

- comportamento escolar. Évora: Actas do VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.
- Nunes, F., & Mota, C. P. (2017). Parenting styles and suicidal ideation in adolescents: Mediating effect of attachment. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 734–747.
- Pacheco, J. T. B., Silveira, L. M. O. B., & Schneider, A. M. A. (2008). Estilos e práticas educativas parentais: Análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. *Psico*, 39(1), 66–73.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53, 873–932.
- Pinto, T. M.; Figueiredo, B.; Pinheiro, L. L. & Canário, C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 34 (4), 343–355. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2016.1178853>
- Pires, M., (2011). Valores, estilos parentais, stresse infantil e vivência emocional dos filhos. Tese de Doutoramento em Psicologia. Faro, Portugal: Universidade do Algarve.
- Pires, M., Hipólito, J. & Jesus, S. N. (2011). Questionário de estilos parentais para pais (PAQ-P) - estudos de validação. Actas do VIII Congresso Ibero-americano de Avaliação /Evaluación Psicológica & XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp. 760-770). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Psicologia
- Pires M., & Paz, T. (2016). Parenting Styles Perceived by Teenagers and School Achievement. In EADP (Ed.). Proceedings of 17th European Conference on Development Psychology (pp. 267-273). Bologna, IT: MEDIMOND s.r.l. ISBN 978-88-7587-733-0
- Sanders, M. R., & Woolly, M. L. (2005). The relationship between maternal self- efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65-73.
- Santos, M. J. S., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2014). *Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares*. Coimbra, Portugal: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Silva, J., Morgado, J., & Maroco, J., (2012). The relationship between Portuguese adolescent perception of parental styles, social support, and school behaviour. *Psychology*, 7, 513-517.
- Sorkhabi, N. & Middaugh, E. (2019). Domain-specific Parenting Practices and Adolescent Self-esteem, Problem Behaviors, and Competence. *Journal of Child & Family Studies*. 28 (2), 505-518. Doi: 10.1007/s10826-018-1270-6
- Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, 17(2), 125-146. Doi: 10.1007/s10648-005-3950-1

## COMUNICAÇÕES LIVRES

### Moderador: Rute Meneses

#### HETEROGENEIDADE DA PERSONALIDADE NA FIBROMIALGIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIVÊNCIA DA DOENÇA

Bárbara Gonzalez  
HEI-Lab: Digital Human-Environment Interactions Lab,  
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Rosa Novo  
CICPSI, Universidade de Lisboa

Ana Sousa Ferreira  
Universidade de Lisboa;  
Business Research Unit (BRU-IUL)

#### RESUMO

**Introdução:** A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crónica de etiologia desconhecida. No âmbito de um modelo de diátese-stress, as características psicológicas podem ter um importante papel na sua compreensão. Após uma recente meta-análise que comprovou diferenças significativas na personalidade e psicopatologia entre participantes saudáveis e pacientes com FM, e um estudo posterior que identificou especificidades da FM em comparação com outra doença reumatológica de etiologia bem identificada, o objetivo do presente estudo foi o de testar a heterogeneidade das características psicológicas de pacientes FM, a partir da psicopatologia da personalidade. **Método:** 56 pacientes FM com idades entre os 30 e os 60 anos ( $M=45.95$ ;  $SD= 9.39$ ) foram avaliadas com o MMPI-2. Procedeu-se a uma análise de *clusters* (K-médias) a partir dos resultados das escalas de psicopatologia da personalidade (PSY-5), seguida de MANOVAs relativamente a diferentes variáveis clínicas e de doença. **Resultados:** Foram identificados dois clusters: um, com 32 participantes, sem elevações significativas nas escalas PSY-5 (i.e.,  $T < 65$ ), e outro, com 24 participantes, que apresentam elevações significativas nas escalas *Emocionalidade Negativa/Neuroticismo* e *Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva*. As análises multivariadas das escalas clínicas indicam que os participantes do segundo cluster apresentam valores superiores em várias dimensões. **Discussão:** A heterogeneidade das características psicológicas e psicopatológicas identificadas são discutidas considerando o papel da personalidade na etiologia desta síndrome, bem como as implicações para o delineamento terapêutico.

**Palavras-chave:** Fibromialgia; MMPI-2; heterogeneidade; personalidade; psicopatologia.

## INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome crónica caracterizada primariamente por dor musculoesquelética generalizada (Malin & Littlejohn, 2012; Staud, 2007). Embora seja provável a existência de um substrato neurobiológico para esta síndrome, incluindo perturbação no sistema de regulação fisiológica (Van Houdenhove & Luyten, 2007), e a dor constante, na ausência de lesão dos tecidos, possa ser explicada por disfunção do processamento da dor no sistema nervoso (Bellato et al., 2012), a etiologia da fibromialgia permanece desconhecida.

A fibromialgia foi definida em 1990 pelos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia, consistindo na presença de dor generalizada por um mínimo de 3 meses, em combinação com sensibilidade dolorosa em 11 ou mais de 18 pontos anatómicos específicos, sob aplicação de uma pressão de 4kg/cm (Wolfe et al., 1990). Muito frequentemente, a dor coexiste com sintomas como fadiga, sono de baixa qualidade, problemas cognitivos e sofrimento emocional (Malin & Littlejohn, 2012). Em 2010, os critérios de diagnóstico foram reformulados, excluindo o exame dos pontos dolorosos e assentando no autorrelato dos pacientes e numa lista de sintomas somáticos (Wolfe et al., 2010). Um estudo recente de meta-análise de 65 estudos publicados estimou a prevalência da FM de 1.78% na população geral, de 3.98% nas mulheres e de 0.01% nos homens (Heidari, Afshari, & Moosazadeh, 2017), Moosazadeh, 2017), considerando-se que a adoção dos critérios de diagnóstico modificados conduziu a um aumento da prevalência da FM (Jones et al., 2015). Estudos efetuados com gémeos sugerem que aproximadamente 50% do risco de desenvolvimento de FM e de outras condições relacionadas, tais como cefaleias e síndrome do cólon irritável, é genético, e 50% é ambiental (Kato, Sullivan, Evengard, & Pedersen, 2009).

Na atualidade, é geralmente aceite o papel de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, no surgimento e evolução da FM (Bernardy, Klose, Busch, Choy, & Häuser, 2013; Eich, Hartmann, Muller, & Fischer, 2000; Thieme, Turk, Gracely, Maixner, & Flor, 2015). Um modelo biopsicossocial da etiologia e patogénese da FM preconiza que os fatores dos três domínios interagem de formas diferentes e em diferentes estádios, como precipitantes, predisponentes e de manutenção, sugerindo que múltiplos caminhos podem levar ao surgimento e persistência da síndrome (Eich et al., 2000). Neste enquadramento, a FM pode ser conceptualizada como o estádio final de uma acumulação de fatores de vulnerabilidade biológica e psicossocial, ao longo do tempo, os quais têm uma influência formativa no desenvolvimento do sistema locomotor e conduzem a estados disfuncionais, ao interagir com stress posterior (Eich et al., 2000). A personalidade, como fator psicológico, pode desempenhar um papel como predisponente e de manutenção da síndrome (Van Houdenhove, Kempke, & Luyten, 2010; Van Houdenhove, Luyten, & Egle 2009).

Vários estudos revelaram diferenças significativas entre pacientes com fibromialgia e grupo de controlo saudável, sendo que as pacientes apresentam mais elevações do perfil clínico (e.g., Gonzalez, Baptista, Branco, & Novo, 2014; Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordí, & Palmer, 2010; Vural, Berkol, Erdogdu, Kucukserat, & Aksoy, 2014). Em alguns casos, o grupo FM apresentava elevações significativas em várias escalas (Gonzalez, 2014; Pérez-Pareja et al., 2010), enquanto noutros casos, embora significativamente mais elevadas que as do grupo de controlo saudável, apenas duas escalas registavam elevações clinicamente significativas (e.g., Vural et al., 2014). Na ausência de dados conclusivos a este respeito, foi realizada uma meta-análise com o objetivo principal de verificar a existência de diferenças significativas entre doentes com FM e saudáveis, no perfil de escalas clínicas avaliadas pelo inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Novo, Gonzalez, Peres, & Aguiar, 2017a; 2017b). Esta meta-análise, integrando um total de 11 estudos publicados entre 1991 e 2015 e incluindo uma amostra total de 461 pacientes com FM, confirmou a existência de diferenças significativas nas médias de todas as escalas clínicas, com exceção da escala de Masculinidade/Feminilidade (escala não verdadeiramente clínica, pois indica sobretudo atitudes e tendências específicas relativas ao papel de género; Friedman, Bolinsky, Levak, & Nichols, 2014; Graham, 2012; Greene, 2000). Assim, confirmou-se a própria capacidade do MMPI para discriminar, em mulheres, os aspetos psicológicos que diferenciam pacientes com FM de saudáveis. Para além desta diferenciação, a meta-análise permitiu identificar em diversas escalas clínicas uma importante heterogeneidade das pacientes com FM, o que sugere a existência de uma potencial diversidade de perfis clínicos. Assim, a síndrome de fibromialgia seria um “destino final comum” (Eich et al., 2000), refletindo diferentes combinações de fatores etiológicos, e a diferente contribuição relativa de cada fator etiológico de tipo diverso; i.e., se os sintomas musculoesqueléticos dominam as experiências de alguns pacientes com FM, os fatores psicológicos dominam as experiências de outros (Wilson et al., 2009), e a personalidade pode certamente desempenhar um importante papel em alguns casos.

A heterogeneidade na população de pacientes com FM tem sido explorada em vários estudos, ao longo do tempo. No âmbito da classificação dos pacientes em um de três grupos psicossociais, com base nas respostas ao *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), os bem adaptados são caracterizados pelos níveis mais elevados de suporte social e por baixos níveis de dor, perturbação do humor e défice funcional (Walen, Cronan, Serber, Groessl, & Oliver, 2002), melhor saúde geral e mental, autoeficácia, menos medo, depressão e catastrofização (Verra et al., 2009), e o grupo disfuncional tem os níveis mais elevados de dor, perturbação do humor e incapacidade física (Walen et al., 2002), ansiedade (Thieme, Turk, & Flor, 2004), depressão e catastrofização, e os níveis mais baixos de funcionamento físico e saúde mental (Verra et al., 2009).

Com o MMPI, Ahles et al. (1984) verificaram que um vasto grupo de pacientes FM tinham um perfil clínico dentro da normalidade, seguido por um grupo com o perfil típico da dor crónica (pontuações clinicamente significativas nas escalas da “tríade neurótica”, i.e., *Hipocondria*, *Depressão* e *Histeria*), e um grupo mais pequeno com o perfil psicopatológico (elevações significativas em várias escalas clínicas). Uma configuração relativamente similar, com menos pacientes com o perfil psicopatológico, foi encontrada em alguns estudos (Gonzalez et al., 2015; Yunus et al., 1991). No sentido contrário, alguns estudos identificaram um cluster mais vasto com o perfil psicopatológico (Claros et al., 2006; Porter-Moffitt et al., 2006), e pontuações significativamente superiores no *Psicoticismo* e na *Emocionalidade Negativa/Neuroticismo*, enquanto o grupo menor tinha um perfil típico da dor crónica, maior *Agressividade* e menor *Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva*.

No que respeita à personalidade no âmbito do modelo dos cinco fatores, foi identificado um cluster com *Neuroticismo* mais elevado e mais baixa *Conscienciosidade* (Bucourt et al., 2018; Torres et al., 2013), e também com mais baixa *Extroversão* (Torres et al., 2013). No que respeita ao modelo da personalidade, de temperamento e carácter, um cluster ligeiramente inferior é caracterizado por elevação em Evitamento de Dano e por menor Auto-Orientação e menor Dependência de Reforço Emocional (Ablin et al., 2016; Leombruni et al., 2016).

Por fim, no que respeita à Personalidade tipo D – uma combinação específica de *Afetividade Negativa e Inibição Social* –, van Middendorp et al. (2016) encontraram uma elevada prevalência numa amostra FM, e Ablin et al. (2016) identificaram também uma prevalência elevada deste tipo de personalidade num dos clusters FM, associada a um padrão global menos adaptativo.

Assim, revelou-se a necessidade de explorar profundamente a heterogeneidade na FM, numa investigação com uma amostra predominantemente integrada na comunidade, com um intervalo etário relativamente homogéneo e em que aproximadamente dois terços das pacientes não apresentam nem queixa psicológica nem diagnóstico psiquiátrico. Embora a maioria dos estudos foque a diferenciação com base nas dimensões clínicas, no presente estudo em que o foco é a exploração ao nível da personalidade, a diferenciação de grupos foi iniciada a partir das escalas de psicopatologia da personalidade. Só posteriormente foram exploradas as diferenças no vasto conjunto de dimensões clínicas avaliadas pelo MMPI-2. Estes dois passos de análise permitem, em conjunto, uma caracterização diferenciada dos grupos de pacientes com FM.

## MÉTODOS

### Participantes

Asparticipantesforam56pacientescomFM,dosexofeminino,comidadescompreendidasentre os 30 e os 60 anos ( $M = 45.95$ ;  $SD = 9.39$ ). Os critérios de inclusão foram os seguintes: idade mínima de 18 anos; diagnóstico puro de FM (sem outra doença reumática ou condição dolorosa) realizadohá, pelo menos seis meses; e nível adequado de consistência de resposta ao MMPI-2 (expresso pelas escalas VRIN e TRIN).

### Instrumentos

Para avaliar a psicopatologia clínica e da personalidade foi utilizada a versão portuguesa do MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989; Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006). O MMPI-2 é um inventário com 567 itens, com um formato de resposta de “Verdadeiro” ou “Falso”, e destina-se a avaliar adultos com mais de 18 anos num conjunto de dimensões psicológicas expressas através de diversas escalas: clínicas, de conteúdo, de psicopatologia da personalidade e suplementares. Os resultados são convertidos em pontuações T normalizadas e, em termos gerais, pontuações  $T \geq 65$  são consideradas clinicamente significativas. Nas escalas clínicas, os coeficientes de consistência interna variam entre .34 e .87, a maioria deles é na ordem de .80, e os coeficientes de teste-reteste variam entre .54 e .93, a maioria com valores próximos de .70. O MMPI-2 ultrapassa as dificuldades que os instrumentos de avaliação de personalidade ou psicopatológica colocam, pois além de controlar a consistência e a credibilidade das respostas ao teste, considera diferentes dimensões do funcionamento, não apenas sintomatologia, e permite obter perfis globais de personalidade e de alterações clínicas. Este aspeto é especialmente relevante no caso de situações de doença sem uma base orgânica clara, como a FM, nas quais se torna mais difícil obter uma medida objetiva da dor e incapacidade (Pérez-Pareja et al., 2010; Vural et al., 2014). Neste sentido, o MMPI-2 é considerado um instrumento apropriado para uma avaliação psicológica dos pacientes com FM (Bellenguer, Ramos-Casals, Siso, & Rivera, 2009; Trygg, Lundberg, Rosenlund, Timpka, & Gerdle, 2002) e para caracterizar um padrão de resposta específico das pacientes FM (Pérez-Pareja et al., 2010).

A intensidade da dor reportada pelas pacientes foi avaliada através da Escala Verbal Numérica com 11 pontos, na qual a paciente tem de assinalar o nível de dor sentida nos últimos sete dias, entre 0 (“ausência de dor”) e 10 (“a pior dor possível”). Esta escala tem uma utilização clínica generalizada devido à administração simples que favorece a adesão (Hartrick et al., 2003).

### Procedimento

As pacientes com FM foram maioritariamente recrutadas através de uma associação de doentes; foram contactadas por telefone e questionadas sobre os critérios de inclusão e a disponibilidade para participar no estudo. As restantes pacientes foram recrutadas no âmbito de um serviço de psicologia num centro universitário. Às pacientes que cumpriam os requisitos de inclusão foi administrado, individualmente e de forma estandardizada, o protocolo de avaliação; nos casos em que se revelou necessário, o protocolo de investigação foi administrado em entrevista. A investigação indica que não existem diferenças significativas nos resultados obtidos através dos dois tipos de administração (Edwards et al., 1998).

### Análise de dados

Os dados foram analisados com utilização do Statistical Package for Social Sciences (v.24 SPSS Inc. Chicago, IL). Foi conduzida uma análise de clusters não hierárquica pelo método K-médias, com base nas cinco escalas de psicopatologia da personalidade do MMPI-2 (PSY-5: Agressividade, Psicoticismo, Desconstrangimento, Emocionalidade Negativa/Neuroticismo, e Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva). Foi testada uma solução de três clusters, que não se revelou apropriada, na medida em que um dos clusters tinha apenas duas participantes, sendo então considerada uma solução de dois clusters. O teste de Qui-Quadrado foi utilizado para identificar diferenças entre os dois grupos de participantes, identificados na análise de clusters, nas variáveis sociodemográficas nominais e ordinais (i.e., estado civil, nível académico e estatuto ocupacional), e a análise de variância univariada (ANOVA) para testar diferenças na idade, tempo de diagnóstico e nível de dor. Uma vez que não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos nestas variáveis, foi utilizada a análise de variância multivariada (MANOVA) para testar as diferenças entre os dois grupos nas escalas clínicas, suplementares e de conteúdo do MMPI-2.

## RESULTADOS

Na solução de dois clusters, identificados com base nas pontuações nas cinco escalas de psicopatologia da personalidade do MMPI-2, a convergência foi alcançada após três iterações. A distância final entre os centros dos clusters foi de 23.945. O cluster maior ( $n = 32$ ) não

tem elevações clinicamente significativas, enquanto o outro cluster ( $n = 24$ ) regista elevações clinicamente significativas ( $T \geq 65$ ) em duas escalas: *Emocionalidade Negativa* e *Introversão*.

As variáveis de caracterização são apresentadas no Quadro 1, e os dois grupos de pacientes são homogêneos no respeitante às variáveis sociodemográficas e à duração do diagnóstico.

**Quadro 1. Características sociodemográficas das participantes FM**

	Cluster 1		Cluster 2		F	p
	M	DP	M	DP		
<b>Idade</b>	44.38	9.34	48.04	9.22	2.14	.250
<b>Duração do diagnóstico</b>	4.98	2.56	5.78	3.66	.896	.348
<b>Nível de dor</b>	6.08	1.77	6.69	1.11	1.90	.269
	Cluster 1		Cluster 2		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
<b>Estado civil</b>					2.21	.331
Solteira	5	15.6	2	8.3		
Casada/união de facto	21	65.6	20	83,3		
Divorciada/separada	6	18.8	2	8.3		
<b>Nível académico</b>						
1º ciclo	0	0	2	8.3	5.65	.464
2º ciclo	2	6.3	2	8.3		
3º ciclo	3	9.4	4	16.7		
Secundário	12	37.5	7	29.2		
Bacharelato	1	3.1	2	8.3		
Licenciatura	12	37.5	5	20.8		
Mestrado	2	6.3	2	8.3		
<b>Estatuto ocupacional</b>						
Empregada	22	68.8	15	62.5	2.34	.505
Desempregada	4	12.5	1	4.2		
Reformada	4	12.5	5	20.8		
Outro	2	6.3	3	12.5		

Nota. Cluster 1 ( $n = 32$ ); Cluster 2 ( $n = 24$ ).

No compósito de escalas de psicopatologia da personalidade, existem diferenças significativas entre os clusters (Wilk's  $\Lambda = .299$ ;  $F(5,50) = 23.473$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2_{par} = .701$ ), verificando-se diferenças significativas em todas as escalas, com exceção do *Psicoticismo* (ver Quadro 2). O cluster 2 regista pontuação superior, e clinicamente significativa, no *Neuroticismo* e na *Introversão*, e níveis significativamente inferiores na *Agressividade* e no *Desconstrangimento*.

**Quadro 2. Média, Desvio-Padrão e diferenças das escalas de psicopatologia da personalidade no cluster 1 e no cluster 2**

	Cluster 1 ( $n = 32$ )		Cluster 2 ( $n = 24$ )		t	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
AGGR	57.09	11.70	48.42	7.05	3.22	.002	0.88
PSYC	58.84	8.78	56.21	11.53	.97	.336	0.27
DISC	49.75	8.61	42.75	6.26	3.37	.001	0.93
NEGE	56.38	9.76	65.25	9.66	-3.38	.001	0.93
INTR	49.31	6.67	68.38	9.90	-8.61	.000	2.37

Nota. AGGR = *Agressividade*; PSYC = *Psicoticismo*; DISC = *Desconstrangimento*; NEGE = *Emocionalidade Negativa / Neuroticismo*; INTR = *Introversão / Baixa Emocionalidade Negativa*.

A MANOVA permitiu identificar diferenças significativas entre os clusters no compósito de escalas clínicas (Wilk's  $\Lambda = .415$ ;  $F(10,45) = 6.344$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2_{par} = .585$ ). Como se vê no Quadro 3, o cluster 2 teve níveis significativamente superiores na *Depressão*, *Psicastenia*, e *Introversão Social*, níveis significativamente inferiores na *Hipomania*, e elevações clinicamente significativas na *Psicastenia* ( $T \geq 65$ ). Ambos os clusters têm elevações clinicamente significativas na *Hipocondria*, *Depressão*, *Histeria*, e *Esquizofrenia*.

**Quadro 3. Média, Desvio- Padrão e diferenças das escalas clínicas no cluster 1 e no cluster 2**

	Cluster 1 (n = 32)		Cluster 2 (n = 24)		t	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Hs	78.56	10.89	80.00	12.30	-46	.646	0.13
D	69.81	9.94	84.33	11.69	-5.01	.000	1.38
Hy	75.81	13.38	76.67	13.22	-.24	.813	0.07
Pd	57.03	11.28	61.92	11.88	-1.57	.123	0.43
Mf	51.13	9.08	50.04	8.35	.46	.649	0.13
Pa	58.84	10.32	61.42	15.05	-.76	.451	0.21
Pt	60.47	9.98	69.63	8.99	-3.54	.001	0.97
Sc	66.72	11.40	72.08	11.97	-1.71	.094	0.47
Ma	59.25	9.68	52.29	7.45	2.93	.005	0.81
Si	51.41	6.81	63.29	8.32	-5.88	.000	1.62

Nota. Hs = *Hipocondria*; D = *Depressão*; Hy = *Histeria*; Pd = *Desvio Psicopático*; Mf = *Masculinidade/Feminilidade*; Pa = *Paranoia*; Pt = *Psicastenia*; Sc = *Esquizofrenia*; Ma = *Hipomania*; Si = *Introversão Social*.

No compósito de escalas suplementares, a MANOVA mostrou diferenças significativas entre os dois clusters (Wilk's  $\Lambda = .060$ ;  $F(12,43) = 4.203$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2_{par} = .540$ ). Como podemos observar no Quadro 4, o cluster 2 teve pontuações significativamente superiores na *Ansiedade*, *Recalcamento*, *Inadaptação Escolar*, *Stress Pós-Traumático*, e *Distress Conjugal* (todos eles valores clinicamente significativos, exceto no caso da *Ansiedade*), e pontuação significativamente mais baixa e clinicamente significativa ( $T \leq 40$ ) na *Dominância*. Ambos os clusters tiveram  $T \leq 40$  na escala *Força do Ego*.

**Quadro 4. Média, Desvio- Padrão e diferenças das escalas suplementares no cluster 1 e no cluster 2**

	Cluster 1 (n = 32)		Cluster 2 (n = 24)		t	p	d de Cohen
	M	SD	M	SD			
A	55.94	7.46	63.17	6.53	-3.78	.000	1.04
R	54.66	7.97	65.38	9.94	-4.48	.000	1.23
Es	34.41	6.54	31.58	3.30	1.94	.058	0.53
Do	42.84	7.60	36.75	7.82	2.93	.005	0.81
Re	54.41	9.91	54.63	8.98	-.09	.933	0.02
Mt	63.66	7.71	71.08	6.23	-3.87	.000	1.06
PK	61.31	7.12	69.79	9.64	-3.79	.000	1.04
MDS	59.59	8.76	67.04	11.41	-2.77	.008	0.76
Ho	57.34	9.22	58.63	8.92	-.52	.604	0.14
O-H	54.72	10.58	57.08	8.68	-.89	.376	0.24
GM	43.13	6.77	39.54	7.97	1.82	.075	0.50
GF	46.78	8.07	50.04	6.39	-1.63	.109	0.45

Nota. A = *Ansiedade*; R = *Recalcamento*; Es = *Força do Ego*; Do = *Dominância*; Re = *Responsabilidade Social*; Mt = *Inadaptação Juvenil*; PK = *Stress Pós-Traumático*; MDS = *Distress Conjugal*; Ho = *Hostilidade*; O-H = *Hostilidade Hipercontrolada*; GM = *Papel de Gênero Masculino*; GF = *Papel de Gênero Feminino*.

Finalmente, a MANOVA mostrou diferenças clinicamente significativas entre os clusters no compósito de escalas de conteúdo (Wilk's  $\Lambda = .440$ ;  $F(15,40) = 3.391$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2_{par} = .560$ ). Como podemos ver no Quadro 5, o cluster 2 teve níveis significativamente mais elevados na *Obsessividade*, *Baixa Auto-Estima*, *Desconforto Social*, *Indicadores Negativos de Tratamento*, *Ansiedade*, *Depressão*, e *Interferência no Trabalho*, sendo que as últimas três escalas têm elevações clinicamente significativas ( $T \geq 65$ ).

**Quadro 5. Média, Desvio-Padrão e diferenças das escalas de conteúdo para o cluster 1 e cluster 2**

	Cluster 1 (n =32)		Cluster 2 (n =24)		t	p	d de Cohen
	M	SD	M	SD			
ANX	62.00	9.25	71.04	7.77	-3.87	.000	1.06
FRS	56.91	11.72	61.67	13.15	-1.43	.159	0.39
OBS	50.78	6.34	58.58	8.43	-3.96	.000	1.09
DEP	60.50	7.15	68.67	11.22	-3.32	.002	0.91
HEA	77.16	10.44	79.79	10.46	-.93	.355	0.26
BIZ	58.59	8.56	57.54	10.16	.42	.676	0.12
ANG	54.69	10.94	57.58	11.19	-.97	.336	0.27
CYN	59.06	9.19	62.13	9.79	-1.20	.235	0.33
ASP	53.75	8.04	54.67	6.26	-.46	.645	0.13
TPA	61.13	13.30	59.58	11.54	.45	.652	0.13
LSE	52.00	8.08	59.46	8.99	-3.26	.002	0.90
SOD	47.47	4.91	57.67	9.35	-5.29	.000	1.45
FAM	55.44	11.30	58.67	13.93	-.96	.342	0.26
WRK	58.31	9.03	66.38	9.55	-3.23	.002	0.89
TRT	54.19	7.06	64.08	10.46	-4.22	.000	1.16

Nota. ANX = Ansiedade; FRS = Medos; OBS = Obsessividade; DEP = Depressão; HEA = Preocupações com a Saúde; BIZ = Pensamentos Bizarras; ANG = Ira; CYN = Cinismo; ASP = Práticas Antissociais; TPA = Comportamento Tipo A; LSE = Baixa Auto-Estima; FAM = Problemas Familiares; WRK = Interferência no trabalho; TRT = Indicadores negativos de Tratamento.

## DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi explorar a heterogeneidade na FM, com base nas dimensões da psicopatologia da personalidade. Dois clusters foram identificados: um não apresenta elevações clinicamente significativas (cluster 1) enquanto o outro (cluster 2) é caracterizado por níveis clinicamente significativos de *Introversão* e de *Emocionalidade Negativa*. Este cluster 2 está em linha com a personalidade tipo D encontrada por Ablin et al. (2016), e com menor Dependência de Reforço Emocional e mais elevado Evitamento de Dano (Ablin et al., 2016; Leombruni et al., 2016), na medida em que o Evitamento de Dano é positiva e fortemente relacionado com o neuroticismo, e negativamente correlacionado com extroversão, e a Dependência do Reforço Emocional é mais fortemente associada com a extroversão (De Fruyt et al., 2000). Vendrig et al. (2000) verificou que baixa pontuação na *Introversão* (baixa emocionalidade positiva) antes do início do tratamento foi preditora de maior satisfação com o tratamento e percepção de maiores benefícios emocionais. É relevante que os níveis médios de *Introversão* no cluster 2 são superiores aos níveis médios de *Neuroticismo*, o que, de acordo com o preconizado pelo modelo dinâmico do afeto, significa que o papel do afeto positivo como protetor contra a experiência de afeto negativo em momentos de stress e de dor (Davis et al., 2004), não está presente nos participantes deste cluster.

As alterações ao nível da personalidade que caracterizam as participantes do cluster 2 estão associadas a maior vulnerabilidade clínica tal como documentada no perfil clínico base do MMPI-2. Na tríade neurótica, o cluster 2 teve a *Depressão* como a escala com maior elevação, o que não é comum em pacientes com dor crónica, mesmo no grupo FM com o perfil típico da dor crónica, na medida em que é esperado que a *Hipocondria* e a *Histeria*, que englobam sintomas relacionados com a saúde, sejam as mais elevadas (Ahles et al., 1984; Claros et al., 2006; Keller & Butcher, 1991; Porter-Moffitt et al., 2006). No sentido contrário, no cluster 1, a *Depressão* é a menos elevada das três escalas, numa configuração próxima do V de *Conversão* (com a *Hipocondria* e a *Histeria* mais elevadas, em oito ou mais pontos, relativamente à *Depressão*). Esta configuração sugere que o sofrimento psicológico é vivido ao nível somático, dando lugar a queixas mais aceitáveis socialmente e negando a dor psicológica, o que constitui sinal de defesa contra o confronto com a fonte real de sofrimento; Greene, 2000). No Cluster 1, embora o nível de *Depressão* seja inferior ao das escalas somáticas, ela não atinge a diferença critério o que pode constituir um aspeto protetor.

No que respeita às escalas suplementares, o cluster 2 apresentou pontuações clinicamente significativas nas escalas Inadaptação Juvenil, Stress Pós-Traumático, e Distress Conjugal, que constituem, com a Ansiedade, o Índice de Distress Emocional Generalizado (Butcher et al., 1989; Graham, 2012). As pontuações na Inadaptação Juvenil foram associadas a maior stress e menor ajustamento geral e social (Stewart & Cairns, 2002), e podem também indicar, a um nível global, que o paciente tem uma história de coping e funcionamento inadequados. No que respeita ao Stress Pós-Traumático, é sugerido que esta escala é mais uma medida de psicopatologia global, inadaptação e sentimentos disfóricos do que uma medida de perturbação de stress pós-traumático (PTSD) (Moody & Kish, 1989) e pontuações mais elevadas têm sido associadas a maiores níveis de neuroticismo e de introversão (Haisch & Meyers, 2004), e a níveis globais mais elevados de sofrimentos emocional e psicológico e mais baixa força do ego (Moody & Kish, 1989), o que está em linha com os resultados do cluster 2. Como estes autores defendem, os indivíduos com pontuações mais elevadas nesta escala estão em maior risco de desenvolver PTSD, mas elevações mais moderadas refletem agitação e sofrimento globais, mais do que PTSD (Graham, 2012). Em relação à escala Distress Conjugal, os parceiros das pacientes FM pontuaram o nível de fadiga das mesmas como significativamente mais baixo, em média, que o

relatado pelas próprias pacientes (Lyons et al., 2013). Desta forma, parece que é difícil para o parceiro da paciente com dor crónica estimar adequadamente a sua dor e incapacidade, e isto parece mais acentuado no caso da FM, devido à invisibilidade associada aos sintomas da mesma (Söderberg et al., 2003), podendo naturalmente constituir-se como um fator de perturbação da relação conjugal.

A escala *Recalcamento*, em associação com a escala *Ansiedade*, indica o nível de sofrimento emocional e a forma, mais ou menos defensiva, como ele é gerido (Greene, 2000). A pontuação média dos dois clusters mostra que as pacientes de ambos os clusters estão provavelmente a experienciar um nível moderado de sofrimento emocional. No entanto, enquanto o cluster menos patológico mostra recursos adequados para lidar com os problemas e tem maior probabilidade de os externalizar, o cluster mais patológico parece estar a tentar inibir ou suprimir a consciência dos problemas, um padrão que pode refletir maior cronicidade dos problemas, em pacientes defensivos e reservados.

A escala *Interferência no Trabalho* engloba um conjunto de aspetos que vão além do ambiente laboral, na medida em que inclui falta de energia, incapacidade de lidar com o stress, sentimentos de sobrecarga, insegurança, receio e impotência (Barthlow, Graham, Ben-Porath, & McNulty, 2004).

Embora vários estudos foquem as dificuldades no ambiente laboral e a menor capacidade de trabalho das mulheres com FM (e.g., Henriksson, Liederberg, & Gerdle, 2005; Mannerkorpi & Gard, 2012), o cluster menos patológico do presente estudo não apresenta níveis médios relevantes.

O cluster 2 tem ainda pontuações significativamente superiores em vários outros domínios, embora não alcançando um nível clinicamente significativo. No que respeita à escala *Introversão Social*, refere-se a insegurança e desconforto nas situações sociais, e a tendência para a timidez, reserva e retraimento (Graham, 2012). Esta escala foi um dos moderadores da relação entre queixas, duração da doença e representações emocionais numa amostra de pacientes com diferentes perturbações mentais, sendo um preditor de crenças negativas relativas à doença, preditor mais forte que o tipo de diagnóstico e sintomas específicos (Kovyazina et al., 2017).

A escala *Indicadores de Tratamento Negativos*, que reflete atitudes negativas relativamente aos médicos e tratamentos de saúde mental, e caracteriza pessoas que desistem facilmente face aos problemas e às mudanças (Graham, 2012), é especialmente relevante devido às suas implicações para os resultados de qualquer tipo de tratamento. Pontuações elevadas nesta escala, a par com elevações em *Recalcamento*, *Obsessividade*, *Desconforto Social* e *Distress Conjugal*, foram preditoras de um resultado negativo no seguimento de indivíduos diagnosticados com cefaleia por consumo excessivo de medicação, diferenciando os que nunca diminuíram este consumo dos que diminuíram e tiveram sucesso na manutenção (Sances et al., 2013).

Finalmente, os níveis mais baixos de *Agressividade* e de *Desconstrangimento* apresentados pelo cluster mais patológico podem ser interpretados como outro sinal de défice de recursos adaptativos e assertividade, na medida em que as pontuações mais elevadas nestas escalas, desde que de nível moderado, podem ser protetoras; e estes dados são concordantes com a baixa *Força do Ego*, e *Dominância* verificados neste cluster.

Em conclusão, podemos identificar que um grupo de pacientes com FM apresenta um conjunto de características de personalidade e clínicas que podem comprometer o tratamento para a dor crónica, e assim requer um intervenção psicológica diferenciada. Devemos realçar a dupla implicação que o padrão de personalidade deste grupo, com grande semelhança com a personalidade tipo D, tem, tanto ao nível emocional como relacional, num ciclo negativo em que estes dois componentes se alimentam mutuamente. Elevada Emocionalidade Negativa corresponde a uma vida emocional aversiva, com agitação interior, conduzindo a passividade, medo de abandono e hipersensibilidade à crítica, o que prejudica as relações com os outros. A elevada *Introversão* reflete uma vida emocional empobrecida e uma capacidade hedónica deficitária, o que conduz a uma responsividade emocional empobrecida e a um afastamento social (Friedman, Lewak, Nichols, & Webb, 2001). As pontuações clinicamente significativas no Índice de Distress Emocional Generalizado (Butcher et al., 1989; Graham, 2012), como um indicador global de insatisfação e inadaptação, inserem-se neste contexto.

Esta investigação tem algumas limitações, sendo a principal a dimensão da amostra, e o facto de ser composta apenas por mulheres, facto comum nos estudos com pacientes de FM. Assim, as interpretações aplicam-se apenas às pacientes femininas. Como aspetos positivos, utilizámos uma amostra de pacientes da comunidade, e aproximadamente dois terços das pacientes sem diagnóstico ou queixa psiquiátrica. Segundo o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que explora a heterogeneidade na sintomatologia clínica em pacientes com FM, tendo por base características de personalidade estruturais e relativamente estáveis.

Em investigação futura, seria importante avaliar a adesão das pacientes com FM a intervenções médicas e psicológicas, os resultados da intervenção, e a sua relação com a personalidade e a psicopatologia, averiguando paralelamente a estabilidade previsível dos aspetos de personalidade, para além da flutuação esperada nas escalas clínicas, mais sintomatológicas. Por fim, seria também interessante e importante avaliar os aspetos emocionais e relacionais com medidas implícitas ou técnicas complementares aos autorrelatos.

## REFERÊNCIAS

- Ablin, J. N., Zohar, A. H., Zaraya-Blum, R., & Buskila, D. (2016). Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ*, 4, e2421; doi:10.7717/peerj.2421
- Ahles, T. A., Yunus, M. B., Riley, S. D., Bradley, J. M., & Masi, A. T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 27, 1101–1106.
- Barthlow, D. L., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (2004). Construct validity of the MMPI-2 College Maladjustment (Mt) Scale. *Assessment*, 11, 251–262. doi:10.1177/1073191104268317
- Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A., & Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia: Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5, 55–62. doi:10.1016/j.reuma.2008.07.001
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A.J., Choy, E. H.S, & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1–109. doi:10.1002/14651858.CD009796.pub2

- Bucourt, E., Martailé, V., Mulleman, D., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B.,...Courtois, R. (2018). Comparaison des cinq grands traits de personnalité dans la fibromyalgie et les autres maladies rhumatismales. *Revue du Rhumatisme*, 85, 188–194. doi:10.1016/j.rhum.2017.07.008
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Claros, L., Cano, M., Presa, A., Barceló, J., Satamán, P., Roca, J., ...Pàmias, M. (2006). Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental : Obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 112–122.
- De Fruyt, F., Van De Wiele, L., & Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29, 441–452. doi:10.1016/S0191-8869(99)00204-4
- Edwards, E. L., Holmes, C. B., & Carvajal, H. H. (1998). Oral and Booklet Presentation of MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 593–596. doi:10.1002/(SICI)1097-4679
- Eich, W., Hartmann, M., Muller, A., & Fischer, H. (2000). The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29, 30–31.
- Friedman, A. F., Lewak, R., Nichols, D. S., & Webb, J. T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Friedman, A. F., Bolinsky, P. K., Levak, R.W., & Nichols, D. S. (2014). *Psychological Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF*. New York: Routledge.
- Gonzalez, B. (2014). *Aspetos psicológicos da fibromialgia: Personalidade e história de vida* (Tese de Doutorado). Retirado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11052/1/ulsd066203\\_td\\_Barbara\\_Gonzalez.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11052/1/ulsd066203_td_Barbara_Gonzalez.pdf)
- Gonzalez, B., Baptista, T.M., Branco, J.C., & Novo, R.F. (2015). Fibromyalgia characterization in a psychosocial approach. *Psychology, Health & Medicine*, 20, 363–368. doi:10.1080/13548506.2014.931590
- Graham, J. R. (2012). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (5<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual* (2<sup>nd</sup> ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Haisch, D. C., & Meyers, L. S. (2004). MMPI-2 assessed posttraumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress & Health*, 20, 223–229. doi:10.1002/smi.1020
- Hartrick, C. T., Kovan, J. P. & Shapiro, S. (2003). The numerical rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure? *Pain Practice*, 3, 310–316. doi: 10.1111/j.1530-7085.2003.03034.x
- Heidari, F., Afshari, M., & Moosazadeh, M. (2017). Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology International*, 37, 1527–1539. doi:10.1007/s00296-017-3725-2
- Henriksson, C., Liedberg, G., & Gerdle, B. (2005). Women with fibromyalgia: Work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 27, 685–695. doi:10.1080/09638280400009089
- Jones, G. T., Atzeni, F., Beasley, M., Flüß, E., Sarzi-Puttini, P. & Macfarlane, G. J. (2015). The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis & Rheumatology*, 67, 568–575. doi:10.1002/art.38905
- Kato, K., Sullivan, P. F., Evengård, B., & Pedersen, N. L. (2009). A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychological Medicine*, 39, 497–505. doi: 10.1017/S0033291708003784
- Keller, L. S., & Butcher, J. N. (1991). *Assessment of chronic pain patient with the MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kovyazina, M., Rasskazova, E., Varako, N., & Palatov, S. (2017). Personality, psychopathological symptoms and illness perception in mental disorders: Results from Russian MMPI-2 validation study [Abstract]. *European Psychiatry*, 41, Supplement: S713- S714. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1277.
- Leombruni, P., Zizzi, F., Miniotti, M., Colonna, F., Castelli, L., Fusaro, E. & Torta, R. (2016). Harm avoidance and self-directedness characterize fibromyalgia patients and the symptom severity. *Frontiers in Psychology*, 7, 579. doi:10.3389/fpsyg.2016.00579
- Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273–285. doi:10.2174/1874312901206010273
- Mannerkorpi, K., & Gard, G. (2012). Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13:96. doi:10.1186/1471-2474-13-96
- Moody, D. R., & Kish, G. B. (1989). Clinical meaning of the Keane PTSD Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 542–554.
- Novo, R., Gonzalez, B., Peres, R., & Aguiar, P. (2017a). A meta-analysis of studies with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in fibromyalgia patients. *Personality and Individual Differences*, 116, 96–108. doi:10.1016/j.paid.2017.04.026
- Novo, R., Gonzalez, B., Peres, R., & Aguiar, P. (2017b). Corrigendum to “A meta-analysis of studies with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in fibromyalgia patients”. *Personality and Individual Differences*. doi:10.1016/j.paid.2017.07.022

- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordí, H., & Palmer, A. (2011). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 41-56.
- Porter-Moffitt, S., Gatchel, R. J., Robinson, R. C., Deschner, M., Posamentier, M., Polatin, P., & Lou, L. (2006). Biopsychosocial profiles of different pain diagnostic groups. *The Journal of Pain, 7*, 308–18. doi:10.1016/j.jpain.2005.12.003
- Sances, G., Galli, F., Ghiotto, N., Allena, M., Guaschino, E., Frustaci, A., ... Tassorelli, C. (2013). Factors associated with a negative outcome of medication-overuse headache: A 3-year follow-up (the 'CARE' protocol). *Cephalalgia, 33*, 431–443. doi:10.1177/0333102413477737
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adultos): Versão experimental portuguesa do MMPI-2*. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Söderberg, S., Strand, M., Haapala, M., & Lundman, B. (2003). Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing, 42*, 143–150.
- Staud, R. (2007). Treatment of fibromyalgia and its symptoms. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 8*, 1629–1642. doi:10.1517/14656566.8.11.1629.
- Stewart, D. W., & Cairns, S. L. (2002). Objective versus subjective evaluation of student distress at intake: Considerations for counseling centers. *Journal of College Student Development, 4*, 386–394.
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine, 66*, 837–44. doi:10.1097/01.psy.0000146329.63158.40
- Thieme, K., Turk, D. C., Gracely, R. H., Maixner, W., & Flor, H. (2015). The relationship among psychological and psychophysiological characteristics of fibromyalgia patients. *The Journal of Pain, 16*, 186-196. doi:10.1016/j.jpain.2014.11.009
- Torres, X., Bailles, E., Valdes, M., Gutierrez, F., Peri, J. M., Arias, A.,... Collado, A. (2013). Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *General Hospital Psychiatry, 35*, 640–648. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.07.014
- Trygg, T., Lundberg, G., Rosenlund, E., Timpka, T., & Gerdle, B. (2002). Personality characteristics of women with fibromyalgia and of women with chronic neck, shoulder or low back complaints in terms of Minnesota Multiphasic Personality Inventory and Defense Mechanism Technique Modified. *Journal of Musculoskeletal Pain, 10*, 33-55. doi:10.1300/J094v10n03\_03
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2007). Fibromyalgia and related syndromes characterised by stress intolerance and pain hypersensitivity: Do we need a new nosology? *Current Rheumatology Review, 3*, 304-308. doi: 10.2174/157339707782408937
- Van Houdenhove, B., Kempke, Luyten, P. (2010). Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Current Psychiatry Reports, 12*, 208-214. doi: 10.1007/s11920-010-0105-y.
- Van Houdenhove, B., Luyten, P., & Egle, U. T. (2009). Stress as a key concept in chronic widespread pain and fatigue disorders. *Journal of Musculoskeletal Pain, 17*, 390–399. doi:10.3109/10582450903284745
- van Middendorp, H., Kool, M. B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R. (2016). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry, 39*, 66–72. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.11.006
- Vendrig, A., Derksen, J., & Mey, H. (2000). MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) and prediction of treatment outcome for patients with chronic back pain. *Journal of Personality Assessment, 74*, 423-438. doi:10.1207/S15327752JPA7403-6
- Verra, M. L., Angst F., Brioschi, R., Lehmann, S., Keefe, F. J., Staal, J. B., de Bie, R. A., & Aeschlimann, A. (2009). Does classification of persons with fibromyalgia into Multidimensional Pain Inventory subgroups detect differences in outcome after a standard chronic pain management program? *Pain Research & Management, 14*, 445–453. doi:10.1186/1471-2474-13-155
- Vural, M., Berkol, T. D., Erdogdu, Z., Kucukserat, B., & Aksoy, C. (2014). Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls. *Modern Rheumatology, 24*, 823-828. doi:10.3109/14397595.2013.868069
- Walen, H. R., Cronan, T.A., Serber, E. R., Groessl, E. & Oliver, K. (2002). Subgroups of fibromyalgia patients: Evidence for heterogeneity and an examination of differential effects following a community-based intervention. *Journal of Musculoskeletal Pain, 10*, 9–32. doi:10.1300/J094v10n03\_02
- Wilson, H. D., Robinson, J. P., & Turk, D. C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatology, 1*, 527–534. doi:10.1002/art.24163
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism, 33*, 160-172.
- Wolfe F, Clauw D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P. ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research, 62*, 600-10. doi: 10.1002/acr.20140
- Yunus M. B., Ahles, T.A., Aldag, J. C., & Masi, A. T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism, 34*, 15–21. doi:10.1002/art.1780340104