer o surgimento de sintomatologia depressiva, devendo considerar-se que o que prediz a dor é a perceção que o sujeito tem do impacto que a dor causa e da capacidade de controlo da sua própria vida (e.g., declínio das atividades diárias e sociais) (Angelotti, 2008).

Neste sentido, as atribuições realizadas pelos sujeitos com dor crónica serão de ordem causal interna (i.e., autculpabilização), global (crença de que a dor irá afetar todas as dimensões da sua vida) e interna (crença na persistência da condição) (Butchart, Kerr, Heisler, Piette & Krein, 2009). No entanto, a depressão surge quando um determinado acontecimento desagradável é experienciado, tendo como principal característica o fracasso, por outro lado, quando a gravidade da dor aumenta o sujeito depara-se com uma diminuição do autocontrolo e conseqüentemente uma elevação dos níveis de depressão (Schwartz et al., 2014).

Estudos neste âmbito concluíram que a relação entre a dor e a depressão era praticamente zero quando as perceções do impacto da dor e do controlo das diferentes áreas de vida eram controlados (Farmer, Zasvalsky, Reynolds & Cleary, 2010).

Considera-se ainda que a relação entre a dor crónica e a depressão é mediada por conceitos como o “desânimo aprendido” e as “atribuições de causalidade” em que prevalece a diminuição da auto-estima, a tristeza, a diminuição do apetite, a agressividade e a perda de controlo sobre os acontecimentos negativos (Sura, Baranidharan & Morley, 2013).

É defendido na literatura que sujeitos com sintomatologia depressiva experimentam maior intensidade da dor, aumento da duração da dor, e apresentam menor adesão ao tratamento farmacológico (Bair, Wu, Damush, Sutherland & Kroenke, 2010). Assim, diversos estudos relataram que a depressão é um importante preditor de

incapacidade e aumento da intensidade da dor em pacientes com dor crónica bem como preditor de motivação para o tratamento (Kerns & Haythornthwaite, 2010).

Contudo, outros estudos concluíram que a idade de início da dor e a maior intensidade da dor foram independentemente associados com a presença de *distress* psicológico. Concretamente, maior intensidade de dor e crenças negativas acerca da mesma foram associados com sintomatologia depressiva (Tsui, 2011). De acordo com alguns autores, este facto deve-se à presença de uma dimensão individual no limiar da dor, que está diretamente relacionada com o nível de endorfinas no organismo e esse nível tem uma direta relação com o estado psicológico e emocional do indivíduo. Posto isto, compreende-se que os sujeitos deprimidos evidenciam ter um nível baixo de endorfinas no organismo, o que resulta numa maior intensidade da dor (Velly, Look & Friction, 2011).

Relativamente à prevalência de depressão na dor crónica, vários estudos revelam que 18% a 56% dos sujeitos com dor crónica têm uma perturbação depressiva (Bair, Wu, Damush, Sutherland & Kroenke, 2008; Farmer, Zaslowsky, Reynolds & Cleary, 2010). No estudo citado anteriormente, de Sullivan, Rodgers e Kirsch (2001), verificou-se que 60% dos sujeitos da amostra apresentavam sintomatologia depressiva significativa. No que se refere à prevalência relativamente ao sexo, a depressão é mais comum em sujeitos do sexo feminino quando comparado com o sexo masculino (Fillingim, King, Silva, Rahim & Riley, 2009).

Um estudo de Breivik (2006) realizado com o intuito de perceber a associação entre a dor crónica e a depressão concluiu que 33% dos indivíduos sentiam que não podiam tolerar mais a dor, 16% já tinham desejado morrer devido à elevada intensidade da dor e 21% tinham diagnóstico atual de depressão. Vários tinham sentimentos negativos: 29% disseram que ninguém acreditava na intensidade da sua dor, 18% pensavam que a família não entendia como a dor afetava as suas vidas e 17% sentiram que eram tratados de forma diferente por causa da dor. Numa amostra de pessoas com 65 ou mais anos com dor crónica, 19.7% sentiam-se tristes ou deprimidas e 18.8% tiveram uma pontuação de cinco na Escala de Saúde Mental, o que indica depressão (Carmaciu, 2007).

2.2.Dor Crónica e o relacionamento conjugal

A dor é, efetivamente, uma experiência solitária na medida em que somente o próprio a pode sentir fisicamente, no entanto, em todas as suas outras vertentes, a dor assume-se como uma experiência sistémica que altera totalmente a dinâmica da família e pode ter consequências emocionais e funcionais para cada membro que dela faz parte (Silver, 2004; Watson & McDaniel, 2005). Partilhar a vida com alguém que sofre de dor crónica pode ser emocionalmente complexo e exigente, envolvendo o ter de aprender a lidar com desmedidas mudanças, com um aumento de responsabilidades e, comumente, com a modificação de papéis, tudo isto em conjunto com a crescente necessidade de prestar suporte emocional e assistência física ao sujeito com dor (Schwartz & Ehde, 2000).

Assim, as modificações produzidas no ambiente familiar e nas relações interpessoais em geral, que originam reações que podem contribuir para uma crescente sensação de derrota do indivíduo implicam uma diminuição do bem-estar psicológico e consequente qualidade de vida pessoal e familiar do paciente (Roy, 2006). De facto, há uma “disrupção biográfica” do sujeito na medida em que o seu projeto de vida é alterado pela emergência de uma doença que, de uma forma mais ou menos profunda, vai alterar a vida dos indivíduos, com consequências nas diversas dimensões da sua vida. Torna-se então fulcral compreender a relevância da doença e dos ciclos de vida tanto do indivíduo como da família (Fincham, Beach & Davila, 2004).

No casal, Fincham, Beach e Davila (2004) descrevem uma tipologia psicossocial que permite a identificação de respostas e reações assentes no impacto psicológico, nas diferentes características e etapas da doença crónica. Deste modo, o iniciar da crise exige que o casal se instrumentalize com mais ou menos rapidez perante a crise utilizando recursos e flexibilidade para a mudança de papéis e para encarar o ciclo de crises e de estabilidade. É indispensável que os membros do casal possuam elasticidade para se adaptar a novas condições e modificações, sem no entanto perderem a sua identidade e referência dentro do sistema familiar, para que não corram o risco de tornarem os papéis confusos e não delimitados, levando a relação a um funcionamento caótico (Messae, 2010). A mesma autora refere que flexibilidade implica o retorno ao papel original para garantir o espaço de cada um dentro do sistema. A flexibilidade exige a oscilação de papéis como forma de manter o equilíbrio (homeostasia) dos membros. Se tal não acontecer, como é o caso das relações mais rígidas, estas poderão

apresentar dificuldades em reorganizar as funções, não distribuindo as tarefas, tornando as trocas escassas e dificultando a comunicação (West, Usher, Foster & Stewart, 2012). Em consequência, algum membro pode sentir-se sobrecarregado e ter acumulado funções em excesso para cumprir diversos papéis (West, Usher, Foster & Stewart, 2012). Neste caso, o funcionamento conjugal torna-se caótico e os seus membros desprovidos de identidade não sabem como agir.

Efetivamente, em casais fisicamente saudáveis uma interação conjugal negativa que se expressa através da raiva, do desprezo e da crítica, associa-se com um aumento do desenvolvimento de psicopatologia e muitas vezes leva à dissolução do casal. De acordo com a Teoria da Regulação Emocional a interação conjugal também pode influenciar a capacidade de o sujeito gerir as suas próprias emoções, e é também concebível que a insatisfação conjugal possa estar relacionada com a capacidade de regular outras experiências (Fruzzetti & Iverson, 2006). Especificamente na dor crónica, quando a patologia é diagnosticada em um dos membros do casal, e considerando as consequências físicas e psicológicas desta doença, o funcionamento conjugal tende a sofrer alterações, que podem resultar na possível dissolução do casal.

Num estudo realizado por Montini e Neman (2012), verificou-se que 65.3% da população inquirida é casada, verificando-se que houve uma associação entre os níveis de dor e o estado civil, pelo que os sujeitos casados apresentavam níveis mais baixos de intensidade da dor, bem como os seus níveis de incapacidade eram menores do que os verificados no grupo de sujeitos solteiros.

A literatura existente indica que o percurso dos casais relativamente aos níveis de satisfação sexual e conjugal, tende a declinar após o diagnóstico de dor crónica (Cano, Johansen & Geisser, 2005). Assim sendo, a dor crónica demonstra exercer um efeito negativo nos membros de um casal, efeito este que se traduz na insatisfação conjugal e sexual. No estudo de Pence, Thorn, Jensen e Romano (2008) com casais em que um dos membros tem diagnóstico de dor crónica, constatou-se uma elevada incidência de disfunções relacionadas com a dor, que são relatadas de modo independente por cada um dos membros. Mais de metade dos elementos do casal com dor crónica referiram insatisfação com a relação conjugal, incluindo a variável satisfação sexual, após o surgimento da dor. Outro estudo de Issner, Cano, Leonard e Williams (2012) evidencia que os sujeitos com dor crónica do sexo masculino apresentam maior satisfação sexual e conjugal do que os indivíduos do sexo feminino,

sugerindo desta forma que a apreciação da qualidade da relação conjugal pode ser discrepante em função do género.

2.2.1. A relação entre variáveis da Dor Crónica e o ajustamento conjugal

Estudos têm vindo a demonstrar que as variáveis da relação conjugal, tais como a coesão e a satisfação conjugal, se associam com a intensidade da dor, incapacidade física e o *distress* psicológico em indivíduos com dor crónica (Cano, Gillis, Heinz, Geisser & Foran, 2004; Lyons & Sayer, 2005; Pence, Thorn, Jensen & Romano, 2008).

Várias teorias sugerem que a qualidade dos relacionamentos conjugais pode revelar-se essencial quando se examinam variáveis da dor e incapacidade física em sujeitos com dor crónica. Especificamente, o Modelo Operante da Dor sugere que os comportamentos de dor podem ser recompensados ou punidos pelas pessoas com quem os conjugues interagem frequentemente, devido à frequência do contacto e intimidade (Meredith, Ownsworth & Strong, 2008). Comportamentos de reforço positivo incluem a atenção ou prestação de apoio quando a dor é expressa, levando muitas vezes ao aumento da sua expressividade, alternativamente, o ignorar ou reagir negativamente ao comportamento de dor pode gerar uma diminuição ou extinção desse comportamento. Modelos cognitivo-comportamentais da dor concentram-se em avaliações da dor e incapacidade como contribuintes para a redução ou manutenção da dor (Burns, Kubilus, Bruehl, Harden & Lofland, 2003). Por exemplo, os conjugues que acreditam que o parceiro é incapaz de superar a dor, podem influenciar a perceção do outro, deixando-o sem esperança potencial de recuperação. Assim, as próprias atitudes e crenças dos cônjuges sobre a dor podem ter influência sobre os comportamentos, as cognições e emoções do sujeito com dor crónica (Leonard, Cano & Johnson 2006).

Vários têm sido os esforços dos investigadores para incorporar as várias teorias da doença crónica em modelos integrativos de saúde. Turk e Kerns (1985) propuseram o Modelo Transaccional de Saúde, embora este modelo tenha sido inicialmente desenvolvido para a utilização com famílias que sofrem de condições médicas gerais é facilmente aplicável ao estudo de casais e da dor crónica. O modelo transaccional é uma integração de conceitos de sistemas familiares e modelos cognitivo-comportamentais. Esta teoria sustenta que as avaliações dos casais de qualquer situação e os seus recursos disponíveis determinam se uma situação é percebida como causadora de *stress*. Além

disso, a ênfase é colocada não só no membro com dor crónica ou no relacionamento, mas sim na influência que cada membro tem no outro.

Relativamente às variáveis da dor crónica, a intensidade da dor tem sido a variável mais estudada, verificando-se alguma controvérsia. Por um lado alguns estudos demonstram que a intensidade da dor não se encontra diretamente relacionada com a satisfação conjugal em várias amostras de sujeitos com dor crónica de ambos os sexos (Cano, Gillis, Heinz, Geisser & Foran, 2004; Masheb, Brondolo & Kerns, 2002). Contrariamente, outros estudos concluíram que a intensidade da dor se associa com a qualidade das relações conjugais (Cano, Weisberg & Gallagher, 2009; Geisser, Cano & Leonard, 2005; Raichle, Romano & Jensen, 2011).

Um estudo de Taylor, Davis e Zautra (2013) revelou que os sujeitos que vivenciavam relações conjugais consideradas satisfatórias demonstraram melhor adaptação à doença, melhor funcionamento físico e menor intensidade da dor quando comparados com aqueles que apresentavam insatisfação no relacionamento e os que não mantinham uma relação conjugal. Ambos os grupos (i.e., sujeitos satisfeitos e insatisfeitos com a relação conjugal) também apresentaram respostas à dor mais adaptadas, em comparação com o grupo de sujeitos que não mantém uma relação conjugal. Estes resultados indicam que a satisfação conjugal em sujeitos com dor crónica leva a uma menor incapacidade relacionada com a dor física e respostas cognitivas às mudanças causadas pela dor mais adaptadas.

3. Dor Crónica, *distress* psicológico e ajustamento conjugal

Tal como verificado anteriormente, as avaliações da qualidade do relacionamento conjugal ou da discórdia entre o casal podem influenciar o surgimento de *distress* psicológico, devido à diminuição do reforço por parte do conjugue, ao aumento da hostilidade, bem como à perceção das perdas percebidas no apoio social.

Wade, Riddle, Price e Dumenci (2011) sugeriram que a dor e a incapacidade física, bem como outros aspetos das perturbações físicas podem contribuir para o surgimento de sofrimento psicológico através de mudanças nas variáveis biológicas (e.g., hormonas, sono), comportamentais, cognições (e.g., pensamentos distorcidos) e interação social (e.g., deterioração das redes de suporte social). Mais especificamente para a dor, argumentaram que os sujeitos com cognições desadaptativas tendem a

desenvolver *distress* psicológico quando se deparam com *stressores*, tais como relacionamentos conjugais desajustados.

Como mencionado anteriormente, o *distress* psicológico apresenta altas taxas de comorbilidade com a dor crónica. Várias revisões dos estudos empíricos da literatura têm demonstrado a relação entre o *distress* psicológico, a intensidade da dor, a incapacidade e o funcionamento conjugal em amostras com dor crónica (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007).

Cano, Gillis, Heinz, Geisser e Foran (2004) concluíram num estudo que a incapacidade física e o ajustamento conjugal foram exclusivamente associados com sintomatologia depressiva, enquanto que a incapacidade física, a intensidade da dor e a resposta negativa à dor foi exclusivamente associada com sintomatologia ansiosa. Concluiu ainda, que os modelos de sofrimento psicológico em pacientes com dor crónica podem ser reforçados atribuindo maior importância ao funcionamento interpessoal e aumentando a importância atribuída à ansiedade. No entanto, em diversos estudos a sintomatologia depressiva e ansiosa não foi associada com a satisfação conjugal (Schwartz, Slater, Birchler & Atkinson, 1991; Romano, Jensen, Turner, Good & Hops, 2000).

Num estudo comparativo realizado com 81 casais em que um dos membros tem dor crónica, e no qual um dos grupos de casais realizou terapia conjugal, verificou-se que os casais sujeitos a tratamento relataram reduções significativas ao nível da *distress* psicológica e da intensidade da dor, enquanto o grupo de controlo relatou aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa (Leong, Cano & Johansen, 2011). Deste modo concluiu-se que um aumento da qualidade dos relacionamentos entre conjugues permite que se verifiquem diminuições ao nível da psicopatológica e da intensidade da dor (Leong, Cano & Johansen, 2011).

De acordo com a literatura, as perceções negativas sobre a relação conjugal contribuem para o surgimento de desesperança, anedonia, humor deprimido, e menos oportunidades e disponibilidade para a interação positiva com o cônjuge (Csaszar, Bagdi, Stoll & Szoke, 2014). Em contraste, as respostas negativas do conjugue associam-se com o surgimento de sintomatologia ansiosa, uma vez que levam a um aumento das preocupações dos sujeitos sobre o impacto da dor na relação e reforçam essa perceção (Romano, Jensen, Turner, Good & Hops, 2000).

Um estudo de Reese, Somers, Keefe, Mosley-Williams e Lumley (2010), realizado com 50 sujeitos com diagnóstico de dor crónica e os seus conjugues, que

foram encaminhados para um programa de intervenção psicológica na dor, foram entrevistados de forma independente sobre a satisfação conjugal e sexual. Na análise do efeito da dor sobre a frequência e a qualidade da atividade sexual, o estudo concluiu uma tendência consistente para a deterioração da atividade sexual após o início das queixas de dor, evidenciada por ambos os elementos do casal. A classificação atribuída à satisfação com a relação conjugal foi essencialmente a mesma para ambos os elementos do casal antes do início da dor. No entanto, após o surgimento da dor um número significativo de sujeitos considerou-se insatisfeito com a sua relação conjugal. Este estudo salienta ainda a importância atribuída pelos casais à comunicação aberta e franca, bem como, da pertinência de os conjugues estarem integrados no processo de tratamento.

Cano, Gillis, Heinz, Geisser e Foran (2004) examinaram um grupo de doentes com dor crónica, casados, e constataram que os sujeitos que tinham diagnóstico atual de uma perturbação depressiva relataram mais insatisfação conjugal do que os sujeitos não deprimidos. No entanto, uma vez que as variáveis dor, como intensidade da dor e incapacidade física foram controladas essa relação desapareceu.

Num estudo realizado por Montini e Neman (2012) com o objetivo de verificar se existem relações entre os níveis de dor, o relacionamento do casal e o *distress* psicológico, verificou-se que o estado do humor foi significativamente relacionado com a satisfação conjugal em ambos os parceiros. Conclui-se também, que atitudes demonstradoras de raiva, desprezo e tristeza por um dos conjugues, estava positivamente relacionada com a existência de sintomatologia depressiva no outro elemento do casal. Especificamente, o participante designado como a pessoa com dor foi associado com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e maior intensidade da dor quando apenas um dos elementos relatava história de dor crónica, enquanto se verificaram níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e menor intensidade da dor, quando ambos os elementos do casal relataram história de dor. Relativamente à satisfação conjugal, esta foi significativamente maior em indivíduos que consideraram que abordavam o tema da dor com frequência, e não houve diferenças de género no que se refere à satisfação conjugal.

De acordo com Snyder, Biele e Tracey (2013) a evidência empírica demonstra uma forte e consistente relação entre o ajustamento conjugal e *distress* de psicológico em sujeitos com dor crónica. No entanto, a associação entre as condições de dor e o ajustamento conjugal é ainda pouco conhecida, pelo que o autor alerta para a

necessidade de se realizem pesquisas adicionais efetuadas de modo mais abrangente e específico.

Pelo exposto, pode concluir-se que o *distress* psicológico em sujeitos com dor crónica é melhor explicado pela sinergia entre as variáveis da dor e as variáveis conjugais, e não apenas pelas variáveis da dor, mostrando-se desse modo relevante que se realizem investigações neste âmbito.

Capítulo II- Investigação Empírica

4. Metodologia

4.1. Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral avaliar em que medida é que as condições de dor e as relações conjugais se associam com o *distress* psicológico em doentes com dor crónica, utentes da consulta de dor crónica do Hospital de Braga. Pretende-se ainda compreender se o ajustamento conjugal e as suas dimensões são melhores preditoras para a variância da sintomatologia depressiva e ansiosa, do que a incapacidade física e a intensidade da dor.

4.2.Design

O presente estudo é quantitativo e o seu desenho é observacional-analítico de delineamento transversal, visto que se pretende a partir de uma amostra de doentes da consulta da dor da Unidade da dor do Hospital de Braga, obter resultados através da análise das relações estatísticas das variáveis em estudo, que serão avaliadas num único momento.

Este estudo é ainda epidemiológico-correlacional, pois tem como objetivo inspecionar se variáveis consideradas de risco se relacionam com o agravamento da doença em estudo (dor crónica) e o surgimento de sintomatologia depressiva e ansiosa.

4.3.Variáveis

- 1) Variáveis clínicas: intensidade da dor; incapacidade relacionada com a dor;
- 2) Variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação profissional;
- 3) Variáveis psicológicas: ajustamento conjugal, consenso diádico, coesão diádica, satisfação conjugal e *distress* psicológico (ansiedade e depressão).

4.4.Hipóteses

1) Espera-se encontrar:

- a) Uma relação positiva significativa entre a incapacidade funcional, a intensidade da dor e a sintomatologia depressiva e ansiosa;
- b) Uma relação negativa significativa entre o ajustamento conjugal e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

2) Espera-se que existam diferenças entre os doentes com depressão e ansiedade significativa e os doentes sem depressão e ansiedade significativa ao nível da intensidade da dor, da incapacidade relacionada com a dor e do ajustamento conjugal.

3) Espera-se que as diferentes dimensões do ajustamento conjugal (consenso, satisfação e coesão diádica) contribuam para a variância da sintomatologia depressiva e ansiosa, mais do que as variáveis da dor crónica.

4.5.Análises exploratórias

Para além da análise das hipóteses principais foram analisadas as relações entre as variáveis socio-demográficas, as variáveis clínicas e as variáveis psicológicas.

4.6.Seleção e recolha da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por doentes com dor crónica, acompanhados na Unidade da Dor do Hospital de Braga, que voluntariamente aceitaram participar na investigação. Trata-se assim de uma amostra não probabilística, uma vez que é intencional, do tipo sequencial, mais concretamente designada como amostra de conveniência (Ribeiro, 1999).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter diagnóstico de dor crónica há mais de seis meses e ter dezoito ou mais anos.

Inicialmente foi submetida uma proposta de investigação à comissão de Ética do Hospital de Braga, local onde se realizou a recolha de dados. Após aprovação da proposta de investigação por parte da comissão de Ética do Hospital, foi agendada uma reunião com o diretor da Unidade da Dor, na qual se realizou a apresentação do projeto

de investigação. Deu-se início posteriormente à recolha dos dados, os participantes na investigação foram informados acerca da investigação e dos seus objetivos antes ou depois da consulta da dor, momento este em que foram convidados a participar. Para os utentes que aceitaram participar no estudo, a aplicação dos instrumentos foi realizada nesse momento, e nos casos em que o utente não demonstrava ter disponibilidade imediata era agendada uma data para a recolha dos dados.

No momento da aplicação dos instrumentos, foram apresentados a cada utente os objetivos, o método, os riscos e os benefícios da sua participação. Ao longo da administração dos questionários foram tidos em conta os princípios éticos, psicológicos e humanos. Os utentes foram informados acerca do caráter voluntário da participação no estudo e da confidencialidade dos dados. Após serem dadas todas as informações consideradas pertinentes e, caso o utente estivesse disposto a dar o seu contributo para a investigação deveria proceder à leitura, e posterior assinatura do consentimento informado. De seguida, foram entregues os questionários, que eram respondidos pelo utente, uma vez que são instrumentos de autorresposta.

Após a aplicação dos instrumentos aos utentes estes foram cotados de acordo com as regras estabelecidas pelos autores, e efetuou-se o tratamento estatístico dos dados através do programa IBM SPSS (IBM - Statistical Package for the Social Sciences – versão 20). Por fim, procedeu-se à análise e interpretação dos resultados.

4.7. Material

a. Questionário Sociodemográfico e Clínico

A seleção e caracterização da amostra foi realizada através de um Questionário Sociodemográfico e Clínico devidamente construído para o efeito. A primeira parte do questionário inclui questões sociodemográficas, nomeadamente relativas à idade, ao género, ao estado civil, às habilitações literárias, à profissão e à religião. Da segunda parte do questionário fazem parte questões consideradas relevantes da história clínica do utente, tais como as informações gerais do estado de saúde e do historial de dor crónica.

b. Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (Pollard, Raymons & Tait, 1990)

O Índice de Incapacidade relacionada com a Dor avalia a incapacidade relacionada com a dor no doente. Este instrumento avalia a percepção do impacto da dor nas atividades de vida diária do sujeito com dor crónica, permitindo determinar o índice de dor percebido como incapacitante em sete aspetos de vida diária, nomeadamente:

1- Responsabilidades Familiares/Lar: este item refere-se às atividades relacionadas com o lar ou com a família. Inclui atividades realizadas em redor da casa e com outros membros da família

2- Passatempos: este item inclui *hobbies*, desportos e outras atividades de lazer;

3- Atividades Sociais: este item inclui idas a festas, cinema, concertos, restaurantes, bem como outras atividades sociais que se realizem com familiares e amigos;

4- Ocupação: refere-se este item a atividades diretamente relacionadas com a sua profissão, bem como a trabalhos não remunerados;

5- Atividade Sexual: avalia-se neste item a frequência e a qualidade da vida sexual do indivíduo;

6- Cuidar de Si Próprio: Este item inclui o cuidado pessoal e atividades independentes de vida diária;

7- Atividades de Sobrevivência: Este item refere-se a comportamentos básicos de manutenção da vida (Pollard, Raymons & Tait, 1990).

Trata-se de uma escala tipo *Likert* de 11 pontos, em que 0 significa ausência de qualquer experiência de incapacidade e 10 significa total incapacidade. Deste modo, o score máximo possível é de 70 pontos, sendo que quanto maior for o score obtido, maior é a percepção de incapacidade na realização das atividades de vida diária (Pollard, Raymons & Tait, 1990).

Caraterísticas psicométricas da Versão Original:

A análise às qualidades psicométricas da versão original revelou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,87$) e uma correlação teste-reteste de .91, o que sugere que o instrumento possui bons índices de fidelidade (*ibidem*).

Características Psicométricas no presente estudo

Relativamente às qualidades psicométricas do Índice de Incapacidade relacionada com a Dor na amostra do presente estudo, verificou-se um alfa de *Cronbach* de .93 o que demonstra uma muito boa consistência interna do instrumento na amostra em estudo.

c. *Revised Dyadic Adjustment Scale- RDAS*, de Busby, Christensen, Crane, & Larson (1995) (versão portuguesa de Pereira, 2004)

A Escala de Ajustamento Conjugal revista (RDAS) resulta da análise da escala original, (DAS) desenvolvida por Spanier (1976) para avaliar o ajustamento na relação marital.

Esta escala é constituída por 14 itens pontuados numa escala *Likert* de cinco pontos, variando a pontuação total entre 0 e 69 pontos e que se encontram agrupados em três subescalas: *Consenso Diádico*, *Satisfação Diádica* e *Coesão Diádica* (Busby, Christense, Crane & Larson, 1995).

A cotação do RDAS baseia-se numa escala de *Likert* de seis pontos e a pontuação total varia entre 0 e 69, sendo que valores mais altos evidenciam melhor ajustamento conjugal. Além da total, a pontuação pode ser obtida também através das subescalas.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Ao nível da avaliação da fidelidade da escala verificou-se que os alfas obtidos foram de .73, .78, .67 e .73 para a Escala Total, Consenso Diádico, Satisfação Diádica e Coesão Diádica respetivamente, no estudo de adaptação da escala .

Caraterísticas Psicométricas no presente estudo

Na presente amostra, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .92, .94 e .94 para as subescalas coesão diádica, consenso diádico e satisfação conjugal respetivamente, e um alfa de .96 para a escala total. Os valores elevados obtidos, são assim indicadores de uma excelente consistência interna do instrumento na presente amostra.

d. *Hospital Anxiety Depression Scale –HADS* (Zigmons & Snaith, 1983; adaptado por McIntyre, Pereira, Araújo-Soares, Gouveia & Silva, 1999).

Para avaliar o *distress* psicológico, utilizou-se o *Hospital Anxiety Depression Scale –HADS* (Zigmons & Snaith, 1983; adaptado por McIntyre, Pereira, Araújo-Soares, Gouveia & Silva, 1999). Este instrumento foi desenvolvido para avaliar o estado emocional dos pacientes, especificamente no que se refere às subescalas ansiedade (sete itens) e depressão (sete itens). O sistema de resposta baseia-se numa escala de *Likert* de 4 pontos, sendo que o valor 0 é baixo e 3 elevado. Relativamente aos scores totais das duas subescalas, estes variam entre 0 e 21, sendo este score obtido através da soma dos valores dos itens de cada subescala, e indicando os valores mais altos, níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Os valores entre 8 e 10 em cada subescala podem ser indicadores da possibilidade de uma condição clínica e, quando entre 11 e 21, existe uma provável perturbação clínica. Considera-se como ponto de corte o valor 8, sendo que valores inferiores indicam ausência de depressão ou ansiedade.

No que se refere à fidelidade do instrumento, num estudo de Morrey et al (1991), o coeficiente alfa de *Cronbach* é de .93 na subescala ansiedade e de .90 na subescala de depressão. Num estudo de Smith et al (2001), o alfa de *Cronbach* é de .83 na subescala de ansiedade e .79 na subescala de depressão.

Caraterísticas Psicométricas no presente estudo

Na avaliação da consistência interna da escala na amostra em estudo, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o alfa de *Cronbach* para as subescalas ansiedade e depressão e para a escala total, separadamente. Para as subescalas ansiedade e depressão encontraram-se, respetivamente, valores de .92 e .94 para o alfa de *Cronbach*, evidenciando uma elevada consistência interna das subescalas na amostra em estudo. O alfa de *Cronbach* calculado para a escala total foi de .96, o que demonstra uma elevada consistência interna do instrumento.

5. Caraterização sociodemográfica da amostra

A amostra total do presente estudo é constituída por 200 sujeitos com diagnóstico de dor crónica, sendo que 135 (67.5%) doentes são do sexo feminino e 65 (32.5%) são do sexo masculino. A idade dos sujeitos da amostra varia entre os 18 anos e os 89 anos apresentando uma média de idade de 55.5 anos com um desvio padrão de 12.4. Relativamente ao estado civil, 11 (5.5%) sujeitos são solteiros, 161 (80.5%) são casados, 11 (5.5%) são divorciados, 11 (5.5%) são viúvos e 6 (3%) apresentam outra situação. Quanto à escolaridade, 5 (2.5%) participantes não têm habilitações académicas, 81 (40.5%) têm o ensino primário, 67 (33.5%) concluíram o 2º e 3º ciclo, 32 (16%) têm o ensino secundário de escolaridade e 15 (7.5%) doentes terminaram o ensino superior ou tecnológico. Relativamente à religião, 198 (99%) dos participantes são católicos e 2 (1%) são Testemunhas de Jeová. No que se refere à situação profissional, 104 (52 %) dos doentes encontram-se reformados, 45 (22.5%) estão desempregados, 30 (15%) estão empregados, 1 (0.5%) é estudante e 20 (10%) têm outra situação profissional. (Quadro 1).

Quadro 1- Caraterísticas Sociodemográficas da amostra (N=200)

	N	%	M	Mínimo	Máximo	DP
Género						
Feminino	135	67,5%				
Masculino	65	32,5%				
Idade	200		55,5	18	89	12,7
Estado civil						
Casado	161	80,5%				
Solteiro	11	5,5%				
Divorciado	11	5,5%				
Viúvo	11	5,5%				
Outro	6	3%				
Escolaridade						
Sem escolaridade	5	2,5%				
Ensino primário	81	40,5%				
2º e 3º ciclo	67	33,5%				
Ensino secundário	32	16%				
Ensino superior e Tecnológico	15	7,5%				

Religião		
Católica	198	99%
Testemunha de Jeová	2	1%

Situação profissional		
Reformado	104	52%
Desempregado	45	22,5%
Empregado	30	15%
Estudante	1	0,5%
Outro	20	10%

6. Caraterização clínica da amostra

De seguida são expostos os dados relativos às caraterísticas clínicas da amostra, que são apresentados no quadro 2.

Relativamente ao diagnóstico médico, 63 (31.5%) doentes têm diagnóstico de fibromialgia, 42 (21%) sujeitos têm artrite reumatoide, 22 (11%) têm lombalgia crónica, 16 (8%) dos sujeitos têm estenose espinhal, 15 (7.5%) apresentam diagnóstico de nevralgia, 7 (3.5%) doentes têm dor neuropática central, 3 (1.5%) participantes têm dor crónica temporomandibular e 32 (16%) têm dor crónica sem outra especificação (SOE).

Verificou-se que o total da amostra (100%) considera a sua dor como sendo interna. No que respeita à duração da dor, 130 (65%) participantes afirmam que a sua dor é constante, 38 (19%) consideram a sua dor contínua, 12 (6%) dizem que a sua dor é periódica, 12 (6%) referem a sua dor como sendo fixa, 5 (2.5%) doentes citam a sua dor como intermitente, 2 (1%) apontam que a sua dor é rítmica e 1 (0.5%) refere que a sua dor é momentânea. Quanto à intensidade da dor numa escala de 1 a 5, em que 1 é intensidade mínima e 5 é intensidade máxima, obteve-se na presente amostra uma intensidade média de 3.9 com um desvio padrão de 0.8, e com mínimo de 2 e máximo de 5. Relativamente ao grau de limitação sentida pelos sujeitos devido à dor, numa escala de 0 a 10, verificou-se uma média de 7.6 com desvio padrão de 1.4, sendo o mínimo de limitação registada 1 e o máximo 10.

No que se refere ao tempo de início das queixas de dor, verificou-se uma variação entre 1 ano e 38 anos, apresentando uma média de 7.7 anos com um desvio padrão de 6.2. Os doentes da amostra são acompanhados pela unidade da dor em média

há 3.1 anos com um desvio padrão de 2.3, sendo que o mínimo de tempo registado é de 1 ano e o máximo de 14 anos.

Verificou-se na presente amostra que 189 (94.5%) doentes toma medicação para o controlo da dor e 11 (5.5%) não estão medicados. Dos 189 participantes que tomam medicação para o controlo da dor, 89 (47.1%) afirmam que a medicação não é eficaz, sendo que 100 (52.9%) consideram que a medicação é eficaz. Considerando os 89 sujeitos que afirmam a ineficácia da medicação, 65 (73%) consideram como motivo que a medicação mantém a dor, 20 (22.5%) referem que a medicação não elimina a dor por completo e 4 (4.5%) doentes indicam que a medicação causa efeitos secundários.

Na amostra em estudo, 159 (79.5%) participantes afirmam não ter outros problemas de saúde e 41 (20.5%) referem ter outros problemas de saúde.

Quanto à classificação da saúde, 167 (83.5%) doentes classificam a sua saúde como fraca, 30 (15%) classificam como razoável, 2 (1%) classificam a sua saúde como boa e 1 (0.5%) classifica a sua saúde como muito boa.

Quadro 2- Características Clínicas da amostra (N=200)

	N	%	M	Mínimo	Máximo	DP
Diagnóstico médico						
Fibromialgia	63	31,5				
Artrite Reumatoide	42	21%				
Lombalgia Crónica	22	11%				
Estenose Espinhal	16	8%				
Nevralgia	15	7,5%				
Dor Neuropática Central	7	3,5%				
Dor Temporomandibular	3	1,5%				
Dor Crónica SOE	32	16%				
Tempo de início das queixas de dor						
	200		7,7	1	38	6,2
Tempo de acompanhamento pela Unidade da Dor						
	200		3,1	1	14	2,3
Grau de limitação da dor						
	200		7,6	1	10	1,4

Medicação para o controlo da dor					
Sim	189	94,5%			
Não	11	5,5%			
Eficácia da medicação					
Sim	100	52,9%			
Não	89	47,1%			
Motivo da ineficácia da medicação					
Mantém a dor	65	73%			
Não elimina a dor por completo	20	22,5%			
Causa efeitos secundários	4	4,5%			
Outros problemas de saúde					
Sim	41	20,5%			
Não	159	79,5%			
Classificação da saúde					
Fraca	167	83,5%			
Razoável	30	15%			
Boa	2	1%			
Muito boa	1	0,5%			
Tipo de dor					
Interna	200	100%			
Duração da dor					
Constante	130	65%			
Contínua	38	19%			
Fixa	12	6%			
Periódica	12	6%			
Intermitente	5	2,5%			
Rítmica	2	1%			
Momentânea	1	0,5%			
Intensidade da dor	200		3,9	2	5 0.8

7. Caraterização psicossocial da amostra

De seguida, apresenta-se a descrição das variáveis psicossociais da amostra de modo a permitir uma caraterização da mesma e uma melhor compreensão das suas caraterísticas.

Considerando a observação do Quadro 3 pode concluir-se que os sujeitos da amostra no momento da avaliação apresentam níveis de ansiedade e depressão semelhantes. Os valores médios encontrados revelam, de acordo com Zigmond e Snaith (1994), níveis de ansiedade e depressão moderada e clinicamente significativa.

Quadro 3- Médias e desvios padrão para ansiedade e depressão

HADS	M	DP	Máximo	Mínimo
Depressão	11,9	6,5	1	21
Ansiedade	11,2	5,6	0	21

De modo a melhor compreender esta informação realizou-se uma divisão da amostra em dois grupos, grupo com sintomatologia significativa e outro grupo sem sintomatologia significativa, para a ansiedade e depressão, tendo como indicadores de ansiedade e depressão significativa os valores ≥ 8 , ponto de corte indicado pelos autores da escala (Quadro 4).

Quadro 4- Percentagem de casos com e sem sintomatologia significativa

HADS	N	%
Depressão		
Sem sintomatologia significativa	61	30,5%
Com sintomatologia significativa	139	69,5%
Ansiedade		
Sem sintomatologia significativa	61	30,5%
Com sintomatologia significativa	139	69,5%

Verificou-se assim que tanto na escala de depressão como na ansiedade, 139 (69.5%) participantes apresentam sintomatologia significativa em ambas as escalas, e 61 (30.5%) não evidencia níveis de sintomatologia clinicamente significativa, o que permite concluir que uma grande parte da amostra apresenta *distress* psicológico.

Relativamente à incapacidade evidenciada pelo Índice de Incapacidade relacionada com a Dor, na presente amostra verificou-se uma média de 48.4 com desvio padrão de 12.4, sendo que o mínimo é de 7 e o máximo de 10, o que permite concluir que a totalidade da amostra apresenta uma incapacidade moderada.

Tendo em conta a observação do Quadro 5, é possível ainda verificar que a maioria dos participantes avaliados apresenta uma relação conjugal ajustada, correspondendo a percentagem de participantes ajustados a 68.2% da amostra, e a

percentagem de participantes com relações conjugais desajustadas a 31.8%, o que equivale a menos de metade da amostra.

Quadro 5- Percentagens, média e desvio padrão do ajustamento conjugal

Ajustamento conjugal	N	%		
Relações conjugais ajustadas	54	31,8%		
Relações conjugais desajustadas	116	68,2%		

	M	DP	Máximo	Mínimo
Ajustamento Conjugal	52	13,5	68	17

Relativamente às dimensões conjugais, consenso diádico, coesão diádica e satisfação conjugal, os participantes da amostra apresentam uma média de valores elevada em todas as variáveis, o que de acordo com os autores da escala indica a existência de consenso, coesão e satisfação nas relações (Pereira, 2004). A média da escala total, respeitante ao nível de ajustamento conjugal, é de 52 com um desvio padrão de 13.5, e uma vez que se considera como ponto de corte o valor 48, verifica-se que a média é indicadora de um bom ajustamento conjugal.

Capítulo III- Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados das hipóteses testadas, assim como das análises exploratórias

Hipótese 1: Espera-se encontrar:

a) Uma relação positiva significativa entre a incapacidade funcional, a intensidade da dor e a sintomatologia depressiva e ansiosa;

b) Uma relação negativa significativa entre o ajustamento conjugal e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

A relação entre a incapacidade funcional do sujeito, a intensidade da dor e o ajustamento conjugal com a sintomatologia foi estudada através do teste Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho*.

Verificou-se que existe uma relação significativa positiva entre a incapacidade funcional e a sintomatologia depressiva ($r=.567$, $p < .01$) e ansiosa ($r=.487$, $p < .01$), o que indica que quanto maior a incapacidade funcional causada pela dor, maiores são os níveis de depressão e ansiedade apresentados. Constatou-se também a existência de uma associação significativa positiva entre a intensidade da dor e a sintomatologia depressiva ($r=.487$, $p < .01$) e ansiosa ($r=.448$, $p < .01$), o que permite concluir que quanto mais elevada a intensidade da dor maior o *distress* psicológico.

Relativamente à variável ajustamento conjugal, verificou-se a existência de uma associação negativa significativa entre o ajustamento conjugal e a depressão ($r=-.454$, $p < .01$) e entre o ajustamento conjugal e a ansiedade ($r=-.421$, $p < .01$), o que é indicador de que quanto menor o ajustamento conjugal do sujeito maior será a sintomatologia depressiva e ansiosa. Deste modo, pelo exposto verifica-se que a hipótese levantada é aceite.

Quadro 6- Resultados do Coeficiente de Correlação de *Speaman's Rho* (N=200)

	Depressão	Ansiedade	Ajustamento conjugal	Intensidade	Incapacidade
Depressão	_____	.	-.454**	.487**	.567**
Ansiedade		_____	-.421	.487	.448
Ajustamento conjugal	-.454**	-.421**	_____		
Intensidade	.487**	.487		_____	
Incapacidade	.448**	.448			_____

** p<.01

Hipótese 2: Espera-se que existam diferenças entre os doentes com depressão e ansiedade significativa e os doentes sem depressão e ansiedade significativa ao nível da intensidade da dor, da incapacidade relacionada com a dor e do ajustamento conjugal.

Para verificar se a existência de diferenças significativas entre os sujeitos com *distress* psicológico significativo e os sujeitos sem *distress* psicológico relativamente às variáveis da dor e relacionais, e visto que não se encontraram reunidos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos optou-se pela utilização do teste *U* de *Mann-Whitney*.

Foi possível verificar que existem diferenças significativas entre os sujeitos com sintomatologia depressiva significativa e os sujeitos sem sintomatologia depressiva significativa no que se refere à intensidade da dor ($U=2055.000$, $p<.005$), à incapacidade da dor ($U=1374.000$, $p<.005$) e ao ajustamento conjugal ($U=1165.500$, $p<.005$) (Quadro 7). Assim, pode concluir-se que os sujeitos deprimidos apresentam maior intensidade da dor, maior incapacidade relacionada com a dor e menor ajustamento conjugal. Pelo exposto, a hipótese colocada verifica-se.

Quadro 7- Resultados dos testes de *MannWhitney* para a depressão (N=200)

	Sujeitos com sintomatologia depressiva significativa	Sujeitos sem sintomatologia depressiva significativa	U
	(n=61) Ordem	(n=139) Ordem	
	Média	Média	
Intensidade da dor	116.2	64.7	2055.000*
Incapacidade relacionada com a dor	121.1	53.5	1374.000*
Ajustamento conjugal	(n=118) 69.4	(n=52) 122.1	1165.500*

*p<.05

Relativamente à ansiedade, através dos resultados verificou-se que existem diferenças entre os sujeitos com sintomatologia ansiosa significativa e os sujeitos sem sintomatologia ansiosa significativa ao nível da intensidade (U=2278,000, p<.005), da incapacidade relacionada com a dor (U=2067,500, p<.005) e do ajustamento conjugal (U=1141,000, p<.005) (Quadro 8). Assim, os sujeitos com mais sintomatologia ansiosa, são os que apresentam mais intensidade da dor, mais incapacidade relacionada com a dor e menor ajustamento conjugal.

Quadro 8- Resultados dos testes de *MannWhitney* para a ansiedade (N=200)

	Sujeitos com sintomatologia ansiosa significativa	Sujeitos sem sintomatologia ansiosa significativa	U
	(n=61) Ordem	(n=139) Ordem	
	Média	Média	
Intensidade da dor	114.6	68.34	2178.000*
Incapacidade relacionada com a dor	116.1	64.9	2967.500*

	(n=121)	(n=49)	
Ajustamento conjugal	79.3	122.7	1141.000*

*p<.05

Hipótese 3: Espera-se que as diferentes dimensões do ajustamento conjugal (consenso, satisfação e coesão diádica) contribuam para a variância da sintomatologia depressiva e ansiosa, mais do que as variáveis da dor crónica.

De acordo com Pallant (2001), começamos por perceber se os nossos pressupostos estavam assegurados, utilizando a análise apenas quando o tamanho da amostra era suficiente para testar o modelo proposto, quando o pressuposto da não multicolinearidade e singularidade estava assegurado, quando não haviam *outliers* significativos e tendo em conta a normalidade, linearidade, homocedasticidade e independência de *residuals*. Através duma regressão linear múltipla, método *stepwise*, controlada para o género, começou por se prever a sintomatologia depressiva atendendo ao índice de incapacidade, intensidade da dor e total do ajustamento conjugal. Obteve-se um modelo significativo ($R^2_{ajus} = .387$; $\varepsilon = 1.457$; $p < 0,001$), em que apenas o género não é significativamente preditor. O contributo do índice de incapacidade é o maior ($\beta = 38.4\%$) e positivo, pelo que contribui para a sintomatologia depressiva. A intensidade da dor tem o mesmo contributo que o total do ajustamento conjugal, mas com sinais opostos ($\beta = 20.8\%$) (Quadro 9).

Quadro 9- Resultados das análises de regressão para a depressão (N=200)

Preditores da depressão	B	t	P
Género	-.101	-1,393	.093
Índice incapacidade	.384	.208	.000***
Intensidade da dor	.208	1,699	.005**
Total ajustamento conjugal	-.208	-.100	.002**
<i>R Square</i>	.455-.061=.394		
<i>Adjusted R Square</i>	.442-.055=.387		

*** p<.001; ** p <.01

Para particularizar, fez-se o mesmo estudo mas considerando as três variáveis relativas ao ajustamento conjugal. O modelo obtido é significativo ($R^2_{ajus} = .477$; $\varepsilon = 1.866$; $p < 0.001$), mas a satisfação conjugal não era significativamente preditora. De notar que neste o género já se apresenta como preditor.

Assim, retirando a satisfação conjugal, obteve-se um modelo final significativo ($R^2_{ajus} = 0,475$; $\varepsilon = 1,860$; $p < 0,001$) em que todas as variáveis se apresentam como predictoras. Neste modelo o contributo superior é o da coesão diádica ($\beta = -48,8\%$), contribuindo para a diminuição da sintomatologia depressiva, seguida do índice de incapacidade ($\beta = 39,5\%$), do consenso diádico ($\beta = 27,3\%$), e da intensidade ($\beta = 17,6\%$), sendo que contribuem para o aumento da sintomatologia em causa. O género contribui com cerca de $\beta = -14,7\%$, sendo que o sexo feminino contribui para valores de depressão mais elevados (Quadro 10).

Quadro 10- Resultados das análises de regressão para a depressão (com as variáveis do ajustamento conjugal significativamente predictoras) (N=200)

Preditores da depressão	B	T	p
Género	-.147	-2,021	.009 **
Índice incapacidade	.395	.213	.001***
Intensidade da dor	.176	1,443	.009 **
Consenso diádico	.273	.302	.001***
Coesão diádica	-.488	-.684	.001***
R Square	.544-.061=.483		
AdjustedR Square	.530-.055=.475		

*** $p < .001$; ** $p < .01$

Uma regressão hierárquica semelhante, controlada para o género, foi usada para prever a sintomatologia ansiosa atendendo ao índice de incapacidade, intensidade da dor e total do ajustamento conjugal. Obteve-se um modelo significativo ($R^2_{ajus} = .329$; $\varepsilon = 1.013$; $p < 0.001$), em que apenas o género não é significativamente preditor.

O contributo do índice de incapacidade é o maior ($\beta=33.2\%$), de seguida surge intensidade da dor com $\beta=21\%$, ambos positivos pelo que contribuem para a sintomatologia depressiva. Por último, tem-se o total do ajustamento conjugal ($\beta=-20.7\%$), que contribui para a diminuição da ansiedade (Quadro 11).

Quadro 11- Resultados das análises de regressão para a ansiedade (N=200)

Preditores da ansiedade	β	t	P
Género	-.017	-.197	.0797
Índice incapacidade	.332	.154	.000***
Intensidade da dor	.210	1.470	.009**
Total ajustamento conjugal	-.207	-.085	.004**
<i>R Square</i>	.361-.023=.338		
<i>Adjusted R Square</i>	.346-.017=.329		

*** $p < .001$; ** $p < .01$

Para particularizar, fez-se o mesmo estudo mas considerando as três variáveis relativas ao ajustamento conjugal. O modelo obtido é significativo ($R^2_{ajus} = .373$; $\varepsilon=1.168$; $p < 0.001$), mas o consenso diádico e a satisfação conjugal não eram significativamente preditores.

Assim, retirando as variáveis não predictoras, obteve-se o modelo final significativo ($R^2_{ajus} = .369$; $\varepsilon=1.152$; $p < 0.001$) em que todas as variáveis, à exceção do género, se apresentam como predictoras. Neste o contributo superior é do índice de incapacidade ($\beta=30.9\%$), depois da coesão diádica ($\beta=-29.6\%$), contribuindo para a diminuição da sintomatologia depressiva. A intensidade da dor apresenta-se, por fim com um contributo de $\beta=19.7\%$ (Quadro 12).

Quadro 12- Resultados das análises de regressão para a ansiedade (com as variáveis do ajustamento conjugal significativamente preditoras)

Preditores da	B	t	P
depressão			
Género	-.020	-.232	.750
Índice incapacidade	.309	.143	.000***
Intensidade da dor	.197	1.384	.011*
Coesão diádica	-.296	-.355	.000***
<i>R Square</i>	.401-.023=.378		
<i>Adjusted R Square</i>	.386-.017=.369		

*** p<.001; ** p <.01; *p<.05

Análises exploratórias

Diferenças ao nível das variáveis psicológicas e da dor crónica em função do género

No que diz respeito ao género, registam-se diferenças significativas entre os géneros, quer ao nível da depressão ($U=2983.500$, $p<.005$) quer ao nível da ansiedade ($U=3319.500$, $p<.005$). Em ambos os casos, os valores médios são significativamente superiores no sexo feminino.

No índice de incapacidade relacionada com a dor, verificaram-se também diferenças significativas entre os géneros ($U=3567$, $p<.005$), sendo a média de incapacidade significativamente superior nas mulheres.

No que se refere ao ajustamento conjugal também foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres ($U=2226.000$, $p <.005$), concluindo-se que os homens apresentam níveis mais elevados de ajustamento conjugal do que as mulheres. Relativamente à intensidade da dor, não se verificam diferenças significativas para os géneros ($U=3747$, $p>.005$).

Capítulo IV – Discussão

Hipótese 1

A dor crónica converte-se por si só num problema, na medida em que condiciona a vida do sujeito ao se integrar como um elemento na organização da sua vida diária, causando um impacto significativo na qualidade da sua vivência (Vowles & McCracken, 2010). A relação entre a dor crónica e o *distress* psicológico tem vindo a ser estabelecida ao longo dos anos, e estudos relatam a existência equitativa quer de depressão quer de ansiedade na dor crónica (Bair, 2008; Wang et al., 2010). Tendo em conta os resultados obtidos, verifica-se a existência de uma associação entre as variáveis em estudo, o que é indicador de que as dimensões da dor crónica, para além de uma importante causa da diminuição da funcionalidade dos indivíduos e de comprometerem o seu bem-estar físico, se apresentam como um fator determinante do bem-estar emocional daqueles que foram acometidos por esta patologia. Assim, verifica-se que condições de dor mais acentuadas levam a um sofrimento significativo no sujeito, levando à emergência de sintomatologia depressiva e ansiosa.

Os dados verificados no presente estudo vão deste modo de encontro ao evidenciado pela literatura. Por exemplo, no estudo de Turk, Okifugi, Sinclair e Starz (2008) realizado com 117 pacientes com dor crónica, que procurou compreender os comportamentos de dor, as respostas psicossociais e as relações entre a intensidade, a incapacidade e o *distress* psicológico, verificou que existe uma relação positiva e significativa entre a intensidade, a incapacidade e a depressão e a ansiedade.

A literatura defende que a associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa na dor crónica tem vindo a ser indicadora da existência de uma patologia mais severa, que se apresenta com uma disfunção psicossocial mais grave, em que os sujeitos apresentam maior intensidade da dor, maior comprometimento das suas capacidades, um maior risco de suicídio, uma evolução crónica e ainda uma menor resposta às terapêuticas farmacológicas (Wang et al., 2010). Deste modo, torna-se determinante a deteção precoce de *distress* psicológico, de forma a permitir um melhor acompanhamento do utente e, conseqüentemente um melhor prognóstico.

Relativamente ao ajustamento conjugal, várias são as teorias que sugerem que a qualidade dos relacionamentos conjugais pode revelar-se essencial quando se examina o *distress* psicológico na população não clínica, o que também tem vindo a demonstrar-se

válido para amostras de sujeitos com dor crónica (Lyons & Sayer, 2005; Pence, Thorn, Jensen & Romano, 2008). Foi possível concluir que um menor ajustamento conjugal se associa a uma elevação da sintomatologia depressiva e ansiosa em sujeitos com dor crónica. Assim, mostra-se relevante que a intervenção realizada inclua uma avaliação do funcionamento da relação conjugal dos sujeitos, de modo a que sejam identificados relacionamentos disfuncionais em sujeitos com sintomatologia depressiva e ansiosa, para que possa ser realizada uma intervenção adequada. Esta intervenção permitirá não apenas que se verifiquem benefícios a nível individual, mas tendo em conta que a presença de doença constitui uma ameaça ao equilíbrio do subsistema em termos de papéis conjugais e laborais, ciclo de vida, comunicação, intimidade, cumplicidade, sexualidade e independência, estes aspetos poderão também beneficiar.

Hipótese 2

Como verificado anteriormente, e tendo em conta as evidências científicas, a dor crónica devido ao seu caráter crónico e invasivo apresenta comumente comorbilidades com psicopatologias, nomeadamente ansiosas e depressivas (Cano, Gillis, Heinz, Geisser & Foran, 2004; Romano, Jensen, Turner, Good & Hops, 2000). A presença de psicopatologia no sujeito com dor crónica tende a afetar negativamente as condições de dor, bem como outras áreas de vida do sujeito, particularmente no que se refere aos relacionamentos conjugais (Sura, Baranidharan & Morley, 2013). No presente estudo verificou-se que os sujeitos deprimidos e ansiosos prevalecem, e apresentam maior incapacidade relacionada com a dor, maior intensidade da dor e um menor ajustamento conjugal. Os resultados obtidos vão assim de encontro ao evidenciado pela literatura, que aponta a influência da sintomatologia depressiva nas variáveis da dor e nas relações do sujeito. São diversos os estudos que corroboram os dados obtidos, nomeadamente o estudo de Davis, Thummala e Zautra (2014), realizado em 111 doentes com dor crónica. Este estudo verificou que a dor era mais incapacitante quando os sintomas depressivos ou ansiosos estavam presentes, este facto foi percebido pelos totais mais elevados de incapacidade. O mesmo estudo concluiu também que os sujeitos com sintomatologia depressiva significativa evidenciavam que a sua dor era mais intensa. Também num estudo de Zhu, Galatzer-Levy e Bonanno (2014) concluiu-se que quanto mais deprimidos os sujeitos se encontravam, maiores eram os níveis de incapacidade relacionada com a dor e a intensidade sentida. Inversamente os sujeitos com baixos

níveis de depressão apresentavam menor incapacidade e relatavam menor intensidade da dor. Deste modo, verifica-se a existência de uma relação direta entre as patologias depressivas, ansiosas e as condições de dor crónica, concluindo-se que quanto maiores os níveis de depressão e ansiedade mais acentuadas serão as condições de dor.

Relativamente à relação entre a depressão, a ansiedade e o ajustamento conjugal em sujeitos com dor crónica, os resultados evidenciados pela literatura refletem-se nos resultados obtidos no presente estudo. É exemplo o estudo de Cano, Leong, Williams, May e Lutz (2012) realizado com 95 casais em que um dos conjugues apresentava dor crónica, e no qual se verificou que os casais nos quais o membro com dor crónica apresentava sintomatologia depressiva ou ansiosa, evidenciava também menor ajustamento conjugal e classificavam a sua relação como infeliz. Este estudo constatou ainda um dado relevante, uma vez que verificou que na maioria dos casos, ambos os membros do casal apresentavam algum tipo de *distress* psicológico, e não apenas o membro do casal com dor crónica. Salienta-se assim, que este dado pode apresentar-se relevante na explicação do desajustamento conjugal, e deve ser considerado pertinente para investigações futuras.

Pelo exposto, e tendo em conta que este estudo nos permite constatar que os doentes com sintomatologia psicopatológica se apresentam como doentes de risco para o agravamento da dor crónica, mostra-se relevante alertar novamente para importância de o *distress* psicológico em sujeitos com dor crónica ser devidamente avaliado. Assim, sempre que se demonstre necessário, o sofrimento psicológico deve constituir-se como um alvo principal de intervenção, uma vez que, se apresenta como um fator de risco para o agravamento das condições de dor e da vivência relacional dos sujeitos. Acrescenta-se ainda que o *distress* psicológico ao influenciar negativamente a perceção da dor por parte dos sujeitos, aumentando a sua intensidade e incapacidade, irá dificultar a adesão do sujeito ao tratamento, nomeadamente devido às particularidades da psicopatologia. Pelo exposto, pode concluir-se que uma intervenção psicológica adequada na dor crónica será geradora de benefícios não só a nível psicológico e emocional, mas também a nível físico.

De um modo geral, conclui-se ainda que a vivência de uma união feliz e ajustada pode reforçar a capacidade dos pacientes para sustentar uma sensação de menor dor, devido em parte, ao facto de o sujeito se tornar capaz de lidar mais eficazmente com os episódios de dor, o que levará conseqüentemente ao melhoramento da sua saúde funcional (Cano, Barterian & Heller, 2008).

Hipótese 3

Como referido anteriormente o *distress* psicológico apresenta elevadas taxas de comorbilidade com a dor crónica, semelhantemente, também a conjugalidade se associa positivamente com as manifestações de sintomatologia depressiva e ansiosa no sujeito com dor crónica. Assim sendo, pretendeu-se compreender, em que medida cada uma destas variáveis era capaz de prever o *distress* psicológico. No estudo de Cano, Gillis, Heinz, Geisser e Foran (2004), verificou-se que as variáveis de conjugalidade, têm uma maior força preditora para a sintomatologia depressiva, do que as variáveis de dor, verificando-se que a incapacidade de dor e a intensidade da mesma, assumem uma carga preditiva de menor peso quando comparadas com as variáveis de conjugalidade. Estes resultados corroboram os resultados obtidos no presente estudo, na medida em que na presente amostra a sintomatologia depressiva é melhor explicada pela coesão diádica, tendo a intensidade e a incapacidade de dor um menor valor contributivo. Deste modo, é possível verificar, que os sujeitos que mantêm uma relação coesa, isto é, que se baseia na união, na partilha e na comunicação, apresentam menor *distress* psicológico. Estes casais encontram-se mais aptos para lidar com estados emocionais mais acentuados, e tornam-se mais flexíveis na troca de papéis definidos, tomam decisões de forma mais eficaz e utilizam mais recursos exteriores, o que explica os resultados obtidos neste estudo. Tal como aponta Contim (2001), a interação sadia e coesa entre os membros do casal visa garantir a continuidade do sistema ligado afetivamente, amenizando o sofrimento causado pelo adoecer, ao investir na procura da resolução das dificuldades estruturais e/ou emocionais.

No que respeita à sintomatologia ansiosa, verificou-se no presente estudo, que a incapacidade provocada pela dor assume o maior valor preditivo, tendo por isso um maior peso do que as variáveis de conjugalidade. Comparativamente, o estudo de Cano, Gillis, Heinz, Geisser e Foran (2004), considera que a satisfação conjugal é um melhor preditor do que a incapacidade e intensidade de dor para a sintomatologia ansiosa, o que não vai de encontro ao obtido no presente estudo.

Os resultados obtidos no presente estudo, vão de encontro ao facto de existir uma associação assinalável entre ajustamento conjugal e o *distress* psicológico em doentes que sofrem de dor crónica, salientando-se que o ajustamento conjugal é um significativo preditor do *distress* psicológico nos pacientes com estas patologias (Geisser, Cano & Leonard, 2005).

É possível concluir que os resultados do presente estudo se enquadram com os resultados levantados pela literatura, tendo em conta que se verificou um significativo valor preditivo do ajustamento conjugal para explicar os sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crónica, o que é corroborado em absoluto pela revisão de literatura. Contudo, quando é procurado diferenciar o valor preditivo da satisfação conjugal e da intensidade da dor, é possível constatar que os resultados obtidos para a depressão se enquadram na literatura, sendo que os resultados obtidos na presente amostra para a ansiedade são semelhantes aos resultados da literatura apenas em parte, devido ao facto de que a ansiedade ser melhor explicada pela incapacidade da dor.

Pode verificar-se assim que os resultados obtidos apoiam o modelo operante da dor e os modelos cognitivo-comportamentais da dor, uma vez que as perceções e os comportamentos que envolvem diretamente o problema de dor, bem como o contexto interpessoal do sujeito, neste caso concretamente, o relacionamento conjugal, demonstram-se relevantes no desenvolvimento do *distress* psicológico. Contudo, ressalva-se que este resultado deve ser tido em consideração com alguma ressalva, na medida em que não existem estudos científicos suficientes para reunir consenso acerca da predição de sintomatologia ansiosa a partir da introdução do ajustamento conjugal e das suas dimensões, sendo que por este motivo, não se verifica que os resultados obtidos para a ansiedade sejam contrários à literatura.

Análises exploratórias

Diferenças na depressão, ansiedade, intensidade e incapacidade em função do género

Como se sabe, é cada vez mais evidenciado pela literatura que as mulheres são mais propensas do que os homens a ter dor crónica, contudo, as diferenças de género não se prendem apenas com esse aspeto. É também conhecido, que as mulheres apresentam um risco mais elevado de desenvolver depressão do que os homens. Num estudo de Munce e Stewart (2007), realizado numa amostra de pacientes com dor crónica, verificou-se que a prevalência de depressão nas mulheres (9.1%) foi quase o dobro do verificado nos homens (5%), estes dados vão de encontro ao constatado no presente estudo, uma vez que as mulheres apresentaram uma média de depressão superior à dos homens. Por outro lado, no que se refere à ansiedade, o presente estudo

vai também de encontro ao que é sustentado pela literatura, ao evidenciar que são os sujeitos do sexo feminino que apresentam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa. Este aspeto também se verifica no estudo de Fillingim, King, Dasilva, Rahim e Riley (2009) no qual se verificam discrepâncias significativas entre os géneros relativamente à presença de sintomatologia ansiosa, sendo que os sujeitos do sexo feminino narram níveis mais elevados de ansiedade do que os do sexo masculino. Relativamente à intensidade da dor, na literatura são escassas as evidências da existência de diferenças em função do género, o que se verificou também no presente estudo, e que vai de encontro ao estudo de Casals e Samper (2004) no qual, embora a média de intensidade sentida pelas mulheres fosse superior à dos homens, os valores não foram significativos. Também num estudo recente se verificou não existirem diferenças significativas na intensidade da dor entre os géneros, no entanto, verificou-se que os homens apresentaram níveis de incapacidade superiores aos das mulheres, o que também difere dos resultados obtidos no presente estudo, no qual as mulheres evidenciaram níveis mais elevados de incapacidade (Castro-Sánchez et al., 2012). De acordo com a literatura, é comum que os sujeitos do sexo masculino apresentem maior incapacidade relacionada com a dor, nomeadamente porque as medidas de autorrelato muitas vezes avaliam mais eficazmente a perceção que o sujeito tem da sua incapacidade, do que a sua incapacidade real, o que pode justificar essa discrepância (Hairi, Cumming, Blyth & Naganathan, 2013). Contudo, é importante salientar novamente que no presente estudo, foram as mulheres que apresentaram maior incapacidade relacionada com a dor, o que pode estar relacionado com o facto de no presente estudo se ter utilizado um instrumento de avaliação da incapacidade adaptado para a patologia em estudo, o que não se verifica nos estudos mencionados anteriormente.

Assim sendo, à exceção da intensidade da dor, verifica-se que existem diferenças significativas entre homens e mulheres com dor crónica, de acordo com a literatura as diferenças relacionam-se com múltiplos fatores tais como: crenças, papéis sexuais, estratégias de *coping* utilizadas, expectativas relacionadas com a dor, alterações de humor, diferenças hormonais e fatores familiares (Roger & Fillingim, 2000).

Deste modo, tendo em conta os resultados da presente análise pode concluir-se que os utentes do sexo feminino se apresentam como um grupo de risco na dor crónica, pelo que devem ser alvo de atenção médica e psicológica particular. Assim sendo,

mostra-se pertinente que as intervenções sejam específicas para o género feminino, e devem ser estruturadas em função desse aspeto.

8. Limitações do estudo

Primeiramente, pode apontar-se como uma primeira limitação do presente estudo o facto de toda a amostra ter sido recolhida apenas na zona norte do país. Para além disso, aponta-se que foram utilizadas medidas de autorrelato e que poderá existir em certo grau influência da desejabilidade social, nomeadamente, pela presença do investigador que, diversas vezes, auxiliou o utente na resposta aos questionários (devido à dificuldade dos sujeitos em interpretar as questões ou escalas). Contudo, as limitações que esta presença possa ter originado, claramente a ausência do investigador e do auxílio na compreensão dos questionários teria originado consequências mais negativas para o estudo, tendo em consideração a escolaridade da amostra. Outra limitação importante prende-se com a dimensão da amostra, que ao se apresentar reduzida dificulta a realização de generalizações.

9. Conclusões e implicações para a prática

A dor crónica apresenta-se como um complexo fenómeno, que resulta numa integração dinâmica de sensações, cognições, emoções e comportamentos, que geram no sujeito um vasto número de limitações e o levam ao sofrimento, não apenas físico mas também emocional (Turk & Wilson, 2010). Assim sendo, a dor crónica conduz a um sofrimento significativo no sujeito que pode levar ao surgimento de psicopatologias, sobretudo de carácter depressivo e ansioso (Staud, 2009). Posto isto, pode de um modo geral concluir-se que este estudo apresenta um contributo para o sustento deste facto, uma vez que se verificou que um número significativo de sujeitos apresenta *distress* psicológico.

Tendo em conta os objetivos estabelecidos, a presente investigação permitiu também uma melhor compreensão acerca da influência que determinados fatores apresentam nos sujeitos com dor crónica, nomeadamente, tornou-se perceptível a relação entre o *distress* psicológico e as condições de dor. Este deve ser assim um fenómeno a ser tido em conta na prática clínica, uma vez que deverá direccionar-se a intervenção

neste sentido, por um lado prevenindo o sofrimento psicológico, e quando este já se verifica, trabalhando de modo a diminuir a sofrimento, o que consequentemente levará a uma vivência mais adequada da patologia e a uma maior adesão terapêutica

Claramente, outro elemento do estudo que se mostrou relevante foi a inclusão do ajustamento conjugal, e verificamos a sua associação com a dor crónica e com o *distress* psicológico. Existem na literatura ainda poucos dados relativos à influência e pertinência da inclusão do parceiro no tratamento de doentes com dor crónica, no entanto, estudos têm vindo a ser realizados nesse âmbito, e espera-se que este estudo contribua para esse reconhecimento.

Sabe-se que a dor crónica é vivida não só pelo paciente mas pelo seu companheiro, mas não se limita a uma vivência a dois, alarga-se à vivência dos restantes familiares (dada a idade da nossa amostra, os filhos poderão ter aqui um papel muito importante), o restante contexto social e os profissionais de saúde que os acompanham, pelo que será pertinente que qualquer um destes agentes seja alvo de estudo, e não apenas o conjugue. Investigações têm demonstrado que os aumentos na satisfação conjugal e um melhor ajustamento conjugal durante o tratamento estão relacionados com melhores resultados a longo prazo para pacientes com dor crónica, sendo que, os sujeitos cujos cônjuges participaram na intervenção de tratamento apresentam melhor prognóstico do que para os pacientes cujos parceiros não participaram (Caldwell, Baucom, Salley, Robinson & Timmons, 2000).

Em investigações futuras mostrar-se-ia assim pertinente que, através de dados importantes na intervenção clínica da dor crónica, se realizassem programas de intervenção multidisciplinar, na qual seria incluída e trabalhada a relação conjugal, avaliando a pertinência e a eficácia desses programas de intervenção, o que ocasionaria, dificuldades em alcançar alguns objetivos fundamentais e, consequentemente, levaria a novas questões de investigação.

Também a realização de novas investigações sobre a dor crónica, na qual seriam incluídos ambos os membros do casal poderá demonstrar-se como relevante, na medida em que permitirá a exploração de novas dimensões da relação entre os conjugues relativamente à doença. E ainda, tendo em conta que os doentes crónicos e as suas famílias estão sujeitos a situações de grande *stress* e ambos, doentes e familiares, podem desenvolver problemas de saúde físicos e mentais, estes devem ser alvo de atenção da comunidade científica, de modo a melhor compreender os fenómenos familiares inerentes à dor crónica, bem como da equipa médica que acompanha o doente.

Referências bibliográficas

- Ahmad, A., & Talaei, S. (2012). Understanding chronic pain patient's quality of life using interpretative phenomenological analysis approach. *Journal of Advanced Social Research*, 2, 110-119.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Atlas, Y., Bolgauer, N., Lindquist, A., & Wager, D. (2010). Brain mediators of predictive we effects on perceived pain. *The Journal of Neuroscience*, 30, 12964-12977. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0057-10.2010
- Bair, J., Wu, J., Damush, M., Sutherland, M., Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 30, 890-897. doi: 10.1097/PSY.0b013e318185c510
- Baliki, N., Schnitzer, Z., Bauer, R., & Apkarian, V. (2011). Brain Morphological signatures for chronic pain. *Plos One*, 6, 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0026010
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31, 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Barnett, K., Mercer, S., & Norbury, M. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380, 37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
- Brien, B., Bishop, L., Riggs, K., Stevenson, D., Freire, V., & Lewith, G. (2011). Integrated medicine in the management of chronic illness: A qualitative study. *British Journal of General Medicine*, 61(583), 89-96. doi: 10.3399/bjgp11X556254
- Breivik, H., Collett, B., & Ventafridda, V. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Europe Journal of Pain*, 2, 287-333.
- Burns, J., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. & Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 81-91.

- Butchart, A., Kerr, A., Heisler, M., Piette, D., & Krein, L. (2009). Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. *The Clinical Journal of Pain, 25*, 293-298. doi: 10.1097/AJP.0b013e31818bf574
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M. & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain, 107*, 99–106. doi: 10.1016/j.pain.2003.10.003
- Cano, A., Johansen, A., & Geisser, M. (2005). Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain. *Pain, 109*, 258-265. doi:10.1185/03007995.2005.830629
- Cano, A., Weisberg, N., & Gallagher, M. (2009). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medicine, 1*, 35–43. doi: 10.1046/j.1526-4637.2000.99100.x
- Carmaciu, C. (2007). Health risk appraisal in older people 3: prevalence, impact, and context of pain and their implications for GPs. *British Journal of General Practice. 541*, 630-635.
- Csaszar, N., Bagdi, P., Stoll, D., & Szoke, H. (2014). Pain and psychotherapy in the light of evidence of psychological treatment methods of chronic pain based on evidence. *Journal of psychology & psychotherapy, 4*, 1-6. doi: 10.4172/2161-0487.1000145
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). *Pain proposal: A dor crónica em Portugal*. Consultado em www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer_Público/Notícias/Portugal_Country_Snapshot.pdf.
- Crossley, M.L. (2000). *Rethinking health psychology*. Philadelphia: Open University Press.
- Day, A., & Thorn, E. (2010). The relationship of demographic and psychosocial variables to pain related. *Pain, 151*, 467-474.
- Davis, M., Thummala, K., & Zautra, A. (2014). Stress-Related Clinical Pain and Mood in Women with Chronic Pain: Moderating Effects of Depression and Positive Mood Induction. *Annals of Behavioral Medicine, 98*, 84-89.
- Dellve, N., & Ahlberg, N. (2012). Partner relationships and long-term sick leave among female workers: consequences and impact. *Journal of caring sciences, 26*, 720-729.

- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers P., & Cristensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7, 79, 1-9. doi: 10.1186/1741-7015-7-79
- EFIC (2001). The european federation of IASP chapters. Consultado a 30 de Março de 2014 em www.efic.org/index.htm
- Farmer, C., Zasvalsky, A., Reynolds, F., & Cleary, D. (2010). Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 72, 61-67. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181c2a7a8
- Ferreira-Valente, A., Ribeiro, P., & Jensen, P. (2012). Further validation of a Portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. *Clinica y Salud*, 23(1), 89-96. doi: 10.5093/cl2012a6
- Fillingim, B., King, D., Dasilva, C., Rahim, B., & Riley, L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *Journal of Pain*, 10, 447-485. doi: 10.1016/j.jpain.2008.12.001
- Fincham, D., Beach, H., & Davila, J. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*, 18, 72–81. doi:10.1037/0893-3200.18.1.72
- Fine, G. (2009). Pharmacological management of persistent pain in older patients. *Clinical Journal of Pain*, 20, 220-226. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x.
- Flor, H., & Turk, C. (2011). *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach Seattle. IASP Press*, 20, 117-118. doi:10.1016/j.cbpra.2012.10.001
- Fricke, J. (2003). *Pain in Europe report*. Cambridge: Mundipharma International Limited.
- Gatchel, R., & Dersh. J. (2002). *Psychological disorders and chronic pain*. New York: The Guilford press.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624. doi: 0.1037/0033-2909.133.4.581
- Geisser, M., Cano, A., & Leonard, M. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *Journal of Pain*, 6, 518–525. doi: 10.1016/j.jpain.2005.03.004
- Gepner, P. (2003). *Le Mal du Dos*. Paris : Odile Jacob.
- Harstall, C., & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain. *Pain clinical updates*, 11, 1-4.

- Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. (2013). Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in? *British Journal of Pain, 0*, 1–9. doi: 10.1177/2049463713493264
- Helme, D., & Gibson, J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine, 17*, 417-431.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., & Turk, C. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical Journal of Pain, 23*, 1-43. doi: 10.1097/AJP.0b013e31802be869
- Hall, A., Kamper, S., Maher, C., Latimer, J., Ferreira, M., & Nicholas, M. (2011). Symptoms of depression and stress mediate the effect of pain on disability. *Pain, 152*, 1044-1051. doi: 10.1016/j.pain.2011.01.014.
- Hwang, S., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J., & Macdonald, A. (2011). Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment and barriers to management. *Journal of pain, 12*, 12-73. doi: 10.1186/1471-2296-12-73
- Huber, C., Kunz, M., Artelt, C., Lautenbacher, S. (2010). Attentional and emotional mechanisms of pain processing and their related factors. *Pain, 15*, 229-237.
- Issner, J., Cano, A., Leonard, T., & Williams, M. (2012). How do I empathize with you? Let me count the ways: relations between facets of pain-related empathy. *Journal of Pain, 13*, 167–75. doi: 10.1016/j.jpain.2011.10.009
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J. & Motimer, J. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist, 42*, 807-813. doi: 10.1093/geront/42.6.807
- Jansen, S., & Bertrand, X. (2012). Chronic pain, associated factors and impact on daily life: are there differences between the sexes. *Pain, 28*, 1459-1467.
- Jensen, M., Moore, M., Bockow, T., Ehde, D., & Engel, E. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 92*, 146-160. doi: 10.1016/j.apmr.2010.09.021.
- Johansen, A., & Cano, A. (2007). A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples. *Pain, 132*, 86-95. doi: 10.1016/j.pain.2007.04.016
- Jones, D., Rollman, G., White, K., Hill, M., & Brooke, R. (2012). The relationship between cognitive appraisal, affect, and catastrophizing in patients with chronic pain. *The Journal of Pain, 4*, 1-9.

- Jordan, K., & Okifuji, A. (2011). Anxiety disorders: Differential diagnosis and their relationship to chronic pain. *Journal of pain and palliative care pharmacotherapy*, 25, 231-245. doi: 10.3109/15360288.2011.596922
- Knaster, H., Karlsson, M., Estlander, E., Kalso, E. (2011). psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General Hospital Psychiatry*, 34, 46-52. Doi:10.1016/j.Genhospsych.2011.09.004
- Keefe, J., Rumble, E., & Scipio, D. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *Journal of Pain*, 5, 195-211.
- Keefe, F., Porter, L., & Labban, J. (2006). *Emotion regulation processes in disease-related pain: a couples-based perspective*. Washington: American Psychological Association.
- King, S. (2000). The classification and assessment of pain. *Pain*, 2, 86-90. doi:10.1080/09540260050007390
- Korff, V., & Dunn, M. (2009). Chronic pain reconsidered. *Journal of Pain*, 13, 267-276. doi: 10.1016/j.pain.2007.12.010
- Langley, P. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research and Opinion*, 27, 463-480. doi: 10.1185/03007995.2010.542136
- Lee, E., Watson, D., & Law, F. (2010). Lower-order pain-related constructs are more predictive of cold pressor pain ratings than higher-order personality traits. *Pain*, 11, 681-691. doi: 10.1016/j.jpain.2009.10.013.
- Leknes, S., Berna, C., Lee, M., Snyder., Biele, G., & Tracey., I. (2013). The importance of context: when relative relief renders pain pleasant. *Pain*, 154, 402-410. doi: 10.1016/j.pain.2012.11.018.
- Leonard, M., & Cano, A. (2006). Pain affects spouses too: Personal experience with pain and catastrophizing as correlates of spouse distress. *Pain*, 126, 139-146. doi: 10.1016/j.pain.2006.06.022
- Leonard, T., Cano, A., & Johansen, B. (2006). Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *Journal of Pain*, 7, 377-390. doi:10.1016/j.jpain.2006.01.442

- Leong, M., Cano, A., & Johansen, B. (2011). Sequential and base rate analysis of emotional validation and invalidation in chronic pain couples: patient gender matters. *Journal of Pain, 12*, 1140–1148. doi: 10.1016/j.jpain.2011.04.004.
- Leveille, G., Zhan, Y., McMullen, W., Hayes, M., & Felson, D. (2005). Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. *Pain, 116*, 332-338.
- Linton, J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine, 25*, 1148-1156.
- Lyons, K., & Sayer, A. (2005). Longitudinal dyad models in family research. *Journal of Marriage and Family, 67*, 1048-1060. doi: 10.1111/j.1741-3737.2005.00193.x
- Lumley, A., Cohen, L., Borszcz, S., Cano, A., Radcliffe, M., Poster, S., & Keefe, J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of a recent research. *Journal of clinical psychology, 9*, 942-968. doi: 10.1002/jclp.20816
- Mackenzie, C., Gekoski, W., & Knox, V. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health service: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Mental Health, 10*, 574-82.
- Malanga G., & Paster, Z. (2007). Update on managing chronic pain in the elderly. *The Journal of Family Practice, 56*, 11-6.
- Masheb, M., Brondolo, E., & Kerns, D. (2002). A multidimensional, case-control study of women with self-identified chronic vulvar pain. *Pain Medicine, 3*, 253–259.
- Melzack, R. (2001). Pain: past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology, 47*, 615-629. doi: 10.1007/978-1-4684-2304-4_11
- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review, 28*, 407-429. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.009
- Merskey, B. (2007). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain*. Seattle: IASP Press.
- Molton, I., Jensen, P., Ehde, M., Raichle, A., & Cardenas, D. (2009). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: Replication and cross validation. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 46*, 31-42.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ormel, J., Kempen, I., Penninx, H., Brilman, I., Beekman, F., & Sonderen, E. (1997). Chronic medical conditions and mental health in older people: disability and

- psychosocial resources mediate specific mental health effects. *Psychological Medicine*, 27, 1065-1077. doi: 10.1017/S0033291797005321
- Ossipov, H., Dussor, H., & Porreca, F. (2010). Central modulation of pain. *The Journal of Clinical Investigation* 120, 3779-87. doi: 10.1172/JCI43766.
- Pallant, J. (2001). *The SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using SPSS for Windows*. St Leonards: Allen & Unwin.
- Pareja, M. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clinica y salud*, 13, 417-430.
- Pence, B., Thorn, E., Jensen, P., & Romano, M. (2008). Examination of perceived spouse responses to patient well and pain behavior in patients with headache. *Clinical Journal of Pain*, 24, 654–661. doi: 10.1097/AJP.0b013e31817708ea
- Peng, R., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Pergolizzi, J., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coluzzi, F., Dahan, A., Huygen, F., Kocot-Kepska, M., Mangas, A., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Muller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C., & Sichére, P. (2013). The development of chronic pain: physiological change necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Current Medical Research*, 9, 1127–1135. doi:10.1185/03007995.2013.810615
- Raichle, C., Romano, J., & Jensen, M. (2011). Partner responses to patient pain and well behaviors and their relationship to patient pain behavior, functioning, and depression. *Pain*, 152, 82-88. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.015
- Reese, J., Somers, T., Keefe, A., Mosley-Williams, F., & Lumley M. (2010). Pain and Functioning of Rheumatoid Arthritis Patients Based on Marital Status: Is a Distressed Marriage Preferable to No Marriage?. *The Journal of Pain*, 11, 958-964. doi: 10.1016/j.jpain.2010.01.003
- Reinholdt-Dunnem, M., Moog, K., & Bradley, B. (2012). Attention Control: Relationship between self-report and behavioural, and symptoms of anxiety and depression. *Cognition and emotion*, 27, 430-440. doi:10.1080/02699931.2012.715081
- Ribeiro, L. (1999). *Investigação em psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Romano, M., Jensen, P., Turner, A., Good, B. & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavioral Theory*, 31, 415–440. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80023-4
- Roy, J. (2006). *Chronic pain and family*. Manitoba: Springer Science
- Saarto, T., & Wiffen, J. (2007). Antidepressants for neuropathic pain. *The Cochrane Collaboration*, 4, 1-79. doi: 10.1002/14651858.CD005454.pub2.
- Schwartz, L., Slater, A., Birchler, R., & Atkinson, H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*, 44, 61–67. doi: 10.1016/0304-3959(91)90148-Q
- Schwartz, L., & Ehde, D. (2000). *Pain; Theories, evaluation and Management*. London: Open University Press.
- Schwartz, N., Paul, T., Jurado, S., Lim, B., Heifets, B., & Polepalli, J. (2014). Decreased motivation during chronic pain requires long-term depression in the nucleus accumbens. *Science*, 345, 535-542. doi: 10.1126/science.1253994
- Sher (Eds.), *The psychology of couples and illness: theory, research & practice*. Washington: American Psychological Association.
- Schofield, P. (2005). *Beyond pain*. London: Whurr Publishers.
- Silver J. (2004). *Chronic Pain and the Family: A New Guide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Smith, H., Elliott, M., & Chambers, W. (2001). The impact of chronic pain in the community. *Family Practice: Oxford Journals*, 18, 292-299. doi: 10.1093/fampra/18.3.292
- Smith, B., Macfarlane, G., & Torrance, N. (2007). Epidemiology of chronic pain, from the laboratory to the bus stop: time to add understanding of biological mechanisms to the study of risk factors in population-based research. *Pain*, 127, 5–10.
- Snyder, D., Biele, G., & Tracey, I. (2013). The importance of context: when relative relief renders pain pleasant. *Pain*, 11, 10-19. doi: 10.1016/j.pain.2012.11.018
- Sullivan, M., Rodgers, W., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91, 147- 154. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00430-9
- Sullivan, M. (2012). The communal coping model of pain catastrophising. *Clinical and Research Implications*, 53, 32-41. doi: 10.1037/a0026726
- Sura, A., Baranidharan, G., & Morley, S. (2013). Chronic pain and depression. *Continuing Education Anesthesia Critical Care*, 12, 1-5. doi: 101093Bjaceaccp/

- Sturgeon, A., & Zautra, J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Current Pain and Headache Reports*, *10*, 1-11. doi: 10.1007/s11916-012-0317-4
- Symreng, I., & Fishman, M. (2004). Anxiety and pain. *Pain*, *12*, 1-6
- Taylor, S., Davis, M., & Zautra, A. (2013). Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain. *Pain*, *154*, 147-153. doi:10.1016/j.pain.2012.10.004
- Thomas, M. (2003). Pain management- the challenge. *The Ochsner Journal*, *5*, 15-21.
- Thomas, E., Peat, G., & Harris, L. (2004). The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults. *Pain*, *110*, 361–368. doi:10.1016/j.pain.2004.04.017
- Tsui, S. (2011). Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*, 541-547. doi: 10.1016.2010.10.006.
- Turk, D., & Kerns, D. (1985). *The family in health and illness*. Wiley: New York.
- Turk, C., & Melzack, R. (2001). *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford Press.
- Turk, C., & Monarch, S. (2002). *Biopsychosocial perspective on chronic pain*. New York: Guilford Press.
- Turk, C., Okifuji, A., Sinclair, D., & Starz, W., (2008). Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, *23*, 1255-1262.
- Turner, A., Holtzman, S., & Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, *127*, 276-286.
- Wade, B., Riddle, D., Price, D. & Dumenci, L. (2011). Role of pain catastrophizing during pain processing in a cohort of patients with chronic and severe pain. *Pain*, *152*, 314–319. doi: 10.1016.2010.10.034.
- Watson, W., & McDaniel, S. (2005). Managing emotional reactivity in couples facing illness: Smoothing out the emotional roller coaster. In M. Harway (Ed.), *Handbook of couples therapy (pp. 253-271)*. Hoboken: John Wiley and Sons.

- Wang, H., Ahrens, C., Rief, W., Schiltenwolf, M. (2010). Influence of comorbidity with depression on interdisciplinary therapy: outcomes in patients with chronic low back pain. *Arthritis Research & Therapy*, *12*, 1-11. doi:10.1186/ar3155
- West, S., Usher, K., Foster, K., & Stewart, L. (2012). Chronic pain and the family: the experience of the partners of the people living with chronic pain. *Journal of clinical nursing*, *21*, 3352-3360.
- Wijhoven, H., Vet, H., & Picavet, S. (2006). Explaining sex differences in chronic pain in general population. *Pain*, *124*, 158-166.
- Velly, A., Look, J., & Friction, F. (2011). The effect of catastrophizing and depression on chronic pain. *Pain*, *152*, 2377-2383. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.004
- Vowles, E., & McCracken, M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain. *Behavior Research and therapy*, *48*, 141-146.
- Zhu, Z., Galatzer-Levy, I., & Bonanno, G. (2014). Heterogeneous depression responses to chronic pain onset among middle-aged adults: A prospective study. *Psychiatry research*, *217*, 60-66.