

**Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e  
Tratamento da dor  
2019**

**Equipe de Controle de Dor – Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da FMUSP**

# **Dor crônica, personalidade e transtornos de personalidade**

**Prof. Dr. João Paulo C. Solano**  
**Psiquiatra – Prof. Titular de Psiquiatria do**  
**Centro Universitário São Camilo**

**[joaopaulocsolano@uol.com.br](mailto: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
  - Antissocial
- histeria
- 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

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 terminal, 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 informações 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:

- **Autodirecionamento** (*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 *Borderline* de Personalidade- DSM

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

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, averigam 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).



# Vinheta clínica: TP narcisista

Sr. B, 47 anos, pedreiro, afastado há 10 anos, desde que um bloco de laje caiu sobre seu tórax. Encaminhado à equipe de dor após 6 meses tratando-se em departamento de ortopedia, onde o diagnóstico de contusão condro-costal fora feito e o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não tinha eliminado suas dores. RX e ultrassom da região descartaram outros diagnósticos. Referia dor incapacitante em 1/3 médio e inferior do hemitórax direito, piorada quando pegava qualquer peso. Na quarta consulta psiquiátrica, chegou uma hora antes do início do ambulatório; quando os outros pacientes chegaram, pediu ao médico que o atendesse primeiro (pois tinha um evento logo em seguida); irritou-se profundamente quando lhe foi dito que seriam atendidos primeiro os pacientes que tinham horários anteriores ao dele. Alegou que em sua consulta anterior, o psiquiatra atendera antes dele uma paciente que passara mal na sala de espera – o que era verdade. Sua irritação não cedeu, mesmo em lhe sendo dito que aquilo tinha sido uma emergência. Após isto, B abandonou o tratamento. Na anamnese objetiva, sua esposa tinha contado que B sempre cuidara de seu físico atlético mas, depois do acidente, não conseguia nem carregar as sacolas da feira (a esposa e um filho de 11 anos as carregavam, embora B sempre as acompanhasse): “ele, às vezes, chega em casa gritando de dor, se joga na poltrona e fica horas imóvel; eu preciso lhe trazer comida e, depois, uma vasilhinha pra escovar os dentes”. A esposa também contou que B tivera várias brigas com seus chefes de obra, pois achava que sempre tinha razão (era conhecido como “o polêmico”). Em casa, era um homem de “dura cerviz”, que nunca se curvava às vontades da esposa ou do filho. Quando havia discussões, era frequente B passar horas ou dias “emburrado, triste, sem sair do quarto, até que lhe fossem pedir desculpas”. Segundo a esposa, B não tomava os remédios conforme passados pelos médicos, pois dizia que “ninguém melhor que ele pra entender o que ele sentia”.

# 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: ? (sem estudos)



# Transtorno de Personalidade Esquiva – DSM

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)



## Original Research Article

# The Prevalence and Type of Axis-I and Axis-II Mental Disorders in Subjects with Non-Specific Chronic Back Pain: Results from a Population-Based Study

Andreas Gerhardt, MA,\* Mechthild Hartmann, MA,\*  
Bärbel Schuller-Roma, MD,\* Klaus Blumenstiel,  
MD,\*† Christiane Bieber, MD,\* Wolfgang Eich, MD,  
PhD,\* and Sabine Steffen, MA\*‡

\*Department of General Internal Medicine and  
Psychosomatics, University Hospital, Ruprecht Karls  
University, Heidelberg;

†Department of Psychosomatic Medicine and  
Psychotherapy, Fürst-Sturum-Hospital, Bruchsal;

‡Department of Psychiatry and Psychotherapy II, BKH  
Guenzburg, Ulm University, Guenzburg, Germany

Corresponding author: Andreas Gerhardt, MA,  
Department of General Internal Medicine and  
Psychosomatics, University Hospital Heidelberg,  
Im Neuenheimer Feld 410, D-69120 Heidelberg,  
Germany. Tel: 0049-6221-5636860; Fax:  
0049-6221-568450; E-mail: andreas.gerhardt@  
med.uni-heidelberg.de.

There are no conflicts of interest related to the  
manuscript on the part of the authors.



## Abstract

**Objective.** To investigate the prevalence and the type of mental comorbidity in a population-based sample of subjects with non-specific chronic back pain.

**Design.** Representative population-based survey.

**Patients.** From a random sample of individuals (N = 2,000), 1,091 subjects completed a questionnaire including a pain assessment. Of those, 188 subjects (17%) fulfilled the criteria for chronic back pain ( $\geq 45$  days of back pain in the last 3 months) and were subsequently invited to undergo a detailed clinical examination; 131 subjects (70%) agreed to participate. The Structured Clinical Interview for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV) (SCID-I + II) was used to assess current (defined as the previous 4 weeks) mental comorbidity and was completed in 110 subjects (84%) with non-specific chronic back pain.

**Intervention.** N/A.

**Outcome Measures.** DSM-IV mental comorbidity diagnoses.

**Results.** The overall prevalence of mental comorbidity of Axis-I and -II disorders were 35.5% and 15.5%, respectively. Of Axis-I disorders, anxiety disorders (20.9%) and affective disorders (12.7%) were the most frequent. Of Axis-II disorders, 9.1% of diagnoses was of the Cluster C category (anxious/inhibited). Compared with the general population, the total rate of Axis-I comorbidity was significantly higher, while the total rate for Axis-II personality disorders was only slightly different.

**Conclusions.** The consistent diagnoses of anxiety, fear, and avoidance in these subjects indicate that also primary care health professionals should consider anxiety disorders in patients with chronic pain, in addition to the affective disorders that are most frequently self-reported in pain patients.

## **Personality disorders and physical health: A longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle-aged adults**

**Abigail D. Powers, M.A. and Thomas F. Oltmanns, Ph.D.**  
Washington University in Saint Louis, Department of Psychology

### **Abstract**

Personality disorders (PDs) have significant, long-term effects in many areas, including physical health outcomes such as increased risk for chronic disease and mortality. Although research has documented this detrimental impact in relation to long-term physical health, no one has explored the more immediate influence of disordered personality on aspects of physical functioning, such as pain level, or health-related behaviors, such as medication use. The present study examined the unique effects of PD features on physical functioning, medical resource utilization, and prescription medication use to determine potential risk associated with PDs. We studied an epidemiologically-based sample (N=608) of Saint Louis residents (ages 55–64) over two time points (6 months apart). We found that disordered personality was significantly predictive of worse physical functioning, role limitations, fatigue, and pain at both time points, even when current health problems, the presence of depression, and health behaviors (i.e., smoking, drinking, exercise) were controlled. PD features were also predictive of increased healthcare utilization and medication use at follow-up. These results suggest that the presence of disordered personality may be an important risk factor for worse functioning, regardless of actual health status.



# THE CHARACTERISTICS OF PERSISTENT PAIN IN PSYCHOLOGICAL ILLNESS

H. MERSKEY\*

(Received 29 July 1965)

J. Psychosomatic Res.,  
1965. Vol. 9, pp. 291-298.

PAIN IN psychiatric patients may be regarded as having four main types of mechanism or provenance. Since the *Studies on Hysteria* [1] it has been regarded as a conversion symptom; with the development of the techniques of clinical physiology [2, 3], it has been accepted that emotions may cause a local disturbance in some part of the body which then gives rise to pain. Thirdly pain may appear to be in the nature of an hallucination, and Schneider [4], Bleuler [5] and Jaspers [6] take this view. Lastly, it is also commonly assumed that emotion may exacerbate the pain derived from a physical lesion.

There is a widespread impression that pains in psychiatric patients are bizarre or unusual and less peculiar in those with organic lesions. Dana [7] quoted many striking descriptions, but Gittleson [8] in a study of "Psychiatric Headache" noted that many of the descriptions did not seem unusual, and Walters [9] also reported many cases of quite ordinary descriptions of what he called "Psychogenic Regional Pain". In another study [10] a comparison has been made of descriptions of pain by psychiatric patients and those in a general medical clinic.

Little attention has been given to the phenomenological characteristics of pain in psychiatric patients and it is also uncertain in what illnesses pain occurs most often and what its relationship to the illness may be, although a recent report [11] has given some attention to the latter topic. Yet pain is a common symptom in psychiatric patients. Edmonds [12] a general practitioner, found that of 183 patients with psychoneurosis, 47% had muscular pains and 39% had headaches. Klee *et al.* [13] found 61% of patients at a Veterans' Administration Clinic had pain on admission, and Spear [14] has further examined the characteristics and incidence of pain in general and its association with different diagnostic groups. In this paper the results are reported of a similar examination of patients in whom pain was a persistent and prominent complaint.

Why does this association exist? Pain conforms to the common idea of an illness with some physical basis. It does this at least as well as the dramatic fits, motor paralyses and amnesias which have traditionally characterised major hysteria. The latter group of symptoms is often supposed to have become less common at the present time. We do not really know whether this is so and we certainly have no knowledge of whether there have been any changes in the incidence of psychogenic pain. But in any case pain could still tend to be unconsciously preferred as a dissociative symptom which is also very acceptable socially and medically. Much of this acceptability perhaps arises from the fact that, pain is an excellent complaint if one wishes to be regarded as suffering. It readily confers the status and role of an organically ill patient upon the affected person. In view of these advantages and of its common association with dissociative symptoms it seems reasonable to regard pain as frequently being such a dissociative symptom, or, since it affects the body, a conversion symptom.

#### SUMMARY

Persistent pain is common amongst psychiatric patients, and occurs in the older age group. Patients who deny the presence of any pain tend to be younger than the average for psychiatric patients. Whilst persistent pain occurs in several types of psychiatric illness, it shows a major association with neurosis (especially hysteria), and is relatively rare in schizophrenia and endogenous depression.

Psychiatric patients with persistent pain generally describe it as severe and usually experience it in more than one site, the commonest site being the head where 62% had some pain or ache, but any region may be involved. 10% had some genital pain. Only a minority—some 13%—describe their pain in bizarre or “highly structured” terms. 38% gave an intermediate type of description, whilst 49% gave a simple description of their pain. For pains in psychiatric conditions general physical measures, including analgesics, were of little help, but there was often a relationship between pain and the emotional state. In accordance with this relationship relief was most frequently obtained by appropriate psychiatric treatment whether this was psychotherapeutic or physical.

- 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.

# Catastrofismo

- Tipo de viés cognitivo em que o paciente interpreta distorcidamente a experiência de dor
- Está relacionado à cronificação da dor
- Ruminações sobre a sensação álgica
- Amplificação da intensidade e/ou duração da dor
- Sentimentos de desesperança
- Tendência viciosa à autovitimização
- Em pacientes com dor crônica, é preditor de intensidade da dor, grau de incapacidade e carga de sintomas psicológicos, independente do tipo de dor

(de Boer MJ et al., 2012, *Eur J Pain* 16: 1044–52;  
Severeijns R et al., 2001, *Clin J Pain* 17, 165–72.)