

# Phármakon equivocado para diagnósticos imprecisos<sup>1</sup>

## O exemplo da depressão em pacientes com dor crônica

João Paulo Consentino Solano,<sup>2</sup> São Paulo

---

**Resumo:** O autor apresenta a experiência de um psiquiatra num ambulatório de pacientes com dor crônica. A maioria dos pacientes foi encaminhada à consulta psiquiátrica devido à suspeita de um quadro de depressão que merecia tratamento farmacológico, bem como ao quadro algico já em tratamento com anestesiológicas especialistas em dor. A avaliação psiquiátrica revelou que apenas dois entre 65 pacientes tinham quadro de depressão. Na maior parte dos casos, eram traços ou transtornos de personalidade que pareciam explicar a dor e/ou sua perpetuação. Traços e transtornos de personalidade têm servido como variável de confusão no debate etiológico entre a depressão e a dor crônica. O autor apresenta um modelo conceitual em que não há precedência significativa entre as duas condições; em vez disto, traços e transtornos de personalidade predispõem ao aparecimento de ambos: um fenótipo depressivo (que não corresponde à doença depressiva) e a dor crônica. A intervenção farmacológica antidepressiva foi inócua nesses pacientes.  
**Palavras-chave:** depressão, personalidade, dor crônica

## A prática clínica e a literatura num falso dilema ovo-galinha: dor ou depressão?

Há várias décadas vemos um debate em medicina que tenta elucidar a alta prevalência da associação entre depressão e dor crônica (Bair et al., 2003; Rost, 2003). Quando se trata de dor crônica não oncológica (DCNO), é ainda mais difícil identificar uma possível relação causal entre os dois quadros. Após muita controvérsia entre autores para os quais a dor crônica predispõe

1 Agradecimentos: aos pacientes e profissionais da Equipe de Controle da Dor da disciplina de anesthesiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em especial a seu coordenador, o Prof. Dr. Hazem Adel Ashmawi.

2 Centro Universitário São Camilo.

à depressão, de um lado, e autores para os quais a depressão predispõe à dor crônica, de outro, soou mais prudente dizer que ambas as correntes são admitíveis – ou seja, um modelo explanatório bidirecional foi amplamente aceito (Gambassi, 2009; Yang et al., 2023).

A hipótese de que a cronificação da dor pode levar à depressão sempre ensejou pouca contra-argumentação, por ser intuitivamente compreensível. Quando se trata de dor oncológica em especial (ou de pacientes com doenças crônicas corporalmente detectáveis), a literatura parece uníssona ao afirmar que quadros depressivos ocorrem, já que a perda das capacidades e habilidades (que outrora compunham a noção de identidade do sujeito) constitui um fator de grande impacto psicossocial, promovendo aumento da dependência de sujeitos externos (cuidadores) e de fatores externos (não passíveis de controle, real ou imaginário, por parte do sujeito). A doença física pode se acompanhar de restrições à mobilidade, má nutrição e desconfortos de diversas ordens, que podem sucatear a autoestima e lançar o paciente num terreno muito propício à depressão (Wilson et al., 2000).

Por outro lado, a hipótese de que a dor crônica seria secundária à depressão, ou mesmo um sintoma da depressão, é menos compreensível. Em cenários clínicos, examinam-se amiúde pessoas com depressão que nunca tiveram dor como uma de suas queixas. Além disso, o sintoma dor jamais apareceu entre os critérios para diagnosticar depressão maior, quer no eixo da Classificação Internacional de Doenças (CID, da Organização Mundial da Saúde), quer no eixo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, da Associação Americana de Psiquiatria). Mesmo assim, essa hipótese tem ganhado fôlego graças a alguns recentes estudos neurocientíficos (Agüera-Ortiz et al., 2011; Bonilla-Jaime et al., 2022).

## Relato da experiência

Sessenta e cinco pacientes não oncológicos foram encaminhados por seus médicos (anestesiologistas especialistas em dor) para avaliação psiquiátrica, devido à persistência do quadro algico. A maioria desses pacientes trazia uma guia de referenciamento já com uma hipótese de depressão indagada. Os pacientes receberam avaliação e, em sua maioria, seguimento mensal ou bimensal. O diagnóstico psiquiátrico baseou-se em anamnese subjetiva, anamnese objetiva e exame psíquico nas duas ou três consultas iniciais, cada uma com duração de 45 a 60 minutos. Após essa semiologia inicial, diagnósticos psiquiátricos foram atribuídos de acordo com o DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994).

Apenas dois pacientes apresentavam critérios clínicos para o diagnóstico de depressão maior ou transtorno afetivo bipolar, segundo o DSM-4. A maioria dos pacientes podia ser diagnosticada como portadora de traços ou transtornos de personalidade, sendo os mais frequentes, em ordem decrescente, as personalidades borderline, narcisista e esquiva. Doravante, neste texto, às vezes nos reportaremos a traços de personalidade, em vez de transtornos, pois adotamos um paradigma dimensional durante a avaliação e o seguimento dos pacientes em questão – embora reconheçamos que boa parte deles preenchia critérios para o diagnóstico de um transtorno sob o paradigma psiquiátrico categorial.

Quase todos os pacientes já usavam antidepressivos quando chegaram para avaliação psiquiátrica. Tal cenário é comum em qualquer clínica de dor, seja porque vários antidepressivos são reputados como tendo efeitos antiálgicos, seja porque previamente também tenha sido atribuído o diagnóstico de depressão ao paciente com dor.

Além de nossa surpresa inicial – de perceber que tantos pacientes estavam sob o diagnóstico de depressão sem tê-la –, outra constatação foi de que os pacientes, em sua maioria, não melhoravam, quer da dor, quer da depressão. Não só em nossa amostra, mas também em outras clínicas de DCNO, a regra é que, após meses ou anos de seguimento, com várias associações e trocas de medicação tendo sido feitas, algum médico prescritor se decida por encaminhar o paciente ao profissional de saúde mental, já suspeitando que o problema seja a tão propalada comorbidade entre depressão e dor crônica. Ou seja, fica também o profissional de saúde mental convidado a decifrar o dilema posto em termos de ovo-galinha: teria a depressão causado a dor crônica, ou o contrário?

## Comentário inicial

Uma das tarefas deste texto é propor que, se tal linearidade causal existisse, seria de esperar uma taxa de êxito terapêutico bem acima da que é atualmente observada, uma vez que não falta à medicina amplo leque de opções para o tratamento das duas condições.

A falta de êxito no tratamento desses pacientes levou os especialistas a declarar, nos últimos anos, que a DCNO é uma doença incurável, restando aos pacientes ser apenas manejados na direção da aceitação de sua condição. Por outro lado, vemos que cada vez mais pacientes usam antidepressivos, e por anos a fio. Esses pacientes também são informados de que, por serem portadores de uma disfunção cerebral inata (relacionada a mau funcionamento

entre neurotransmissores e neurorreceptores), precisarão usar a farmacopeia antidepressiva por anos, décadas, e talvez até o fim da vida.

Duas questões se colocam aqui: estaria o *phármakon* equivocadamente escolhido? Ou estaria o diagnóstico de depressão impreciso?

Ao olhar para a amostra de 65 pacientes que acompanhamos, é necessário responder à primeira questão com um *sim*. A maior parte dos pacientes da amostra dizia que seus sofrimentos resistiam diante de qualquer antidepressivo, dos muitos que tomaram, isoladamente ou em associações. Seria alta a taxa de erros médicos na escolha da medicação? Tememos que não seja isso, na maioria das vezes. Trata-se de uma expectativa anômala de sucesso que se criou para tais medicações desde o advento do Prozac (fluoxetina), no final da década de 1980. Formamo-nos numa época prévia, em que o leque psicofarmacológico era muito mais estreito. E presenciamos a era em que as drogas serotoninérgicas (como a fluoxetina) se intrometeram na vida das pessoas, contaminando seus sonhos de bem-estar, insinuando-se como a trilha mais rápida para a felicidade e a ausência de problemas.

Nos últimos 30 anos, embora de maneira sutil (imperceptível aos consumidores da psiquiatria), vêm-se desconstruindo as promessas de remédios específicos para regular neurotransmissores específicos em vias cerebrais específicas. Mais ainda: os neurorreceptores se tornaram promíscuos, ligando-se a drogas às quais antes pareciam indiferentes. Essa crítica vem sendo assumida pelos próprios praticantes da assim chamada psiquiatria biológica e por consolidados autores da área da psicofarmacologia:

Na realidade, apesar do avanço ocorrido nas últimas décadas, o conhecimento sobre a fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos permanece limitado, e a inespecificidade dos psicofármacos vem sendo mais amplamente demonstrada, seja por seus vários efeitos no SNC ou pelas interações complexas entre os vários sistemas de neurotransmissão cerebral. (Calil et al., 1996, p. 266)

Num outro exemplo:

Como os sintomas, os circuitos e os neurotransmissores ligados aos transtornos ansiosos se superpõem extensamente àqueles do transtorno depressivo maior, não é de se estranhar a comprovação de que drogas desenvolvidas como antidepressivos sejam tratamentos eficazes nos transtornos ansiosos. De fato, os principais tratamentos para transtornos ansiosos na atualidade são, cada vez mais, drogas desenvolvidas originalmente como antidepressivos. (Stahl, 2010, p. 499)

Com relação à acurácia do diagnóstico de depressão (a segunda questão apresentada antes), a resposta também seria *sim*, pois alguma impropriedade

científica também parece estar acontecendo. Atualmente, qualquer pessoa que comunique a seu médico um mal-estar de difícil descrição torna-se candidata a receber o diagnóstico de depressão. Remédios contra a depressão têm sido receitados por médicos das mais diferentes especialidades. Temos visto em salas de aula que mais de 50% dos universitários usam ou usaram ao menos um tipo de antidepressivo. Em geral, após uma consulta rápida com o médico, pessoas se tratam com tais fármacos sem que se tenha feito nenhuma exploração de seus sintomas de vazio existencial, aborrecimentos, dores morais, humilhações, vergonha, tristezas reativas, distocias comunicacionais na relação com o par amoroso ou com o chefe etc. Estamos aqui dizendo que falhamos na diferenciação entre depressão-sintoma e depressão-doença. É comum vermos estudantes de medicina e médicos dando diagnósticos de depressão sem atentar sequer à necessidade protocolar da existência de um ou dois sintomas nucleares (humor deprimido ou anedonia) por no mínimo duas semanas, na maior parte do tempo (American Psychiatric Association, 1994). Solano et al. (2006) discutem consequências de tal confusão entre depressão-sintoma e depressão-doença. É natural que as estatísticas sobre o número de deprimidos no mundo fiquem superdimensionadas se incluídas nelas as pessoas com depressão-sintoma (ou com desconfortos que ainda não estão sabendo descrever ao médico). E, decorrência não menos natural, antidepressivos não surtirão efeito para tratar essas pessoas, pois elas não sofrem de transtorno afetivo maior, seja depressão bipolar, seja depressão unipolar, estas sim doenças para as quais há evidência de algum sucesso terapêutico com antidepressivos.

## A personalidade das pessoas com dor crônica

Em nossa amostra, encontramos certos traços de personalidade que permitiam que o paciente se apresentasse a seu médico de dor sob uma *patoplastia* depressiva, induzindo a um diagnóstico impreciso de depressão. E, infelizmente, a escolha de medicação antidepressiva, nesses casos, trazia problemas adicionais, em vez de benefícios. Por exemplo, o paciente passava a sentir efeitos colaterais da droga, o que aumentava sua ansiedade e colaborava para uma constelação sintomática ainda mais complexa.

Em vez de depressão, um perfil ansioso foi muito mais prevalente – 63 dos 65 pacientes. Nas personalidades mais contraditórias em nossa amostra (*borderline*, narcisista e esquiva), o traço de ansiedade subjacente se mostrava como uma incrustação permanente, imbricada à personalidade dos pacientes, e isso antecedia o aparecimento da dor crônica, segundo avaliado pelas entrevistas clínicas.

## Dor crônica e traços borderline de personalidade

É frequente encontrarmos o transtorno borderline entre pacientes com dor crônica, chegando a 30% a prevalência em algumas séries de casos (Kalira et al., 2013). Essa alta prevalência confirmou-se em nossa amostra, em que traços do transtorno (ou o transtorno) foram encontrados em 26 dos 65 pacientes (40%).

Autores têm apontado que a personalidade borderline costuma ser equivocadamente diagnosticada como depressão. Kernberg e Yeomans, em artigo sobre diagnóstico diferencial, afirmam: “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” (2013, p. 2).

No mesmo artigo, os autores elencam seis fatores que poderiam explicar a atual confusão diagnóstica entre depressão e personalidade borderline: 1) 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); 2) a falta de questões abertas na relação médico-paciente; 3) o uso quase exclusivo de entrevistas estruturadas (escalas diagnósticas) em algumas frentes clínicas; 4) no caso de depressão, o fato de o tratamento farmacológico ser mais rápido (e pago pelos convênios, em oposição à psicoterapia de longo prazo); 5) a existência atualmente de menos estigma sobre a depressão, em comparação com transtornos de personalidade; 6) para as famílias, a maior facilidade em falar de *chemical imbalances* do que conversar sobre sua história de vínculos.

Frankenburg e Zanarini (2004) apontam os borderlines como pacientes capazes de se apresentar com *qualquer síndrome* (incluindo fadiga crônica, fibromialgia e síndromes dolorosas de articulação temporomandibular), além de obesidade, osteoartrite, lombalgia e uso excessivo de analgésicos.

Sansone et al. têm encontrado traços borderline com tanta frequência entre pacientes com dor crônica, que chegam a dizer que a dor crônica pode ser considerada uma “manifestação clínica da personalidade borderline” (2001, p. 196).

Na tábua diagnóstica do DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994) para o transtorno de personalidade borderline estão incluídos alguns critérios que, quando reunidos, favorecem a confusão com depressão: comportamentos, gestos ou ameaças suicidas; intolerância ao risco de abandono, real ou fantasiado; sentimentos de tédio ou vazio existencial; sentimento de fraqueza do self; instabilidade afetiva. Devido à reunião de tais critérios em certas épocas de sua vida, os pacientes borderline estão entre aqueles que mais frequentemente podem ser confundidos com portadores de depressão.

Kernberg (2004), utilizando-se de um paradigma dimensional, descreve uma *organização borderline de personalidade*. Para o autor, faz parte da organização borderline a vicariância de defesas primitivas – clivagem, idealização primitiva, identificação projetiva, denegação e onipotência/desvalorização.

Em nossa amostra, para além dos critérios do DSM, *sinais sutis* do espectro borderline serviram para apoiar a compreensão do paciente (Solano, 2014). Tais sinais apareciam durante a escuta da narrativa autobiográfica do paciente ou na forma como este estabelecia vínculos interpessoais com o outro, incluindo seu terapeuta. Por exemplo, reações hiperbólicas (catastrofismo) diante da possibilidade de vir a sentir dor (mal-estar, sofrimento) pareciam tentativas de reaver o controle ou eliciar o socorro (afeto, cuidado) que vem do outro. Tendências (pelo médico) de se sentir culpado pelos fracassos terapêuticos, ou na obrigação de fazer o paciente melhorar, ou amedrontado por suas demandas, também eram sinais sutis. Esse modo de vincular-se denunciava o uso vicariante de defesas primitivas, chamando a atenção a alta frequência com que usavam cisão e identificação projetiva nos relacionamentos interpessoais para se livrar da ansiedade e comunicar ou expelir dores internas (Solano, 2015).

### 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 cefaleia), ginecologista (endometriose), gastroenterologista (síndrome do cólon irritável), 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. Na consulta psiquiátrica, disse sentir dor pelo “corpo inteiro desde que se tinha por gente”. Desde a adolescência, teve várias passagens em prontos-socorros devido a crises de desmaios, sem características epiléticas, sempre sucedendo a discussões, com os pais, os vizinhos ou os namorados. Contou que, em algumas crises, antes do desmaio, saía fora de si, “desconhecia-se completamente”, e avançava nas pessoas que estivessem à sua volta (não só naquela com quem estivesse discutindo). Disse ter sido “descartada” numa triagem em um ambulatório de psiquiatria porque não tinha tentativas de suicídio ou sinais de automutilação. Na segunda consulta psiquiátrica conosco, porém, observou que sempre teve vontade de morrer, desde criança, por causa de um “abismo vazio por dentro”, e que, na adolescência, havia tido vários namorados e abusara de algumas drogas, para tentar esquecer o “vazio”. Também na segunda consulta, disse ao psiquiatra: “Eu te amo, doutor!... 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 no transporte 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 ela, desde a adolescência, exibia diariamente um turbilhão de emoções contraditórias, não havendo nada que a satisfizesse.

## Dor crônica e traços narcisistas de personalidade

Segundo Weisberg (2000), a prevalência do transtorno narcisista de personalidade pode chegar a 23% em algumas séries de pacientes com dor crônica. Esse dado foi consoante com os achados em nossa amostra, em que traços do transtorno (ou o transtorno) narcisista ocuparam o segundo lugar entre os mais encontrados (19 dos 65 pacientes, ou 30%).

A tábua diagnóstica do DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994) para transtorno narcisista contempla apenas uma das faces dos narcisistas: o narcisismo evidente. No entanto, é compreensível que narcisistas que frequentam as fileiras ambulatoriais dos hospitais, em busca de solução para problemas físicos como a dor, não exibam tal face grandiloquente do narcisismo, pois isso não combinaria com a solicitação de ajuda por parte de um ser debilitado. Então, o que se tem visto entre pacientes com dor crônica é a outra face dos narcisistas: o narcisismo encoberto. Em geral, isso só é percebido por psiquiatras de orientação psicodinâmica (e é atualmente referido, às vezes, como narcisismo reverso). Essa diferença diametral na patoplastia dos narcisistas foi identificada por autores como Gabbard (1989) e Wink (1991): o narcisista evidente se apresenta com relativa ausência de ansiedade e, em suas relações interpessoais, é tipicamente grandioso, exibicionista, arrogante, buscador de atenção, e sempre sinaliza que merece privilégios e exceções; já o narcisista encoberto se apresenta com um perfil ansioso e, em suas relações interpessoais, é tipicamente reservado, sensível, aparentemente modesto, inibido e hipersensível a críticas. Note-se que essa patoplastia do narcisista encoberto contribui para que alguns clínicos facilmente lhe atribuam o diagnóstico de depressão.

Em nossa amostra, defrontamo-nos com alguns pacientes patologicamente narcisistas que pareciam se vangloriar após terem sido informados por seus médicos de que tinham uma condição dolorosa incurável – lembrando algo que Kernberg denominou de *arrogância invasiva*:

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 superespecialistas 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 ... ansiedade, somatizações e mesmo depressões crônicas significativas, sendo que estas respondem apenas parcialmente ao tratamento que recebem, seja ele qual for. (2013, p. 289)

Assim como no caso de organização borderline, aqui também nos utilizamos de sinais sutis – por exemplo, a arrogância invasiva e o antagonismo (gozo pelo contraditório) – na relação com o paciente para levantar a hipótese de patologia narcísica (Solano, 2014). Em boa parte, tais sinais foram igualmente denunciados a partir de uma comunicação com defesas primitivas, figurando a cisão e a identificação projetiva como as principais.

### 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 seis meses tratando-se em departamento de ortopedia, onde o diagnóstico de contusão condrocostal fora feito, sem que o uso de analgésicos e anti-inflamatórios eliminasse suas dores. O raio x e o ultrassom da região descartaram outros diagnósticos. Apontava dor incapacitante em terço 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 primeiro seriam atendidos 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 sendo dito a ele que aquilo tinha sido uma emergência. Após esse 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 os 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. 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 as instruções dos médicos, pois dizia que “ninguém melhor que ele pra entender o que sentia”.

## Dor crônica e traços de personalidade esquiva

O terceiro transtorno de personalidade mais frequente encontrado em nossa amostra foi o do tipo esquivo, também chamado de ansioso ou evitativo (10% ou seis dos 65 pacientes). O esquivo é caracteristicamente inibido. Diferentemente do narcisista encoberto (cuja inibição e modéstia são apenas aparentes, escondendo e aprimorando um senso patológico de grandiosidade), aqui há inibição e baixa autoestima verdadeiras. Em vez de se abrir para comportamentos socialmente ruidosos, a ansiedade desses pacientes é represada.

A literatura médica apresenta menos informação sobre a associação entre dor crônica e personalidade esquiva. Estudando uma amostra feminina de pacientes com fibromialgia ou osteoartrite, Davis et al. (2001) identificaram excesso de traços esquivos. Segundo Conrad et al. (2013), a prevalência de personalidade esquiva entre pacientes com dor crônica é de 8%.

Pacientes com traços esquivos costumam denunciar ansiedade crônica durante as entrevistas com seus médicos e terapeutas. É possível que muitos desses pacientes recebam diagnósticos imprecisos de depressão porque, já entre os critérios diagnósticos do DSM-4, uma patoplastia depressiva fica indicada: em geral, existe evitação de um contato pessoal significativo, por receio de críticas, desaprovação ou rejeição; medo de passar vergonha ou ser ridicularizado; inibição ou sentimentos de inadequação em situações sociais; sensação de ser desprovido de atrativos pessoais, ou inferior aos pares, ou socialmente inepto (American Psychiatric Association, 1994).

Em comparação com borderlines e narcisistas, os pacientes esquivos que acompanhamos têm apresentado melhor prognóstico. O fato de esses pacientes não apresentarem externalização massiva de sua ansiedade através de rompantes emocionais e impulsividade (como acontece com o borderline), nem através de uma confrontação em que a figura de autoridade do médico ou terapeuta é desafiada (como acontece com o narcisista), faz com que esses pacientes sejam de manejo clínico menos turbulento.

## Vinheta clínica

Sra. C, 58 anos, cozinheira, acompanhada pela disciplina de reumatologia e equipe de dor por fibromialgia, discopatia degenerativa, osteoartrite de joelhos e artrite reumatoide. A avaliação psiquiátrica foi solicitada por suspeita de depressão e ansiedade, crises de medo e preferência por não sair de casa. À anamnese subjetiva, a paciente disse ser portadora de tristeza e hipersensibilidade desde a adolescência, pois não se sentia “rica igual a suas amiguinhas”. Descreveu-se como tímida e chorona desde sempre, carente dos “impulsos” dados pela mãe, sem os quais não fazia novas amizades. Afirmou que se sentia constantemente repreendida e reprovada pelo pai, que era truculento com sua mãe. Quando questionada sobre suas crises de medo, disse que, desde que se lembra, “sempre teve medo de sair de casa”. Sem frequentar bailes ou festas na juventude, casou-se aos 22 anos, após quatro anos de namoro com seu primeiro namorado (um primo de segundo grau), logo após terem as primeiras relações sexuais. Contou que nunca teve prazer nas relações com o marido e, em algumas épocas, na verdade, tinha dispareunia. Diz que costuma ficar “remoendo as coisas que a machucaram no passado”. Acha que as pessoas percebem que sua autoestima sempre foi muito baixa, o que a deixa ainda mais envergonhada e cada dia com mais raiva de si mesma. A anamnese objetiva confirmou que a paciente sempre fora de poucas palavras, insegura e nunca tivera nenhum episódio de depressão; também foram negados transtornos afetivos na família.

## Proposta de um modelo explanatório alternativo

O afã de estabelecer qual condição é antecedente, entre depressão e dor crônica, não está inebriado só pelo fato de a identificação de casos de depressão-doença estar borrada por casos de depressão-sintoma. Há uma dificuldade adicional: nos estudos sobre a associação entre depressão e dor, usualmente não há controle para variáveis de confusão – entre as quais, os traços e transtornos de personalidade são os principais.

Os dados de nossa amostra nos permitiram postular um modelo conceitual em que o dilema de antecedência do tipo ovo-galinha é superado. Tal modelo alternativo está baseado na seguinte afirmação: quando se observam altas prevalências de depressão entre pacientes com DCNO, o que se está vendo, de fato, são transtornos de personalidade (ou traços disfuncionais da personalidade), e não depressão. Isso foi verdadeiro em 63 dos 65 casos de nossa amostra.

Nesse modelo, traços disfuncionais e transtornos de personalidade *antecedem as duas condições crônicas*: a dor e a patoplastia depressiva. Essa patoplastia (fachada) depressiva vem sendo confundida com quadros de depressão.

Tal confusão tem ensejado algumas consequências:

1) A própria busca estéril pela resolução de um (falso) dilema do tipo ovo-galinha, numa disputa etiológica de antecedentes: seria a dor consequência da depressão ou vice-versa?

2) Muitos pacientes que recebem um diagnóstico impreciso de depressão passam a receber o *phármakon* equivocado: uma farmacopeia antidepressiva que lhes será inútil para os sintomas de depressão e crescerá a alguns pacientes diversos efeitos colaterais (além de um repertório de queixas relacionadas a estes).

3) A DCNO torna-se cada vez menos abordável, ainda que por diversos tratamentos, chegando a ser reputada como uma entidade médica incurável.

4) A falência dos tratamentos medicamentosos põe os pacientes cada vez mais em risco de sofrer tratamentos invasivos, com iatrogenias secundárias e o impróprio reforço de que seus sintomas dolorosos tinham base orgânica (Pawl, 2013).

5) Diante do insucesso terapêutico, cada vez mais pacientes com DCNO passam a receber prescrição de opioides, sem que a fragilidade de sua personalidade tenha sido diagnosticada. Essa conduta tem levado ao desastre do uso epidêmico dessas drogas, justamente num grupo de pessoas com personalidade já vulnerável.

6) Pelo quadro antecedente de disfunção da personalidade ser disfarçado por uma patoplastia depressiva, torna-se cada vez menor a chance de determinado paciente receber o *phármakon* adequado, que poderia amainar seus sofrimentos, tanto no eixo da dor crônica como no eixo dos sintomas depressivos. Tal tratamento seria a psicoterapia expressiva, de longo prazo, psicodinamicamente orientada – talvez a modalidade mais promissora para o insight sobre traços disfuncionais e funcionamento imaturo da personalidade.

## Comentário final

Muitos dos pacientes sobre os quais discorremos aqui não receberiam indicação de um tratamento psicanalítico clássico. Kernberg sugere uma forma de psicoterapia psicanalítica expressiva: “Essa abordagem expressiva deveria envolver trabalho interpretativo consistente sobre as operações defensivas refletindo a transferência negativa, as quais contribuem direta ou indiretamente para a manutenção de um ego enfraquecido” (2004, p. 77).

Em nosso meio, Semer (2012) relatou uma experiência de assistência em hospital universitário público, em que 13 pacientes com fibromialgia foram acompanhadas por nove profissionais, em trabalho psicodinamicamente orientado. A autora enfatiza que o trabalho com esses pacientes precisa ser lento e artesanal, pois inicialmente vê-se apenas uma tendência à exteriorização, em que tudo é resolvido fora de si e com pouca condição de elaboração interna. É necessário construir “uma mente, registros psíquicos, para depois se pensar em mudanças” (p. 195).

A aridez do arcabouço psíquico dos pacientes que vimos em nossa amostra, com uma capacidade de simbolização apenas parcial, também remete às considerações de Bion no trabalho “Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica” (1957/1994), em que parece implícito um continuum no grau de enfraquecimento do ego e na aquisição da capacidade de pensar. Bion propõe que, na personalidade psicótica, tenha havido dificuldades de introjeção, assim como um uso muito precoce e hiperativo da identificação projetiva, ainda na posição esquizoparanoide, em que existiam apenas ideogramas (pensamento pré-verbal). Com isso,

a iniciação do pensamento verbal, que descrevi como pertencente à posição depressiva, é gravemente perturbada. ... Além disso, a identificação projetiva excessiva que se deu na posição esquizoparanoide impediu a introjeção e a assimilação suave das impressões sensoriais e, conseqüentemente, o estabelecimento da base firme dos objetos bons, da qual depende a iniciação do pensamento verbal. (p. 53)

E ainda:

Aqui, estou interessado numa etapa mais anterior da mesma história. Quero crer que o dano, que transparece mais na posição depressiva, em verdade teve início na fase esquizoparanoide, ocasião em que as bases do pensamento primitivo deveriam ter sido lançadas, mas não o foram em razão da hiperatividade da cisão e da identificação projetiva. (p. 61)

Em alguns pacientes de nossa amostra, de melhor prognóstico, a parte psicótica da personalidade obscurecia o funcionamento da parte não psicótica da personalidade, que deixava transparecer funcionamento mais maduro, com relativo surgimento de defesas como introjeção, repressão e conversão. No polo oposto, dos pacientes com pior prognóstico, a parte não psicótica da personalidade revestia (como um disfarce) a parte psicótica da personalidade, que fazia uso vicariante de defesas arcaicas, principalmente a identificação projetiva, sem exibir sinais consistentes de defesas mais maduras (Bion, 1957/1994).

Acreditamos que a precocidade e a vicariância no uso da identificação projetiva sejam as responsáveis pelo continuum percebido entre as diversas pessoas, no tocante à aquisição da capacidade de pensar, à força do ego e à tolerância à frustração.

Tal variabilidade e complexidade entre as pessoas com DCNO demanda que as equipes de dor incluam profissionais com experiência psicodinâmica no acompanhamento psicoterapêutico dos pacientes, para mitigar a atual peregrinação que essas pessoas vêm fazendo entre os diversos equipamentos de saúde, geralmente portando diagnósticos equivocados, e sem encontrar o *phármakon* que lhes seja adequado.

### Phármakon equivocado para diagnósticos inexactos: el ejemplo de la depresión en pacientes con dolor crónico

Resumen: El autor presenta la experiencia de un psiquiatra en una clínica para pacientes con dolor crónico. La mayoría de los pacientes fueron remitidos a una consulta psiquiátrica por la sospecha de depresión que justificaba un tratamiento farmacológico y por el dolor ya en tratamiento con anestesiólogos especializados en dolor. La evaluación psiquiátrica reveló que solo dos de 65 pacientes tenían depresión. En la mayoría de los casos, se trataba de rasgos o trastornos de la personalidad que parecían explicar el dolor y/o su perpetuación. Los rasgos y trastornos de la personalidad han servido como variable de confusión en el debate etiológico entre depresión y dolor crónico. El autor presenta un modelo conceptual en el que no existe una precedencia significativa entre las dos condiciones; en cambio, los rasgos y trastornos de la personalidad predisponen a la aparición de ambos: un fenotipo depresivo (que no se corresponde con una enfermedad depresiva) y dolor crónico. La intervención farmacológica antidepresiva resultó inocua en estos pacientes.

Palabras clave: depresión, personalidad, dolor crónico

### Wrong phármakon for inaccurate diagnoses: the example of depression in patients with chronic pain

Abstract: The author presents the experience of a psychiatrist in an outpatient clinic for patients with chronic pain. Most of the patients were referred for a psychiatric consultation due to the suspicion of depression that warranted pharmacological treatment, as well as pain already being treated by anesthesiologists specializing in pain management. The psychiatric assessment revealed that only two out of 65 patients had depression. In most cases, it was personality traits or disorders that seemed to explain the pain and/or its perpetuation. Personality traits and disorders have served as confounding variables in the etiological debate between depression and chronic pain. The author presents a conceptual model in which there is no

significant precedence between the two conditions; instead, personality traits and disorders predispose to the appearance of both: a depressive phenotype (which does not correspond to the depressive illness) and chronic pain. Pharmacological antidepressant intervention was innocuous in these patients.

Keywords: depression, personality, chronic pain

### Mauvais phármakon pour des diagnostics erronés : l'exemple de la dépression chez les patients souffrant de douleurs chroniques

Résumé : L'auteur présente l'expérience d'un psychiatre dans une clinique ambulatoire pour patients souffrant de douleurs chroniques. La plupart des patients ont été orientés vers une consultation psychiatrique en raison d'une suspicion de dépression justifiant un traitement pharmacologique, ainsi que de douleurs déjà traitées par des anesthésistes spécialisés dans la douleur. L'évaluation psychiatrique a révélé que seuls deux patients sur 65 souffraient de dépression. Dans la plupart des cas, il s'agissait de traits de personnalité ou de troubles qui semblaient expliquer la douleur et/ou sa perpétuation. Les traits et troubles de la personnalité ont servi de variables confondantes dans le débat étiologique entre dépression et douleur chronique. L'auteur présente un modèle conceptuel dans lequel il n'y a pas de préséance significative entre les deux conditions ; au contraire, les traits et les troubles de la personnalité prédisposent à l'apparition des deux : un phénotype dépressif (qui ne correspond pas à la maladie dépressive) et la douleur chronique. L'intervention pharmacologique antidépressive s'est avérée inoffensive chez ces patients.

Mots-clés : dépression, personnalité, douleur chronique

### Referências

- Agüera-Ortiz, L., Failde, I., Mico, J. A., Cervilla, J. & López-Ibor, J. J. (2011). Pain as a symptom of depression: prevalence and clinical correlates in patients attending psychiatric clinics. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 106-112.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4. ed.). Artmed.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.
- Bion, W. R. (1994). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. In W. R. Bion, *Estudos psicanalíticos revisados* (W. M. M. Dantas, Trad., pp. 55-78). Imago. (Trabalho original publicado em 1957)
- Bonilla-Jaime, H., Sánchez-Salcedo, J. A., Estevez-Cabrera, M. M., Molina-Jiménez, T., Cortes-Altamirano, J. L. & Alfaro-Rodríguez, A. (2022). Depression and pain: use of antidepressants. *Current neuropharmacology*, 20(2), 384-402.
- Calil, H. M., Pires, M. L. N. & Miranda, A. M. A. (1996). Terapias farmacológicas e outros tratamentos biológicos. In O. P. Almeida, L. Dratcu & R. Laranjeira (Orgs.), *Manual de psiquiatria* (pp. 265-284). Guanabara Koogan.

- Conrad, R., Wegener, I., Geiser, F. & Kleiman, A. (2013). Temperament, character, and personality disorders in chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 17(3), 318.
- Davis, M. C., Zautra, A. J. & Reich, J. W. (2001). Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(3), 215-226.
- Frankenburg, F. R. & Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1660-1665.
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6), 527-532.
- Gambassi, G. (2009). Pain and depression: the egg and the chicken story revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(Supl.), 103-112.
- Kalira, V., Treisman, G. J. & Clark, M. R. (2013). Borderline personality disorder and chronic pain: a practical approach to evaluation and treatment. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 350.
- Kernberg, O. (2004). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Kernberg, O. (2013). Transtorno da personalidade narcisista. In J. Clarkin, P. Fonagy & G. Gabbard (Orgs.), *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade* (R. C. S. Lopes, Trad., pp. 273-302). Artmed.
- Kernberg, O. & Yeomans, F. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnoses. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 1-22.
- Pawl, R. (2013). "When the pain won't wane it's mainly in the brain". *Surgical Neurology International*, 4(Supl. 5), S330-S333.
- Rost, K. (2003). Depression and pain: the road to evidence-based care. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2415-2416.
- Sansone, R. A., Whitecar, P., Meier, B. P. & Murry, A. (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 193-197.
- Semer, N. L. (2012). Dor e sofrimento psíquico: uma reflexão sobre as relações e repercussões corpo e mente. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(3), 188-199.
- Solano, J. P. C. (2014). Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos. *Acta Fisiátrica*, 21(2) 93-100.
- Solano, J. P. C. (2015). Chronic pain clinic as a haven for difficult patients: the role of projective identification. *Acta Fisiátrica*, 22, 43-50.
- Solano, J. P. C., Gomes, B. & Higginson, I. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58-69.
- Stahl, S. M. (2010). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas* (I. R. Oliveira & E. P. Sena, Trad., 3ª ed.). Guanabara Koogan.
- Weisberg, J. (2000). Personality and personality disorders in chronic pain. *Current Review of Pain*, 4, 60-70.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Faye, B. J. & Breitbart, W. (2000). Diagnosis and management of depression in palliative care. In H. M. Chochinov & W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (pp. 25-49). Oxford University Press.

Phármakon equivocado para diagnósticos imprecisos

Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 590-597.

Yang, H., Hurwitz, E. L., Li, J., De Luca, K., Tavares, P., Green, B. & Haldeman, S. (2023). Bidirectional comorbid associations between back pain and major depression in US adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4217.

Recebido em 20/11/2023, aceito em 1/12/2023

João Paulo Consentino Solano  
joao.solano@prof.saocamilo-sp.br  
joaopaulocsolano@uol.com.br