

# Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos

## *Chronic failure in the treatment of chronic pain? The silent influence of the personality and its disorders*

João Paulo Consentino Solano<sup>1</sup>

.....

### RESUMO

Transtornos psiquiátricos são comuns entre pacientes com dor crônica não oncológica. Em uma amostra de pacientes que foram encaminhados para avaliação psiquiátrica, transtornos de personalidade foram encontrados mais frequentemente que qualquer outro diagnóstico psiquiátrico, incluindo-se depressão maior. Os transtornos de personalidade *borderline* e narcisista foram os mais prevalentes. O presente artigo discute tais achados à luz de uma revisão de literatura em que os termos *chronic pain*, *borderline personality disorder*, *narcissistic personality disorder* foram adequadamente combinados como descritores. Além dos critérios diagnósticos para cada um dos transtornos, discutem-se alguns “sinais sutis” que podem orientar na identificação de traços de cada um deles, e duas vinhetas clínicas são apresentadas para ilustrar os transtornos de personalidade em discussão. Ao final, dão-se recomendações que podem facilitar o seguimento destes pacientes em equipes multiprofissionais de dor crônica.

**Palavras-chave:** Dor Crônica, Transtornos da Personalidade, Transtorno da Personalidade *Borderline*, Narcisismo

### ABSTRACT

Patients with non-oncologic chronic pain conditions commonly present with psychiatric symptoms and disorders. In a sample of non-oncologic chronic pain patients referred for psychiatric consultation, personality disorders were found more frequently than any other diagnosis, including major depression. Borderline and narcissistic personality disorders were the most common psychiatric diagnoses in the group. This paper debates such findings along with a literature review carried out using the keywords chronic pain, borderline personality disorder, and narcissistic personality disorder. Diagnostic criteria for the personality disorders are shown, as well as some “soft signs” that may indicate the disorder. Two vignettes exemplify each of the personality disorders; finally, some recommendations are offered to ease the clinical management of such patients by multi-professional teams for chronic pain patients.

**Keywords:** Chronic Pain, Personality Disorders, Borderline Personality Disorder, Narcissism

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra, Departamento Medicina Preventiva - FMUSP.

Endereço para correspondência:  
Divisão de Anestesia do Instituto Central do Hospital das Clínicas FMUSP/Equipe de Controle de Dor  
João Paulo Consentino Solano  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 -  
8º andar - Bloco C  
São Paulo - SP  
CEP 01246-903  
E-mail: joaopaulocsolano@uol.com.br

Recebido em 05 de Abril de 2014.  
Aceito em 15 de Maio de 2014.

DOI: 10.5935/0104-7795.20140020

## INTRODUÇÃO

Já faz tempo que a literatura médica reporta como o tratamento de doentes com dor crônica é complicado pela presença de comorbidades psiquiátricas.<sup>1-3</sup> Relatos de profissionais de diversas formações indicam que, ao lidar com pacientes com dor crônica, especialmente a dor crônica não-oncológica (DCNO), é muito frequente a ocorrência de pacientes com depressão, ansiedade, abuso de substâncias, hipocondria e transtornos de personalidade (TP).<sup>4,5</sup>

Quando se compara a literatura médica mais antiga com a recente, percebe-se que, ultimamente, aconteceu uma guinada a favor da depressão. A maioria dos estudos investigando comorbidades psiquiátricas entre pacientes com DCNO indicam que depressão é o quadro mais frequente entre estes pacientes.<sup>6,7</sup> É muito comum que pacientes com DCNO sejam encaminhados para o psiquiatra com o diagnóstico do qual se tratam nas equipes de dor (fibromialgia, por exemplo), já secundado da palavra “depressão” sob interrogação.

Este artigo traz a experiência de um psiquiatra trabalhando numa equipe de acompanhamento a pacientes com dor crônica, em que transtornos de personalidade apareceram como o diagnóstico psiquiátrico mais prevalente. Além disto, muitos pacientes tinham sido equivocadamente diagnosticados como tendo depressão. Serão apresentadas vinhetas clínicas (fictícias) exemplificando os transtornos de personalidade mais frequentes no grupo, e os critérios pelos quais se chegou ao diagnóstico. O texto é entremeado pelos resultados de uma revisão de literatura sobre o assunto. Ao final, algumas recomendações são sugeridas aos profissionais de saúde que lidam com DCNO, no sentido do aprimoramento diagnóstico e manejo clínico.

## MÉTODO

Procedeu-se a uma revisão de literatura dos últimos dez anos nas bases de dados LILACS, MedLine e Cochrane Library. Os descritores *borderline personality disorder* e *narcissistic personality disorder* foram combinados, um a um, com o termo *chronic pain*. Foram incluídos artigos em inglês, espanhol e português. Listas de referências dos artigos foram checadas, assim como livros e capítulos de livros pertinentes ao assunto.

### Dor crônica e transtorno de personalidade *borderline*

Acompanhando os pacientes que foram encaminhados para avaliação psiquiátrica,

o transtorno de personalidade *borderline* foi o diagnóstico clínico-psiquiátrico mais frequente. Referimo-nos a diagnóstico clínico-psiquiátrico como aquele resultante do procedimento anamnético clássico, amparado nos critérios da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV).<sup>8</sup> O Quadro 1 oferece os critérios diagnósticos do DSM-IV para o TP *borderline* e exibe uma vinheta clínica de um paciente com DCNO ao qual daríamos tal diagnóstico.

A prevalência do TP *borderline* em estudos populacionais varia de 1,6 a 5,9%.<sup>9</sup> Entre pacientes ambulatoriais de psiquiatria, ela é estimada em 10% e, em amostras de pacientes com dor crônica, ela chega à ordem de 30%.<sup>10</sup> McWilliams & Higgins<sup>11</sup> identificaram traços *borderlines* em quatro amostras de pacientes com DCNO, incluindo osteoartrite, cafaieias frequentes e lombalgia crônica. Keuroghlian et al.<sup>12</sup> identificaram que os pacientes *borderlines* mais graves coincidiam com aqueles indivíduos da rede primária que tinham menores

chances de se recuperar de condições médicas mais complexas (como osteoartrite e obesidade), tinham os piores hábitos de vida e sobre utilizavam os serviços de saúde. Frankenburg & Zanarin<sup>13</sup> apontaram os *borderlines* como sendo pacientes capazes de se apresentar com “qualquer síndrome” (incluindo fadiga crônica, fibromialgia e síndromes dolorosas de articulação têmporo-mandibular), além de obesidade, osteoartrite, lombalgia e uso excessivo de analgésicos. Para Sansone et al.<sup>14</sup> a dor crônica deve ser considerada um sintoma constituinte da personalidade *borderline*. Em nosso grupo de DCNO sob acompanhamento psiquiátrico, 40% dos pacientes têm diagnóstico de TP *borderline* (12 em 30 pacientes).

De acordo com o parágrafo introdutório do DSM-IV para os critérios diagnósticos de TP *borderline*, a instabilidade nos relacionamentos, na afetividade, na autoimagem e a impulsividade formam o núcleo sintomatológico principal destes pacientes (Quadro 1). Depreende-se que se torna muito difícil fazer-se o diagnóstico

### Quadro 1. Critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtorno de Personalidade *Borderline* e vinheta clínica

Um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e acentuada impulsividade, indicado por cinco ou mais dos seguintes critérios:
a) esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado;
b) relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
c) perturbação da identidade: instabilidade acentuada da autoimagem ou do sentimento de <i>self</i> ;
d) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, práticas sexuais, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente);
e) recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
f) instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa irritabilidade ou ansiedade durando de algumas horas a alguns dias);
g) sentimentos crônicos de vazio;
h) raiva inadequada e intensa, ou dificuldade em controlar a raiva;
i) ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse, ou severos sintomas dissociativos.
Vinheta clínica
Sra. A, 33 anos, solteira, acompanhada na equipe de dor por fibromialgia, lombalgia crônica, síndrome do túnel do carpo e bursite. Também em acompanhamento com neurologista (por cefaléia), ginecologista (endometriose), gastroenterologista (síndrome do cólon irritable), nutricionista (obesidade) e cardiologista (hipertensão). Alegou também ter diagnóstico comprovado de apneia obstrutiva do sono. Recentemente tinha-se desentendido com o médico que a acompanhava, tendo trocado de médico na equipe de dor. Avaliação psiquiátrica solicitada por hipótese de depressão. Na consulta psiquiátrica, referiu sentir dor pelo “corpo inteiro, desde que se tinha por gente”. Desde a adolescência, tinha várias passagens em pronto-socorros devido a crises de desmaios, sem características epilépticas, sempre sucedendo a discussões, quer com seus pais, vizinhos ou namorados. Contou que, em algumas crises, antes do desmaio, saía fora de si, “desconhecia-se completamente”, e avançava nas pessoas que estivessem a sua volta (não só naquela com quem estivesse discutindo). Contou que tinha sido “descartada” numa triagem em um ambulatório de psiquiatria porque não tinha tentativas de suicídio ou sinais de automutilações. Na segunda consulta psiquiátrica conosco, porém, falou que sempre teve vontade de morrer, desde criança, por causa de um “abismo vazio por dentro”; e que, na adolescência, tinha tido vários namorados e abusara de algumas drogas, para tentar esquecer o “vazio”. Também na segunda consulta, disse ao psiquiatra: “Eu te amo, Dr!... assim como a todos os meus lindos médicos deste hospital”. Na anamnese objetiva, o pai negou antecedentes de crises circunscritas de depressão ou exaltação do humor. Contou que a paciente o obrigou a aposentar-se mais cedo, para ajudá-la nos transportes aos diversos médicos. Disse que a família se sentia esgotada, pois a paciente apresentava “uma novidade por dia”, geralmente um novo problema de saúde. E que a paciente, desde a adolescência, exibia diariamente um turbilhão de emoções contraditórias, não havendo nada que a satisfizesse.

numa primeira anamnese com o paciente, visto que a instabilidade interpessoal e afetiva e a impulsividade poderão só ser reveladas pela anamnese objetiva (com familiares do paciente) ou à medida que o vínculo relacional com o médico se estabeleça. Pode ocorrer que numa anamnese subjetiva inicial, o paciente se apresente com uma patoplastia (uma fachada) depressiva, o que favorece o erro diagnóstico. Isto parece vir sendo a regra, não a exceção.

Uma dificuldade adicional na identificação da patologia é dada pelo fato de que existem *borderlines* de “baixo desempenho” e de “alto desempenho”.<sup>15-17</sup> Infelizmente, esta variação não é contemplada pelo DSM-IV. No TP *borderline* de baixo desempenho, o funcionamento social do paciente é tão comprometido que o paciente acaba sendo incluído num programa de tratamento em saúde mental. Neste grupo, são frequentes os sinais ruidosos da doença, como tentativas de suicídio e a impulsividade parassuicida (automutilações). Muitos destes pacientes têm uma história laboral pouco produtiva e dificuldades graves para a vida relacional que os podem ter levado a uma vida de relacionamentos afetivos superficiais, ambivalentes ou francamente agressivos. Muitos destes pacientes ativamente buscam tratamento, seja pelos sintomas de sofrimento psíquico crônico, seja por quadros de depressão, transtornos alimentares ou problemas com uso de substâncias. Já os pacientes com TP *borderline* de alto desempenho, na maioria das vezes, passam socialmente despercebidos. Eles dificilmente reconhecem seus problemas psicológicos. Pode não haver, ao longo de suas vidas, nenhuma tentativa suicida ou parassuicida, e nenhum curso de tratamento em saúde mental. Muitos destes pacientes só são reconhecidos por crises de instabilidade emocional e/ou impulsividade que ficam restritas aos seus relacionamentos mais íntimos (geralmente dirigidas aos familiares, em cenas frequentes de abuso verbal, físico ou sexual). Geralmente, estes indivíduos são produtivos no trabalho, e constituem famílias aparentemente funcionais. Diagnosticar um paciente com dor crônica e uma subjacente personalidade *borderline* de alto desempenho é um desafio clínico dos mais difíceis, pois haverá a necessidade de uma escuta atentamente dirigida não só para os critérios do DSM-IV, mas também para os sinais sutis da doença.

Para Sansone & Sansone<sup>18</sup> o paciente *borderline* com dor crônica é paradoxalmente menos e mais sensível à dor. Menos sensível nos momentos em que se automutila (para aqueles que preenchem este critério, item e, no Quadro 1), mas mais sensível ao longo do

tratamento, em que suas queixas de dor (e de outros sofrimentos) parecem estar sendo hiperbolizadas. Para aqueles autores e também para Mason & Kreger,<sup>15</sup> Kreger<sup>16</sup> e Kreisman & Straus,<sup>17</sup> tal paradoxo pode ser explicado pelo fato de, no ato automutilatório, o paciente poder exercer o controle sobre os infortúnios que experimenta. Tal exercício de controle, porém, não pode ser obtido sempre, ao longo de toda a vida. Aliás, não o pode para nenhum de nós. O *borderline* não aceita que suas experiências de prazer ou desconforto estejam fora de seu controle antecipatório. Portanto, a possibilidade de vir a sentir dor (desconforto, mal estar, sofrimento) o faz reagir hiperbolicamente, habitualmente com catastrofismo, numa tentativa de reaver o controle ou eliciar cuidados (ou proteção) da parte do outro.<sup>11,19</sup> Este outro é intercambiável: um familiar, o médico, a fisioterapeuta etc. Para Sansone & Sansone<sup>18</sup> a personalidade *borderline* se consolida num cenário familiar em que se “reforçam comunicações interpessoais nas quais a expressão de sintomas provoca o cuidado que vem de fora”. Nos últimos anos, tem crescido o número de artigos que falam da importância dos fenômenos de hiperbolização no paciente *borderline*<sup>20,21</sup> e de catastrofismo nos pacientes com dor crônica.<sup>22-25</sup> A leitura destes últimos faz perceber que os autores nem sempre detectaram a condição *borderline* em suas amostras - ou por não as terem procurado com instrumentos adequados, ou por não terem disposto de entrevistas com psiquiatras. Pode estar faltando uma leitura translacional dos achados que deixe mais claro que a hiperbolização emocional dos pacientes *borderlines* e o catastrofismo dos pacientes com dor crônica podem ser dois construtos muito próximos, passíveis de sobreposição. Necessidade compulsiva de controle contra possíveis desconfortos, reatividade hiperbólica e catastrofismo são sinais sutis que podem guiar o clínico ao diagnóstico de TP *borderline*.

Para obter cuidados e proteção perenais, o *borderline* aprende, desde cedo, a apresentar-se como vítima. O papel de agressor é inicialmente entregue a um familiar; depois de alguns anos, ao médico ou a outros profissionais de saúde, ao sistema de saúde, ao sistema previdenciário (e a toda a “injusta” sociedade). A medicina conhece há tempos a turbulência dos pacientes que parecem estar aderidos ao papel de vítima. O modelo dual vítima-agressor foi, porém, refinado para um modelo triangular por autores que notaram estar o *borderline* viciado, desde a infância, num roteiro dramático exercitado à exaustão com três personagens caricaturais: uma vítima, um

ofensor e um salvador.<sup>15,16</sup> O paciente ocupa alternadamente os papéis de vítima (fachada depressiva, com fraqueza, dor, debilitação física, autocomiseração, remorso, arrependimento) ou de ofensor (fachada agressiva, nos momentos de queixas incoercíveis, intransigências querelantes ou explosões coléricas, nos quais culpa o outro por seus infortúnios). O papel de salvador, também desde a infância, costuma ser ocupado por um outro familiar (que se contraponha ao ofensor e venha em socorro do paciente), ou vizinho ou conhecido. Tal dinâmica triangular ficou conhecida como “triângulo de Karpman”, em homenagem ao médico que a identificou.<sup>26</sup> Embora também encontrável em famílias funcionais, vemos que, nas famílias onde um ou mais membros sofrem de personalidade *borderline*, a encenação exagerada dos três papéis do triângulo tem o poder de perpetuar um ambiente desgovernado, francamente caótico. Nós, médicos que lidamos com estes pacientes, facilmente somos alçados ao papel de salvadores (em geral nas primeiras consultas), somente para depois sermos lançados ao desterro da posição de ofensores (com o andar de um tratamento que geralmente fracassa). Esta dinâmica está incluída entre os critérios do DSM-IV (item b, alternância entre super idealizações e desvalorizações do outro). A contínua - muitas vezes vitalícia - adesão do paciente ao papel de vítima também está no DSM-IV (critério a), pois estar doente o tempo todo garante não ser abandonado (deixado “à míngua”). A viscosa adesão ao papel de doente/vítima, e a rapidez com que o paciente se sente ofendido, quer no modelo dual ou triangular, também funcionam como sinais sutis da patologia *borderline*, pelos quais o clínico pode se orientar. O problema é que, muitas vezes, o profissional menos experiente ou que trabalha sob demanda de tempo pode não perceber a correspondência entre os critérios do DSM-IV e as sutilezas da comunicação com seu paciente.

Além de culpa, o paciente *borderline* também costuma causar, no seu outro imediato, sentimentos de obrigação e medo.<sup>15,16</sup> Consideramos, também entre os sinais sutis, que o médico levante a hipótese de patologia *borderline* quando se perceber com tendências crônicas a se sentir culpado pelos fracassos terapêuticos, ou na “obrigação” de fazer seu paciente melhorar rapidamente, ou persistentemente amedrontado por suas demandas.

É comum se considerar o paciente *borderline* como alguém que manipula o outro para a atenção de suas demandas, seja silenciosa ou ruidosamente. Tais demandas parecem ser intermináveis, ou seja, o *borderline* parece dotado de uma voracidade insaciável. Se um médico

ou terapeuta permitir que o paciente fale livremente (o que é recomendável na primeira consulta e periodicamente), pode sobrevir o voluptuoso descarregamento de uma torrente de emoções intensas e novas queixas físicas. Este vociferante fluxo de emoções e queixas corresponde aos critérios (f) e (h) do Quadro 1. Kreisman & Straus<sup>17</sup> chamam a esta postura do *borderline* frente à vida, e diante do seu próximo, de hemofilia emocional, pois o doente parece não conseguir conter dentro de si a efervescência pulsátil de sua vida emocional. A necessidade de o doente comunicar ostensivamente ao outro os extremos de cores e dores de sua vida emocional geralmente faz com que o médico permaneça atônito por alguns minutos, sem saber o que fazer com o doente. Em nossas reuniões de discussão de casos, nomeamos isto de “sinal do empalhamento do médico”. Infelizmente, temos visto que muitos profissionais, nessas horas de paralisia, optam pela saída mais fácil e rápida: olhar para o papel e pedir novos exames ou consultas a especialistas de outros departamentos. De fato, muitos médicos e terapeutas que atendem vários desses pacientes num mesmo dia se sentem emocionalmente massacrados e drenados de suas energias. Kreger & Mason<sup>15</sup> lembram que o perfil hiper demandante e manipulador não é intencional por parte desses pacientes, mas secundário às vivências crônicas de dor psíquica, desespero e solidão - deixando em evidência os critérios (c) e (g) do DSM-IV.

É oportuno lembrar que estes pacientes, para se sentirem menos doloridos com a vida, precisam localizar a frustração no outro (fora, no mundo externo). Portanto, frustrar o outro (um cuidador ou o médico, por exemplo) cumpre uma função econômica a estes pacientes: “estando lá (no outro) a frustração, há menos chance de que ela esteja dentro de mim” - este seria o moto perpétuo e inconsciente do *borderline*. Ao acompanhar tais pacientes na equipe de DCNO, estamos acostumados a ficar periodicamente frustrados com estratégias terapêuticas que pareciam perfeitas, até heróicas, mas que sempre lhes resultam inócuas. Reputamos esta tendência a sistematicamente produzir frustrações no outro (geralmente por comunicação não verbal) também um sinal sutil da patologia *borderline*.

Muitos *borderlines* não executam evidentes tentativas de suicídio ou automutilações ao longo de suas vidas. Mas executam-nas silenciosamente. Sabotagens ao próprio tratamento ou um tratamento eternamente inefetivo podem ser sintomas silenciosos equivalentes às autoagressões que os *borderlines* se impingem ao longo de suas vidas. Muitas

vezes, temos a impressão de que estes pacientes deixam de tomar suas medicações conforme prescritas, faltam a consultas, falham em prepararem-se para procedimentos agendados - como se sua cura não fosse do próprio interesse, ou como se eles pudessem se desresponsabilizar de seu próprio tratamento (já que fora há outro que por eles vela). Notemos que, em agindo assim, a questão do controle sobre o que acontece consigo continua nas mãos do paciente: ele pode antecipadamente dosificar o quanto de dor permitirá sobre si mesmo. Nesta dinâmica perversa, o resultado é que o paciente consegue colocar o seu cuidador, o médico, numa “*no win situation*”.<sup>15,16</sup> Ninguém ganha. E o médico precisa estar atento, tanto para não agir numa contratransferência vingativa, quanto para não desiludir-se demais de sua profissão ou entrar em esgotamento profissional (*burnout*). Colocar o seu cuidador em “*no win situations*” também é sinal sutil, tanto do transtorno *borderline*, como do transtorno narcisista, o segundo mais prevalente em nossa amostra de DCNO.

### Dor crônica e transtorno de personalidade narcisista

A prevalência do TP narcisista na população é bastante variável, podendo chegar a 6%.<sup>9</sup> Em amostras clínicas, a prevalência está entre 1,5 e 17%.<sup>27</sup> Em amostras de pacientes com dor crônica, varia de 2 a 23%.<sup>4</sup> Entre os pacientes com DCNO que recebem seguimento psiquiátrico em nosso ambulatório, 30% têm critérios para TP narcisista. O Quadro 2 traz os critérios diagnósticos para o transtorno e uma vinheta clínica que o ilustra.

Se no caso da personalidade *borderline* eram nucleares os sintomas de instabilidade e impulsividade, na personalidade narcisista será nuclear a vivência superlativa da própria grandiosidade.<sup>28</sup> Trata-se do paciente que sistematicamente deixa transparecer ao médico que ainda não se sente tratado à altura de seus merecimentos (ou sofrimentos), ou tem uma expectativa de tratamento diferenciado, ou se sente exageradamente importante (autointitulação), ou tem comportamentos arrogantes ou altivos, quer nas suas relações com conhecidos, quer com os profissionais que o atendem.<sup>27</sup>

Obviamente, o paciente não diz ao médico que se sente grandioso, valoroso, melhor que seus pares - nem é fácil que ele assim se devasse em escalas diagnósticas autoaplicáveis. Muitas vezes, apresentar-se de forma humilhada, aliás, faz parte de um caráter especial, grandioso que, silenciosamente, o paciente atribui a si mesmo. O diagnóstico será encontrado, então, pela observação do

comportamento do paciente, seja na sua relação com os profissionais de saúde, seja por meio dos relatos obtidos de familiares. Em algumas vezes, porém, uma escuta cuidadosa permitirá que também o relato do paciente (ainda que de tonalidade humilde) traia-se e o médico venha a divisar a grandiosidade, a autointitulação ou a arrogância nas subliminidades não-verbais de seu discurso.

O DSM-IV concentra todos os seus critérios de TP narcisista em torno do senso inadequado da própria grandiosidade (critérios a-i no Quadro 2). Porém, como um paciente que procura ajuda médica (com dor crônica, por exemplo) deve apresentar-se como alguém que necessita do outro, é muitas vezes com os sinais sutis que o médico poderá levantar a hipótese de TP narcisista. Geralmente, tais sinais não estão presentes na primeira consulta, o que dificulta o diagnóstico.

Entre os sinais sutis, Westen & Shedler<sup>29</sup> sugerem que, além do elencado no DSM-IV, os pacientes narcisistas são tipicamente controladores, competitivos e tendem a envolver-se em disputas de poder. Em nosso meio, temos visto muitos narcisistas que simplesmente não podem melhorar de suas dores porque já estão em disputas judiciais com seus ex-empregadores (e não querem perdê-las).

Os critérios do DSM-IV não deixam clara a existência de dois “subtipos” de narcisistas, conforme reconhecidos pela maioria dos autores: o narcisista grandioso-exibicionista e o narcisista reservado-sensível.<sup>27,30,31</sup> Os primeiros, também chamados de narcisistas “evidentes”, facilmente preenchem os critérios do DSM-IV, por conta de sua arrogância, busca de atenção, sensação de que merecem privilégios e exceções, e sua relativa ausência de ansiedade. Os últimos, também chamados de “encobertos”, são narcisistas inibidos, hipersensíveis a críticas, angustiados e aparentemente modestos. Para Kernberg, esta polaridade evidente/encoberto entre os narcisistas representa um *continuum*, não havendo a necessidade de criar subtipos para o transtorno.<sup>28</sup> Em nossa clínica, temos podido confirmar essa visão: os pacientes, em geral, nas primeiras consultas apresentam-se encobrindo sua arrogância narcísica; e, quando se tornam seguros de terem a atenção do médico, ou passam a se sentir “amigos do médico”, sua patologia se torna evidente.

Ainda entre os sinais sutis do transtorno narcisista, quer na sua expressão evidente, quer na sua expressão encoberta, o médico deve estar atento ao paciente-impermeável-a-qualquer-orientação e ao paciente-que-nunca-melhora. Em ambos, parece estar por trás

**Quadro 2.** Critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtorno de Personalidade Narcisista e vinheta clínica

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

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

## Vinheta clínica

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 este incidente, 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".

do comportamento uma constituição de *self* impenetrável.

O paciente impermeável-a-qualquer-orientação costumeiramente não se curva às prescrições do médico. Remédios são autoadministrados de forma errática; faltas a consultas são comuns; procedimentos precisam ser antecipadamente negociados, em repetidas e enfadonhas crises de hesitação nas quais o paciente parece duvidar de que o médico queira o seu bem. O médico pode se sentir depreciado pelo paciente, ou sentir que precisa fazer manobras periódicas para revalidar sua autoridade de médico na relação com ele.

Já o paciente-que-nunca-melhora, a partir de dentro de sua couraça narcísica, está comunicando seu triunfo sobre aquilo de que todos os outros homens têm medo: dor e sofrimento. De forma silenciosa, sua força e grandiosidade estão em exibição. É como se o paciente pudesse dizer, diariamente a seus pares, em autoufanismo: "todos precisavam de saúde; para mim, isto é indiferente". O paciente-que-nunca-melhora, além de ver a

si mesmo como especial, vê o seu problema como especial. Não lhe soa bem, portanto, que o médico diga que seu problema é de fácil resolução. Afinal, para estar à altura de sua força (ou de sua resistência), só interessa ao narcisista que sua doença seja de manejo extremamente difícil. Ter uma doença eliminável representa a eliminação de si mesmo - que é o que ocorre quando um paciente destes recebe alta: ele sente que, infelizmente, deixará de ser cercado pelos esforçados médicos e pelas promissoras benesses da medicina (ou seja, ele deixará de ser merecedor de um tratamento especial, planejado por exaustos médicos que vivem "queimando as pestanas" de tanto estudar e pensar numa saída para seu caso).

Para Kernberg, a grandiosidade desses pacientes se manifesta como uma arrogância "invasiva", que contamina e faz degenerar a relação médico-paciente: Tais doentes obtêm um ganho secundário inconsciente da doença ao sistematicamente demonstrar a incompetência e a incapacidade dos profissionais de saúde em aliviar seus 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 que lhes é oferecido.<sup>28</sup>

O narcisista defende a impenetrabilidade de seu *self*. Isto inclui dizer que defende os limites do seu eu-corporal, e dizer que ele está continuamente preocupado com o seu corpo. Sensações físicas mínimas são sobreinterpretadas. Alguns pacientes relatam sintomas únicos, bizarros, nunca antes sentidos por ninguém. O médico, muitas vezes chocado, fica com a impressão de estar diante da primeira aparição do sintoma na humanidade. Trata-se de um sintoma especial acometendo um paciente também especial, enigmaticamente forte e capaz de tolerá-lo. Para o narcisista, suportar doenças e dor é, muitas vezes, uma questão de bravura.

Percebemos um dos principais sinais sutis do transtorno quando vemos um narcisista aprisionado na "dialética da submissão". Suas relações com o outro assim se resumem: "ou eu subjugo o outro, ou ele me subjugará". Continuamente (embora não conscientemente), sua mente se ocupa da questão: "quem aqui se assenhora sobre quem?" Por conta desta dialética pernicioso, o narcisista adequa-se pouco às limitações sociais, optando sempre pelo antagonismo. Em geral, há uma história de vida que denuncia limitada capacidade para o trabalho regular (com hora de entrada e saída), pouca aptidão para o trabalho em equipe e pouco respeito à hierarquia. Uma vida com trajetórias que se chocam às de seus superiores e/ou múltiplas mudanças de emprego são frequentes. Em alguns casos, uma vida laboral completamente improdutivo é o resultado observável numa anamnese atenta. Por precisar sentir-se "livre", independente das regras sociais, muitas vezes se observa também uma inadequação à rotina sono-vigília. Cônjuges de narcisistas geralmente se queixam que o paciente quer dormir de dia, enquanto passa a noite perambulando pela casa ou no computador. Os narcisistas também, às vezes, são recalcitrantes em seguir regras quanto a hábitos alimentares. Épocas de hiperfagia podem resultar em problemas físicos relacionados ao sobrepeso e em encaminhamentos para outros especialistas, incluindo uma indicação nem sempre precisa de cirurgia bariátrica. Em suma, o paciente narcisista tem enormes dificuldades em estabelecer e manter compromissos, porquanto, na dialética da submissão, atrelar-se a compromissos estaria "diminuindo" a sua importância.

Quando a dialética da submissão invade o campo de suas relações com os profissionais de saúde, o narcisista precisa derrotar toda a equipe que o cerca; isto é, ele não pode dizer ao médico que o tratamento está sendo bom. Ademais, prevalecer sobre o outro é equacionado a ter um corpo impenetrável, com sinais e sintomas que subsistem, a despeito de qualquer esforço e boa vontade da medicina. Alguns sintomas podem, às vezes, como que por mágica, esvanecerem-se; mas outros logo aparecem para substituí-los. É assim que caminha o “tratamento” de pacientes com somatizações variadas, hipocondrias de toda sorte e transtornos dolorosos somatoformes persistentes - os quais, via de regra, têm uma personalidade narcisista subjacente à expressão de suas queixas. Na dialética da submissão, aquiescer e melhorar pelas estratégias dos médicos é ser derrotado; resistir, entrenchado na doença, é derrotar os médicos e toda a medicina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Autores reportam altas prevalências de transtornos de personalidade em pacientes com DCNO, entre 31 e 59%.<sup>4,32</sup> Se os transtornos de personalidade não forem diagnosticados, os pacientes não serão adequadamente tratados. Kernberg & Yeomans afirmam que dos pacientes encaminhados para internação psiquiátrica no McLean Hospital, da Cornell University, com diagnóstico de depressão ou transtorno bipolar de humor, metade deles não tinha nem um nem o outro diagnóstico, mas graves transtornos de personalidade.<sup>33</sup> Num estudo com 1300 pacientes com problemas incapacitantes da coluna, depressão foi encontrada em 56% dos pacientes, enquanto 70% apresentaram transtornos de personalidade.<sup>34</sup> Numa amostra de base epidemiológica, transtornos de personalidade apareceram como fator de risco para várias condições médicas, incluindo dor crônica, mesmo controlando-se para depressão.<sup>35</sup> Em nosso grupo, dos 30 pacientes encaminhados para avaliação e seguimento psiquiátricos, apenas dois receberam o diagnóstico de depressão.

O tratamento de eleição para transtornos de personalidade é a psicoterapia, havendo várias modalidades, com suas principais indicações.<sup>10</sup> As mais empregadas são, por um lado, a terapia cognitivo comportamental e as técnicas dela derivadas, como a terapia comportamental dialética e a terapia baseada na mentalização;<sup>36</sup> por outro lado, psicanalistas estão mais inclinados a empregar técnicas voltadas para a análise da transferência.<sup>37</sup> A

conjunção de psicoterapia e farmacoterapia será a melhor opção, especialmente quando houver ansiedade ou depressão comórbidas, intensa instabilidade emocional, comportamento suicida ou parassuicida, ou impulsividade. Mas é importante se ter em mente que o tratamento farmacológico estrito, como muitas vezes oferecido para pacientes depressivos, está fadado ao fracasso. É possível que a atual tendência a se tratar problemas da personalidade como depressão responda por parte do observado fracasso terapêutico com pacientes de DCNO.<sup>38-40</sup>

Existe considerável comorbidade entre os TP *borderline* e narcisista. Para Kernberg, ambos pertencem a uma mesma região nosológica (a organização *borderline* de personalidade) que abriga pessoas organizadas numa região fronteira entre o funcionamento adaptado de um lado e a gravidade psicótica de outro.<sup>37,41,42</sup> Em ambos os transtornos, os pacientes externalizam a ansiedade de forma dramática, abrasiva para a relação com o outro. A sobreposição entre ambos pode ser colocada nestes termos: o *borderline* exige ser cuidado porque sente ter fragilidades e doenças; o narcisista exige ser cuidado porque tem certeza que merece. Em ambos, vê-se uma viscosa, perpétua, inercial adesão aos privilégios da vida infantil.

Textos antigos e novos trataram do perfil de personalidade dos pacientes com dores ou sintomas refratários, que parecem ficar cronicamente aderidos ao papel de vítima ou doente.<sup>4,43,44</sup> Alguns nomearam o fenômeno também de “comportamento de doente”.<sup>45-47</sup> Todos deram importância ao chamado “ganho secundário da doença”. Neste artigo, gostaríamos de realçar algo menos debatido, que é o ganho terciário, no qual quem ganha não é o doente, mas o médico e a instituição de saúde. Pawl<sup>48</sup> aponta que médicos podem expor pacientes a tratamentos que já se provaram inefetivos, apenas pelo fato de que receberão contrapartidas financeiras pelos procedimentos. Infelizmente, além de tal conduta ser eticamente deplorável, tem o valor de mentirosamente comunicar ao paciente que uma causa física de seus males continuará a ser investigada pela medicina. Em hospitais de ensino, temos também visto outro tipo de ganho terciário, igualmente pernicioso: a equipe ganha experiência com procedimentos intervencionistas, o que é bem vindo da parte de médicos mais jovens em busca de novas habilidades.

Quando se trata a questão diagnóstica em medicina, muitas vezes se faz diagnóstico de problemas mentais por exclusão. Há autores que não concordam com tal postura.<sup>49,50</sup>

Há quadros, como os transtornos de personalidade e somatização, em que sintomas físicos são psicologicamente engendrados e mantidos. Tais quadros merecem também ter validade diagnóstica *per se*, em vez de se esperar que eles sejam diagnosticados e tratados somente depois da exclusão de miríades de causas físico-orgânicas marginalmente capazes de dar origem a seus sintomas.<sup>40</sup>

Os *borderlines* de alto desempenho e os narcisistas encobertos são difíceis de se diagnosticar pelos critérios do DSM. Nesses casos, a atenção aos sinais sutis será imprescindível. Alguns autores sugerem que as equipes de dor triem a presença de traços disfuncionais de personalidade por meio de escalas aplicadas a todos os pacientes já à entrada ao serviço.<sup>32,51</sup> Acharmos que tal abordagem pode dirimir a atual confusão entre depressão e transtornos de personalidade nos serviços de DCNO. Traggesser et al.<sup>5</sup> sugerem que pacientes com DCNO frequentemente têm depressão enquanto sintoma (assim como hostilidade ou ansiedade), e isto acaba por levar muitos médicos a equivocadamente atribuir-lhes o diagnóstico de depressão enquanto doença. Zanarini et al.<sup>44</sup> lembram que a disforia autovitimizadora, típica do *borderline*, coloca-o com grandes chances de ser confundido com um deprimido. Kernberg & Yeomans<sup>33</sup> postulam que a depressão verdadeira só deve ser diagnosticada quando (pelo menos) uma crise depressiva for delimitável na história de vida do paciente.

Os dois transtornos de personalidade aqui tratados representam sobrecargas para a relação médico-paciente. É antológico que clínicos de diversas especialidades os chamem de “pacientes difíceis”.<sup>40,52</sup> A seguir, damos algumas recomendações que podem ser úteis no acompanhamento desses pacientes pelas equipes de dor crônica.<sup>53</sup>

Anamnese objetiva é indispensável. Só o relato de um familiar ou amigo íntimo poderá trazer ao médico informações fidedignas sobre como o paciente funciona em suas relações interpessoais na família e no trabalho. A anamnese objetiva também serve para estender a aliança terapêutica a outros familiares/cuidadores, além de elucidar pontos nebulosos da história de vida do paciente, como o contexto das tentativas de suicídio, uso de psicotrópicos não prescritos, litígios com o sistema laboral-previdenciário, capacidade de adesão a tratamentos etc.

Escalas diagnósticas em psiquiatria são úteis para fins de pesquisa; quando usadas no contexto do acompanhamento clínico do paciente com DCNO, podem trazer efeitos colaterais. Por exemplo, ainda que o paciente

não responda afirmativamente à existência de (quase) todos os sofrimentos elencados, elas oferecem ao paciente um repertório de novos sintomas que poderá ser usado *a posteriori*. Deixar o paciente descrever seu sofrimento com suas palavras é o procedimento mais fidedigno ao lidar com estes pacientes.

Fixar limites com clareza desde o início do tratamento e manter-se atento a não abrir exceções ao previamente acordado. O paciente deve considerar-se co-responsável pelos desfechos de seu tratamento. É contraproducente que ele venha ao hospital no dia em que precisar, no horário em que quiser, recolha receitas de profissionais de vários departamentos, consiga todos os seus remédios gratuitamente (e muitas vezes os fique esperando em casa). Pode fazer parte de um contrato pré-estabelecido com o paciente: número máximo de faltas tolerável; reposição de horário se o paciente se atrasa; tempo máximo de consulta; atendimentos em horários além dos agendados; número de receitas ou comprimidos que serão fornecidos a cada mês. Não se deve permitir que, na sala de espera, pacientes troquem a ordem de atendimento (o médico nunca sabe em que bases ocorreram tais acordos). A sistemática transgressão ao tratamento prescrito deve resultar no desligamento do paciente do grupo - o que deve também ser previamente acordado.

Indicar psicoterapia e monitorar a adesão do paciente. Deve fazer parte do contrato que o tratamento farmacológico só será mantido se o paciente estiver frequentando as sessões psicoterapêuticas, quer com profissionais da equipe de dor ou de outro departamento.

Identificar e limitar os ganhos secundários. Tirar vantagens da condição de doente para obter atenção/cuidados de familiares, ou isentar-se de responsabilidades ou evitar o retorno ao trabalho são os exemplos mais conhecidos. Temos também visto pacientes que procuram estar eternamente vinculados a hospitais universitários como forma de garantir o próprio acesso (e de seus familiares) a tratamentos que se fizerem necessários, inclusive de outros departamentos, graças ao contato com um médico já conhecido.

Combater o ganho terciário. Não é ético oferecer aos pacientes tratamentos inefetivos, quer para obter compensações financeiras ou para adquirir habilidades práticas.

Monitorar os sentimentos deflagrados pela relação com o paciente. Deixar o interesse pela cura com o paciente (o normal é que ele seja o principal interessado). Não assumir culpa por conta de medicações ou procedimentos que resultaram inefetivos. Não reagir

à hostilidade do paciente com hostilidade (lembrar que estamos naquela relação para qualquer coisa, menos para brigar com o paciente). Sentimentos de medo do paciente, ou obrigação de resolver os seus problemas também devem ser identificados e manejados, de preferência com a ajuda de outros membros da equipe.

Leitura do prontuário. Cada consultante deve ler o prontuário atentamente. Isto vai permitir que se note se o paciente vem ou não cumprindo o que foi prescrito, e evitar que profissionais adotem condutas díspares. Não se pode exigir que o paciente se co-responsabilize por seu tratamento, se a própria equipe médica lhe oferta uma "babel" de prescrições.

Analgésicos e psicotrópicos devem ser prescritos por um profissional único. Isto evita que um profissional, mesmo bem intencionado, queira testar uma combinação de, por exemplo, antidepressivo, estabilizador de humor e analgésico num paciente que já está tomando outros fármacos (muitas vezes de mesmas classes) num teste terapêutico iniciado por outro médico.

A comunicação na equipe deve ser otimizada. Está entre os sintomas destes pacientes causar "informações-sem-dono" que têm o potencial de semear litígios, podendo causar o esfacelamento da equipe. São altamente recomendáveis discussões de caso e encontros periódicos agregando os membros da equipe.

## REFERÊNCIAS

- Merskey H. Psychiatric patients with persistent pain. *J Psychosom Res.* 1965;9(3):299-309. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(65\)90055-3](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(65)90055-3)
- Bond MR. Psychological and psychiatric aspects of pain. *Anaesthesia.* 1978;33(4):355-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.1978.tb12418.x>
- Crown S. Psychological aspects of low back pain. *Rheumatol Rehabil.* 1978;17(2):114-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/17.2.114>
- Weisberg JN. Personality and personality disorders in chronic pain. *Curr Rev Pain.* 2000;4(1):60-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-000-0011-9>
- Tragesser SL, Bruns D, Disorbio JM. Borderline personality disorder features and pain: the mediating role of negative affect in a pain patient sample. *Clin J Pain.* 2010;26(4):348-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181cd1710>
- Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med.* 2002;64(5):773-86.
- Knoplich J, Tosi SD. Dores crônicas na coluna e depressão. *Rev Bras Reumatol.* 1989;29(6):214-8.
- APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed; 1994.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5 ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.

- Kalira V, Treisman GJ, Clark MR. Borderline personality disorder and chronic pain: a practical approach to evaluation and treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(8):350. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0350-y>
- McWilliams LA, Higgins KS. Associations between pain conditions and borderline personality disorder symptoms: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Clin J Pain.* 2013;29(6):527-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e31826ab5d0>
- Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res.* 2013;47(10):1499-506. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>
- Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(12):1660-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n1211>
- 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00148-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00148-7)
- Mason P, Kregler R. Stop walking on eggshells: taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder. Oakland: New Harbinger; 1998.
- Kregler R. The essential family guide to borderline personality disorder. Center City: Hazelden; 2008.
- Kreisman J, Straus H. I hate you - don't leave me: understanding the borderline personality. New York: AvonBooks; 1989.
- Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry (Edgmont).* 2007;4(4):40-6.
- Sansone RA, Sansone LA. Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(1):10-4.
- Hopwood CJ, Thomas KM, Zanarini MC. Hyperbolic temperament and borderline personality disorder. *Personal Ment Health.* 2012;6(1):22-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pmh.158>
- Hopwood CJ, Donnellan MB, Zanarini MC. Temperamental and acute symptoms of borderline personality disorder: associations with normal personality traits and dynamic relations over time. *Psychol Med.* 2010;40(11):1871-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291709992108>
- Kerns RD, Sellinger J, Goodin BR. Psychological treatment of chronic pain. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:411-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>
- Edwards RR, Cahalan C, Calahan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2011;7(4):216-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2011.2>
- Turk DC, Wilson HD. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(2):88-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-010-0094-x>
- Kehlet H, Dahl JB. Assessment of postoperative pain-need for action! *Pain.* 2011;152(8):1699-700.

26. Karpman S. Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*. 1968;7(26):39-43.
27. Levy K, Reynoso J, Wasserman R, Clarkin J. Transtorno de personalidade narcisista. In: O'Donohue W, Fowler K, Lilienfeld S. *Transtornos de personalidade: em direção ao DSM-V*. São Paulo: Roca; 2010.
28. Kernberg O. Transtorno da personalidade narcisista. In: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard GO. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade*. Porto Alegre: ArtMed; 2013.
29. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):273-85.
30. Gabbard GO. Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin*. 1989;53(6):527-32.
31. Wink P. Two faces of narcissism. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(4):590-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.4.590>
32. Conrad R, Wegener I, Geiser F, Kleiman A. Temperament, character, and personality disorders in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(3):318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-012-0318-3>
33. Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bull Menninger Clin*. 2013;77(1):1-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2013.77.1.1>
34. Dersh J, Gatchel RJ, Mayer T, Polatin P, Temple OR. Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2006;31(10):1156-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.brs.0000216441.83135.6f>
35. Powers AD, Oltmanns TF. Personality disorders and physical health: a longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle-aged adults. *J Pers Disord*. 2012;26(4):524-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.524>
36. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004;364(9432):453-61. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
37. Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O. *Psychotherapy for Borderline Personality*. Arlington: American Psychiatric; 2006.
38. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*. 2011;377(9784):2226-35. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60402-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60402-9)
39. Turk DC, Okifuji A. Detecting depression in chronic pain patients - adequacy of self-reports. *Behav Res Ther*. 1994;32(1):9-16. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90078-7](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)90078-7)
40. Weisberg MB, Clavel AL. Why is chronic pain so difficult to treat? Psychological considerations from simple to complex care. *Postgrad Med*. 1999;106(6):141-8.
41. Fischer-Kern M, Kapusta ND, Doering S, Hörz S, Mikutta C, Aigner M. The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology*. 2011;44(1):21-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000317271>
42. Caligor E, Clarkin J. Um modelo de personalidade e patologia da personalidade baseado na teoria das relações objetais. In: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard G. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos de personalidade*. Porto Alegre: ArtMed; 2013.
43. Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *Am J Med*. 1959;26(6):899-918. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343\(59\)90212-8](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343(59)90212-8)
44. Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG. The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 1998;6(4):201-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/10673229809000330>
45. Oliveira JT. Behavioral aspects of chronic pain syndromes. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2A):360-5.
46. Main CJ, Spanswick CC. 'Functional overlay', and illness behaviour in chronic pain: distress or malingering? Conceptual difficulties in medico-legal assessment of personal injury claims. *J Psychosom Res*. 1995;39(6):737-53. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00040-P](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(95)00040-P)
47. Tyrer SP. Learned pain behaviour. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6512):1-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.292.6512.1>
48. Pawl R. When the pain won't wane, it's mainly in the brain. *Surg Neurol Int*. 2013;4(Suppl 5):S330-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2152-7806.113442>
49. Gomez J, Dally P. Psychologically mediated abdominal pain in surgical and medical outpatients clinics. *Br Med J*. 1977;1(6074):1451-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.6074.1451>
50. Merskey H. The characteristics of persistent pain in psychological illness. *J Psychosom Res*. 1965;9(3):291-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(65\)90054-1](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(65)90054-1)
51. Ramirez-Maestre C, Esteve R. Disposition and adjustment to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(3):312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-012-0312-9>
52. Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. *Reg Anesth Pain Med*. 2005;30(2):184-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00115550-200503000-00009>
53. Saper JR, Lake AE. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. *Headache*. 2002;42(7):663-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1526-4610.2002.02156.x>