

Dor crônica, personalidade e transtornos de personalidade

Prof. Dr. João Paulo C. Solano
Centro Universitário São Camilo
joaopaulocsolano@uol.com.br

Principais comorbidades psiquiátricas da dor crônica

- depressão
- ansiedade
- transtornos somatoformes
 - transtorno de somatização
 - hipocondria
 - transtorno doloroso somatoforme persistente
- transtornos de personalidade
 - Borderline
 - Narcisista
 - Esquiva
 - Histriônica
- histeria (transtornos conversivos e dissociativos)
- transtorno factício
- simulação
- traços de personalidade que levam a desadaptações (como catastrofismo, comportamento doloroso crônico, autovitimização e histrionismo crônicos)

Prevalência de TP em Dor crônica

- (Konrad, 2013; Weisberg, 2000): 31-59%
- (Dersh J, Gatchel RJ, Mayer T, Polatin P, Temple OR; 2006): 1300 pacientes com problemas incapacitantes da coluna:
 - depressão em 56%
 - TP em 70%
- (Powers AD, Oltmanns TF; 2012): numa amostra populacional, TP apareceram como fator de risco para dor crônica, mesmo após se controlar para depressão

Depressão no DSM-IV

Por duas semanas, pelo menos 5 dos sintomas abaixo devem estar presentes quase diariamente, a maior parte do dia:

- *Humor deprimido na maior parte do tempo *e/ou*
- *Perda de interesse ou prazer pelas atividades
- Insônia ou hipersonia
- Perda ou ganho de peso (5% em 1 mês)
- Agitação ou retardo psicomotor
- Fadiga ou perda de energia
- Auto-depreciação (inutilidade) ou culpa excessiva
- Redução da capacidade de concentração, lentidão de pensamento ou indecisão
- Ideias recorrentes de morte ou suicídio

Como diferenciar depressão de TP?

(Kernberg, 2013)

Na depressão maior típica, deve haver:

- Lentificação do pensamento e da psicomotricidade
- Humor triste ou anedonia
- Conteúdos de culpa, menosvalia ou autoacusatórios
- Flutuações ao longo do dia
- Impermeabilidade à “animação social externa”
- Perda progressiva de autocuidados
- Sintomas neurovegetativos: insônia inicial, inapetência ou emagrecimento, perda de libido, constipação
- Antecedentes de bons relacionamentos interpessoais

Razões práticas que levam à confusão entre depressão e transtornos de personalidade

- A credulidade inocente do médico na anamnese subjetiva (não se faz psiquiatria de pacientes graves sem anamnese objetiva, fonte de info sobre a vida relacional do paciente)
- A falta de questões abertas na relação médico-paciente
- O uso quase exclusivo de entrevistas estruturadas (escalas diagnósticas) em algumas frentes clínicas
- O tratamento farmacológico é mais rápido (e pago pelo convênio)
- Menos estigma na depressão
- Às famílias, às vezes é melhor falar em “*chemical imbalances*”, em vez de se conversar sobre sua história

“cerca de 50% dos pacientes que chegam à Unidade de Transtornos de Personalidade de nosso hospital com diagnóstico de transtorno bipolar ou depressão maior não apresentam nenhum dos dois, mas um transtorno de personalidade” (Kernberg, 2013)

Três aspectos da personalidade

1. Constituição corporal: determina o aspecto do indivíduo, sua aparência física, voz, gestual, estilo de movimentos
2. Temperamento: conjunto de particularidades psicofisiológicas e psicológicas inatas que diferenciam um indivíduo do outro
3. Caráter: resultante da moldagem do temperamento pelo meio familiar e sociocultural (ao longo da vida, o temperamento está em interação constante com as expectativas e exigências do meio)

Ex. de tipo de temperamento:

- **Evitação de dano** (*harm-avoidant*):

Preocupações pessimistas, antecipação de sofrimentos potenciais, medo do que é incerto, insegurança básica, resposta rápida e marcante a estímulos aversivos

- Traço costumeiramente alto em pacientes de dor crônica

(Conrad et al., 2013; Knaster et al., 2012)

Ex. de tipo de caráter:

- **Autogovernante** (*self-directedness*): autodeterminados, conscientes de seus propósitos, autoconfiantes
- Traço costumeiramente baixo em pacientes de dor crônica

(Conrad et al., 2013; Knaster et al., 2012)

Alguns TPs muito prevalentes entre pacientes com dor crônica não-oncológica

- Transtorno de personalidade borderline
- Transtorno de personalidade narcisista
- Transtorno de personalidade esquiva (ou de evitação)
- Transtorno de personalidade histriônica

(Gerhardt A, 2011; Fischer-Kern M, 2011; Knaster P. 2012)

Transtorno de personalidade *borderline*

- Prevalência: 1,6-5,9%
- Pacientes PQ ambulatoriais: 10%
- Prevalência em DCNO: 30%

(APA, 2013; Kalira, 2013)

**“A dor crônica deve ser considerada um sintoma
constituente da personalidade *borderline*”**

(Sansone RA, Whitecar P, Meier BP, Murry A. The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. Gen Hosp Psychiatry. 2001;23(4):193-7.)

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E DOR CRÔNICA

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E DOR CRÔNICA

147 pacientes em uma clínica de dor >> comparação entre pacientes com características clínicas *borderline* (BPD) e sem estas características:

- chance de estar sob benefício devido à dor: 23x maior entre os BDP
- chance de estar sob benefício: 34x maior entre os BPD
- chance de estar desempregado: 20x maior entre os BPD

Reynolds & Tragesser (2019). **Borderline Personality Disorder Features Are Associated with Concurrent Pain-Related Disability in a Chronic Pain Sample.** Pain Med;20(2):233-245.

Transtorno *Borderline* de Personalidade- DSM-V

Um padrão global de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da autoimagem e dos afetos, e acentuada impulsividade, indicados por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios (**prevalente em ptes com dor crônica**):

- (1) esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário.
- (2) Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização
- (3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada da autoimagem ou do sentimento de self
- (4) Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivo).
- (5) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automulilante
- (6) Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (p. ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias)
- (7) Sentimentos crônicos de vazio
- (8) Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (p. ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes)
- (9) Ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou graves sintomas dissociativos

Transtorno de personalidade narcisista

- Prevalências

- População: 1-6% (APA, 2013)
- Amostras clínicas: 1,5-17% (Levy, 2010)
- Dor crônica: 2-23% (Weisberg, 2000)

Transtorno Narcisista de Personalidade- DSM-V

Um padrão de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios (**prevalente em ptes com dor crônica**):

1. sentimento grandioso da própria importância;
2. preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, inteligência, beleza ou amor ideal;
3. crença de ser "especial" e único, e de que somente pode ser compreendido ou deve associar-se a outras pessoas (ou instituições) também especiais;
4. exigência de admiração excessiva;
5. sentimento de intitulação, ou seja, possui expectativas irracionais de receber um tratamento especialmente favorável ou obediente;
6. é explorador em relacionamentos interpessoais, isto é, tira vantagem de outros para atingir seus próprios objetivos;
7. ausência de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades alheias;
8. frequentemente sente inveja de outras pessoas ou acredita ser alvo da inveja alheia;
9. comportamentos e atitudes arrogantes e insolentes.

Transtorno Narcisista de Personalidade:

“As duas faces do Narcisismo”

- **Narcisismo Evidente:** paciente **grandioso-exibicionista** (arrogância, busca de atenção, sensação de que merecem privilégios e exceções, e relativa ausência de ansiedade)
- **Narcisismo Encoberto:** paciente **reservado-sensível** (inibidos, hipersensíveis a críticas, angustiados e aparentemente modestos).

(Gabbard GO. Two subtypes of narcissistic personality disorder. Bull Menninger Clin. 1989;53(6):527-32.

Wink P. Two faces of narcissism. J Pers Soc Psychol. 1991;61(4):590-7.)

Transtorno de Personalidade Narcisista

“A **arrogância invasiva** pode dominar em pacientes que, embora reconhecendo que têm sintomas significativos, obtêm ganho secundário inconsciente da doença **ao demonstrarem a incompetência e a incapacidade dos profissionais de saúde de aliviar estes sintomas**. Eles se tornam super especialistas no campo de seu sofrimento, pesquisam diligentemente na internet, averiguam terapeutas no tocante a sua formação, comparam seus méritos e deficiências, apresentam-se para tratamento como para ‘dar uma chance ao médico’ – mas obtêm um grau consistente de satisfação inconsciente em derrotar o auxílio clínico. Podem ter conflitos conjugais crônicos, surtos de intensa depressão quando ameaçados com fracassos no trabalho, **ansiedade, somatizações e mesmo depressões crônicas significativas, sendo que estas respondem apenas parcialmente ao tratamento que recebem, seja ele qual for**” (Kernberg, 2013, p. 289).

Transtorno de Personalidade Narcisista

- “o comportamento parassuicida, automutilador, pode indicar o triunfo do paciente sobre todos os outros que têm medo de dor, de lesões ou de destruição corporal” (Kernberg, 2013, p. 293).
- “Ajudar o paciente a tomar consciência da natureza intensamente prazerosa desse comportamento sádico contra o terapeuta e contra os outros é um aspecto importante desse trabalho...” (Id.)
- “alguns pacientes com sínd. hipocondríaca que são propensos a acusar terapeutas anteriores de não terem reconhecido a gravidade de algum sintoma ou doença somática podem estar incluídos nesse grupo” (de narcisistas patológicos) (p. 294).
- “Nas tentativas crônicas de suicídio, é importantíssimo diferenciar comportamento suicida autêntico (o da depressão) do ‘suicídio como uma forma de vida’, não ligado à depressão e típico de alguns transtornos de personalidade” (p. 294).

Transtorno de Personalidade Esquiva (ou evitativa ou ansiosa) – Prevalências

- População: 2,5-5,0%
(Apa, 2013; Torgersen, 2001)
- Amostras clínicas ambulatoriais: 25% (Herbert, 2010)
- Dor crônica: 8% (Conrad, 2013)

Transtorno de Personalidade Esquiva – DSM-V

Um padrão global de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, indicado por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios (**prevalente em ptes com dor crônica**):

- (1) evita atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo, por medo de críticas, desaprovação ou rejeição
- (2) reluta a envolver-se, a menos que tenha certeza da estima da pessoa
- (3) mostra-se reservado em relacionamentos íntimos, em razão do medo de passar vergonha ou ser ridicularizado
- (4) preocupação com críticas ou rejeição em situações sociais
- (5) inibição em novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação
- (6) vê a si mesmo como socialmente inepto, sem atrativos pessoais, ou inferior
- (7) extraordinariamente reticente em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer novas atividades, porque estas poderiam provocar vergonha.

Horowitz M., Lerner U. (2013). Transtorno de Personalidade Histriônica

- “As autodramatizações teatrais são usadas para atrair a atenção dos outros...; sintomas de doença ou desvantagens reais podem ser exagerados para conseguir atenção” (p.308)
- Significativa comorbidade entre o TPH e os transtornos de somatização
- “[...] os pacientes] com frequência se queixam muito dos efeitos negativos das medicações, mesmo após um curto período inicial de exaltação aos efeitos positivos. Os efeitos colaterais parecem ser usados para provocar uma “impotência culpada” nos prescritores” (p. 312)
- “Mesmo papéis de vítimas podem ser usados para atrair a atenção, em especial de um profissional de saúde; ... O papel de vítima abusada pode ser exagerado para provocar salvamento por uma figura galante” (p. 316).
- “... o *self* é indigno de atenção, a menos que alguma qualidade pessoal seja exagerada; e torna-se digno apenas por apresentações infladas de algum atributo, tal como ... doença física” (p. 318).

Os TPs predisõem a quadros somáticos funcionais comuns entre pacientes com dor crônica não-oncológica:

- Transtorno de somatização (CID 10 F45.0)
- Hipocondria (CID 10 F45.2)
- Transtorno doloroso somatoforme persistente (CID 10 F45.4)

- Conrad R, Wegener I, Geiser F, Kleiman A. Temperament, character, and personality disorders in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17:318.
- DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Washington: APA, 2000.
- Fischer-Kern M, Kapusta ND, Doering S, Horz S, Mikutta C, Aigner M. The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology* 2011; 44:21-26.
- Horowitz M, Lerner U. Tratamento do Transtorno de Personalidade Histriônica. In: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard GO. Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos da Personalidade. Cap. 10. Porto Alegre: ArtMed, 2013.
- Kehlet H, Edwards RR, Buvanendran A. Persistent postoperative pain: pathogenic mechanisms and preventive strategies. *Pain* 2012; 133-43.
- Knaster P, Estlander A-M, Karlsson H, Kaprio J, Kalso E. Temperament Traits and Chronic Pain: The Association of Harm Avoidance and Pain-Related Anxiety. *PLoS ONE* 2012; 7(10): e45672.
- Kernberg O. Transtorno da Personalidade Narcisista. In: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard GO. Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos da Personalidade. Cap. 9. Porto Alegre: ArtMed, 2013.
- Kernberg O, Yeomans F. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnoses. *Bull Meninger Clinic* 2013; 77(1):1-22.
- Merskey H. The characteristics of persistent pain in psychological illness. *J Psychosomatic Res* 1965; 9:291-98.
- Powers AD, Oltmanns TF. Personality disorders and physical health: a longitudinal examination of physical functioning study, health care utilization and health-related behaviors in middle-aged adults. *J Pers Disorders* 2012; 26(4):524-38.
- Stahl S. Psicofarmacologia – Bases neurocientíficas e aplicações práticas. Capítulo 15. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010.
- Turk D, Wilson H. Fear of Pain as a Prognostic Factor in Chronic Pain: Conceptual Models, Assessment, and Treatment Implications. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14:88-95.