

O MMPI-2 na diferenciação da fibromialgia face à artrite reumatóide

Bárbara Gonzalez / Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, HEI-Lab- Digital Human-Environment Interaction Lab, barbara.gonzalez@ulusofona.pt

Rosa Novo / Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

Rodrigo Peres / Universidade Federal de Uberlândia

Telmo Baptista / Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

Resumo

Este estudo visa explorar características psicológicas e psicopatológicas associadas à fibromialgia (FM), uma patologia dolorosa de etiologia desconhecida. Para tal, pretende comparar pacientes com FM e pacientes com artrite reumatóide (AR), uma patologia dolorosa de etiologia conhecida, e identificar grupos típicos (GTs) de cada patologia. 70 participantes (FM: $n = 38$; $M_{idade} = 46.03$, $DP_{idade} = 8.48$; AR: $n = 32$, $M_{idade} = 45.31$, $DP_{idade} = 8.68$) foram avaliadas com o MMPI-2. Procedeu-se a uma análise de clusters (K-médias) para identificação de GTs e análises multivariadas intergrupos. A análise de clusters da amostra global, com base na pontuação em oito escalas clínicas, identificou dois clusters: um de menor dimensão ($n = 29$), caracterizado por médias significativamente inferiores em sete escalas e sem elevações clinicamente significativas ($T \geq 65$), integrando 24 pacientes com AR, e outro de maior dimensão



($n = 41$), caracterizado por elevações clinicamente significativas em cinco escalas, integrando 33 pacientes com FM. Considerados estes clusters como representativos das características psicológicas nucleares de cada uma das patologias, as análises multivariadas mostraram que o FM_{GT} apresenta valores significativamente superiores ao AR_{GT} em várias escalas de psicopatologia da personalidade, suplementares e de conteúdo. Esses resultados serão discutidos reconhecendo-se o papel da personalidade na etiologia e manutenção da FM.

Palavras-chave: Fibromialgia; artrite reumatóide; personalidade; psicopatologia.

Abstract

This study aims to explore psychological and psychopathological features associated with fibromyalgia (FM), a chronic pain syndrome whose etiology remains unknown. For that purpose, we want to compare FM patients with rheumatoid arthritis (RA) patients, a chronic pain condition with well known etiology, in order to identify typical groups (TG) of each pathology. The MMPI-2 scales were assessed in a sample of 70 women (FM: $n = 38$, $M_{age} = 46.03$, $SD_{age} = 8.48$; RA: $n = 32$, $M_{age} = 45.31$, $SD_{age} = 8.68$). We made a K-means cluster analysis, to identify TG of each pathology, and multivariate between groups analysis. The cluster analysis with the whole sample, based in eight clinical scales scores, identified two clusters: a smaller one ($n = 29$) characterized by significantly lower scales in sevens scales, and without clinically significant elevations ($T \geq 65$), with 24 RA patients, and a larger one one ($n = 41$), characterized by clinically significant elevations in five scales, with 33 FM patients. We consider these clusters represent nuclear psychological features of each pathology, and multivariate analysis showed that FM_{TG} has significantly higher scores than RA_{TG} in several personality psychopathology, supplementary and content scales. We discuss these results considering the role of personality in the etiology and perpetuation of FM.

Key-words: Fibromyalgia; rheumatoid arthritis; personality; psychopathology.



Introdução

A fibromialgia (FM) é uma síndrome maioritariamente feminina, caracterizada por dor crónica generalizada e sensibilidade dolorosa em múltiplos pontos corporais, rigidez articular e um conjunto de sintomas associados (e.g., perturbações do humor, fadiga, disfunção cognitiva e insónia), sem uma patologia orgânica subjacente claramente definida (Mease, 2005). A etiologia e a patogénese da FM não são totalmente compreendidas, e vários aspetos parecem estar envolvidos, tais como disfunção do sistema nervoso central e autónomo, aspetos hormonais, sistema imunitário, stressores externos e aspetos psiquiátricos (Bellato et al., 2012). A hipótese atual postula que a FM surge quando está presente uma interação complexa de predisposição genética, perceção aumentada de dor e sofrimento psicológico, em associação a fatores ambientais (Diatchenko, Nackley, Slade, Fillingim, & Maixner, 2006).

Van Houdenhove e Egle (2004) propuseram um modelo biopsicosocial da FM, com vários fatores etiológicos, como precipitantes, predisponentes e de manutenção, sugerindo que múltiplas vias podem conduzir ao surgimento e persistência desta síndrome. Especificamente, questões familiares-genéticas, experiências traumáticas, aspetos de estilo de vida e episódios prévios de depressão podem aumentar a vulnerabilidade à FM, e vários aspetos físicos, percetivo-cognitivos, afetivos, de personalidade, comportamentais e sociais podem perpetuar a vivência da síndrome (Van Houdenhove, Luyten, & Egle, 2009; Van Houdenhove, Neerinckx, Onghena, Lysens, & Vertommen, 2001). Assim, estamos interessados na personalidade como um importante elemento para a compreensão da FM, no duplo papel de predisponente e de manutenção, na medida em que é considerada um dos “filtros” de respostas psicológicas que poderiam associar-se aos aspetos físicos da FM (Malin & Littlejohn, 2012).

No que respeita a variáveis de personalidade e psicopatologia, avaliadas pelo MMPI e MMPI-2, em comparação com pacientes com artrite reumatóide (AR), uma condição dolorosa com manifestações semelhantes, mas com uma



etiologia claramente estabelecida, pacientes com FM tipicamente atingem pontuações significativamente superiores em *Hipocondria*, *Histeria* e várias outras escalas clínicas que indicam maior psicopatologia (*Psicopatia*, *Paranóia*, *Psicastenia*, *Esquizofrenia* e *Hipomania*), quer em amostras de internamento ou ambulatório (Ahles, Yunus, Riley, Bradley & Masi, 1984; Payne et al., 1982; Wolfe et al., 1984). Numa versão reduzida do MMPI-2, Ardiç e Toraman (2002) identificaram valores significativamente superiores de depressão em pacientes com FM. Num conjunto de itens das escalas *Hipocondria*, *Depressão*, *Histeria* e *Esquizofrenia*, pacientes com FM obtiveram pontuações superiores em 29 de 32 itens (Leavitt & Katz, 1989). Em comparação com outras amostras de dor crónica, pacientes com FM tendem a apresentar pontuações significativamente superiores nas escalas *Hipocondria*, *Depressão*, *Histeria*, *Psicastenia*, *Esquizofrenia* e *Introversão Social* (Trygg, Lundberg, Rosenlund, Timpka, & Gerdle, 2002), *Depressão*, *Psicastenia* e *Esquizofrenia* (Porter-Moffitt et al., 2006) ou *Psicopatia*, *Paranóia*, *Psicastenia* e *Esquizofrenia* (Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordí, & Palmer, 2010).

A maioria de estudos com o MMPI, nesta população, reporta dados apenas referentes às escalas clínicas, e não explora as escalas de psicopatologia da personalidade, suplementares e de conteúdo, que podem fornecer um quadro mais aprofundado do funcionamento psicológico. Desta forma, consideramos muito útil explorar o conjunto de escalas do MMPI-2, com o potencial de identificar um conjunto de aspetos de personalidade e psicopatologia que podem atuar como predisponentes e de manutenção da FM.

1. Objetivos

Este estudo transversal visa identificar se existem aspetos psicopatológicos nucleares que diferenciem as duas patologias (FM e AR), permitindo considerar as pacientes mais representativas como grupos típicos (GTs). Uma vez



identificados estes grupos (FM_{GT} e AR_{GT}), pretendeu-se investigar as diferenças entre os mesmos nas escalas de psicopatologia da personalidade, suplementares e de conteúdo.

2. Método

2.1 Participantes

A amostra foi constituída por 70 mulheres, entre os 30 e os 60 anos de idade, constituintes de dois grupos: FM ($n = 38$, $M_{idade} = 46.03$, $DP_{idade} = 8.48$) e AR ($n = 32$, $M_{idade} = 45.31$, $DP_{idade} = 8.68$). Como critérios de inclusão foram considerados a idade ≥ 18 anos, ter a condição FM ou AR sem outra condição reumática ou dolorosa, o diagnóstico há pelo menos 6 meses e nenhum diagnóstico psiquiátrico ou medicação psicotrópica. Os dois grupos foram emparelhados em variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, estado civil, grau académico, situação profissional, duração dos sintomas e nível de dor reportado), existindo diferenças significativas no que respeita à duração entre o surgimento dos sintomas e a obtenção de um diagnóstico, e nível de dor média reportado.

2.2 Instrumentos

Para avaliação da personalidade e psicopatologia, foi utilizado o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2). Este instrumento tem sido amplamente utilizado em contextos de saúde e de doença crónica (Arbisi & Butcher, 2004; Ardiç & Toraman, 2002; Malin & Littlejohn, 2012), tendo identificado aspetos psicológicos característicos de pacientes com dor crónica, correspondentes a elevações na *triade neurótica* constituída pelas escalas *Hipocondria*, *Histeria* e *Depressão* (Arbisi & Butcher, 2004; Keller & Butcher, 1991). São consideradas pontuações clinicamente significativas as pontuações $T \geq 65$ ou ≤ 40 (Graham, 2012). O MMPI-2 tem-se revelado especialmente útil



para a avaliação clínica de pacientes com FM (Bellenguer et al., 2009; Trygg et al., 2002) e para caracterizar um padrão específico de resposta das mesmas (Pérez-Pareja et al., 2010). Uma meta-análise recente (Novo, Gonzalez, Peres, & Aguiar, 2017) identificou que o MMPI-2 é capaz de discriminar pacientes com FM de voluntárias saudáveis, no que respeita ao perfil clínico básico.

Para avaliação do nível de dor, foi utilizada a Escala Numérica para a Dor (EN-11), em que a pessoa indica, entre 0 (ausência de dor) e 10 (máxima dor possível), que número melhor corresponde à dor média sentida na última semana. Trata-se de um instrumento de uso generalizado devido à sua fácil administração, a qual permite melhor adesão em comparação com outros procedimentos avaliativos mais complexos (Hartrick, Kovan, & Shapiro, 2003).

2.3 Procedimento

O recrutamento das participantes foi efetuado através de contacto com associações de doentes. Após obtenção de consentimento informado, o protocolo de avaliação foi aplicado em formato de entrevista individual, devido às características das condições dolorosas que dificultam o preenchimento escrito.

3. Resultados e as suas implicações teórico-práticas

Uma análise de clusters não hierárquica (K-médias) com base nos resultados da amostra total nas oito escalas clínicas do MMPI-2 permitiu obter uma solução de dois clusters de participantes. Um cluster de maior dimensão ($n = 41$) foi caracterizado por participantes com elevações clinicamente significativas em cinco escalas clínicas: *Hipocondria*, *Depressão*, *Histeria*, *Psicastenia* e *Esquizofrenia*. Outro cluster, com menor número de participantes



($n = 9$), é identificou participantes com médias significativamente mais baixas em sete escalas clínicas e sem elevações clinicamente significativas. O primeiro cluster identificou 33 pacientes com FM e oito pacientes com AR; o segundo cluster identificou cinco pacientes com FM e 24 pacientes com AR. Cada um dos clusters foi considerado representativo do perfil mais típico de cada patologia, sendo excluídos os participantes incorretamente afetados a cada grupo (cinco pacientes com FM no segundo cluster e oito pacientes com AR no primeiro), prosseguindo as análises com base na comparação entre o FM_{GT} ($n = 33$) e o AR_{GT} ($n = 24$). Este resultado, de psicopatologia muito superior em pacientes com FM, é congruente com a literatura (Ardiç & Toraman, 2002; Leavitt & Katz, 1989; Wolfe et al., 1984).

Tabela 1. Média, Desvio-Padrão e ANOVAs das escalas de psicopatologia da personalidade no FM_{GT} e no AR_{GT}

	FM _{GT}		AR _{GT}		F	η^2	p	FM _{GT} (%)		AR _{GT} (%)	
	M	DP	M	DP				t≤40	t≥65	t≤40	t≥65
AGGR	52.18	8.90	56.58	7.99	3.07	.054	.085	0	15	0	25
PSYC	58.21	9.15	54.58	9.39	1.63	.029	.208	0	21	4	17
DISC	46.00	6.82	46.79	7.62	.06	.001	.807	21	0	21	0
NEGE	59.94	11.05	52.21	9.51	7.53	.122	.008	0	45	4	17
INTR	56.09	9.55	50.33	9.97	3.25	.057	.077	3	21	17	8

Nota. FM_{GT} ($n = 33$); AR_{GT} ($n = 24$); AGGR=Agressividade; PSYC=Psicoticismo; DISC=Desinibição Comportamental; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR=Introversão/Baixa Emocionalidade Positiva.

Para exploração mais aprofundada de diferenças entre os dois grupos, foi realizada uma análise de covariância multivariada (MANCOVA) ao conjunto de escalas de psicopatologia da personalidade, com o tempo entre sintomas e diagnóstico como covariável, que se revelou significativa (Wilk's $\Lambda = .796$; $F(5,50) = 2.56$; $p = .039$; $\eta^2_{\text{par}} = .204$).



No FM_{CT} registam-se níveis significativamente mais elevados de *Emocionalidade Negativa/Neuroticismo* (ver Tabela 1). Esta dimensão pode ser considerada uma variação extrema do neuroticismo enquanto dimensão normativa da personalidade (Trull, Uesda, Costa, & McCrae, 1995; Egger, De Mey, Derksen, & van der Staak, 2003), revelando as pacientes FM valores nesta dimensão superiores aos das pacientes AR (Bucourt et al., 2017; Besteiro et al., 2008; Walker et al., 1997). Embora o valor médio não atinja valores clínicos, quase metade do grupo FM apresentou pontuação clinicamente significativa.

A MANCOVA ao conjunto de escalas suplementares, com o tempo entre sintomas e diagnóstico como covariável, identificou diferenças significativas entre os dois grupos típicos (Wilk's $\Lambda = .326$; $F(9,46) = 10.56$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .674$). O FM_{CT} registou níveis significativamente mais elevados nas escalas *Ansiedade*, *Distress Conjugal*, *Hostilidade Hipercontrolada*, *Inadaptação Escolar* e *Stress Pós-Traumático*, tendo as duas últimas elevações clinicamente significativas. Já as escalas *Papel de Género Masculino* e *Força do Ego* o FM_{CT} registou valores inferiores, tendo esta escala valores extremamente baixos ($T \leq 40$) e, como tal, com relevância clínica.

Pontuações elevadas na escala *Inadaptação Escolar* têm sido associadas a níveis superiores de *stress* e pior ajustamento social e geral (Stewart & Cairns, 2002), indicando, a um nível global, que o paciente tem uma história de *coping* e funcionamento inadequados. Já a escala *Stress Pós-Traumático* parece ser mais uma medida de psicopatologia, desajustamento geral e sentimentos disfóricos do que de Perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) (Moody & Kish, 1989). Pontuações mais elevadas nesta escala têm sido associadas a maior nível geral de sofrimento psicológico, menor força do ego e a neuroticismo e introversão/baixa emocionalidade positiva mais acentuados (Haisch & Meyers, 2004), o que está em linha com os resultados obtidos pelo FM_{CT} no presente estudo.



Tabela 2. Média, Desvio-Padrão e ANOVAs das escalas suplementares no FM_{GT} e no AR_{GT}

	FM _{GT}		AR _{GT}		F	η^2	p	FM _{GT} (%)		AR _{GT} (%)	
	M	DP	M	DP				t≤40	t≥65	t≤40	t≥65
A	59.33	7.22	50.33	6.46	25.11	.317	.000	0	21	4	4
R	60.30	9.53	55.50	10.45	2.18	.039	.146	0	33	4	25
Es	31.73	2.97	41.88	8.21	35.16	.394	.000	97	0	38	0
Mt	67.85	6.61	52.83	6.59	68.98	.561	.000	0	58	0	4
PK	64.88	8.93	50.50	6.73	37.90	.412	.000	0	42	8	0
MDS	63.42	9.56	54.38	9.63	10.54	.163	.002	0	30	0	13
Ho	58.15	8.49	54.25	7.68	3.39	.059	.071	6	21	0	8
O-H	57.33	7.97	49.00	9.19	9.13	.145	.004	0	21	17	8
GM	41.48	7.09	52.33	9.97	23.17	.300	.000	45	0	13	4

Nota. FM_{GT} (n = 33); AR_{GT} (n = 24); A=Ansiedade; R=Repressão; Es=Força do Ego; Mt=Inadaptação Escolar; PK=Stress Pós-Traumático; MDS=Distress Conjugal; Ho=Hostilidade; O-H=Hostilidade Hipercontrolada; GM=Papel de Género Masculino.

Relativamente à escala *Distress Conjugal*, num estudo com mulheres FM e seus parceiros conjugais, estes tendiam a avaliar a fadiga daquelas como inferior à reportada por elas (Lyons, Jones, Bennett, Hiatt, & Sayer, 2013). A dificuldade dos parceiros em estimar corretamente a dor e a incapacidade das pacientes parece ser mais acentuado no caso da FM, em que a invisibilidade das manifestações traz dificuldades acrescidas (Söderberg et al., 2003). Não temos conhecimento de qualquer estudo que compare a satisfação conjugal de pacientes com FM e com AR, mas, num estudo de comparação com pacientes com osteoartrite, embora os parceiros de ambos os tipos de doentes relatassem níveis



de sobrecarga semelhantes, maior sobrecarga estava associada a menor apoio dos parceiros, apenas no caso da FM. O facto da incapacidade física não ser de aparência óbvia nesta síndrome e de esta ter uma etiologia mal compreendida, parece afetar negativamente a relação conjugal (Reich, Olmsted, & van Puymbroeck, 2006).

Um baixa *Força do Ego* desempenha um papel fundamental na formação de sintomas psiquiátricos em pacientes com doença física (Hyphantis et al., 2008) e, no que respeita à escala *Papel de Género Masculino*, pontuações elevadas estão associadas a menor psicopatologia (Castlebury & Durham, 1997) e maior bem-estar psicológico e autoestima (Woo & Oei, 2006). Assim, os valores significativamente mais baixos do FM_{CT} nestas duas escalas, em conjugação com os valores mais elevados na escala *Baixa Autoestima*, refletem mais insegurança e menor assertividade e autoafirmação.

No que respeita aos valores mais elevados na escala *Hostilidade Hipercontrolada* no FM_{CT}, embora não clinicamente significativos, podem ter um papel relevante no funcionamento da FM em associação com outros aspetos clínicos, tais como a baixa força do ego. Não temos conhecimento de qualquer estudo que discuta esta dimensão em pacientes com dor crónica, mas dada a evidência de uma relação conceptual próxima entre hostilidade e ira (Forgays, Forgays, & Spielberger, 1997), é possível comparar a hostilidade hipercontrolada com o controlo da ira e a *anger-in*, mais estudadas. As pacientes FM apresentaram *anger-in* mais elevada do que as pacientes AR, mesmo após controlada a severidade da dor (Sayar, Gulec, & Topbas, 2004), o que é semelhante aos resultados do nosso estudo e, numa amostra de pacientes com FM, uma tendência geral para inibir a ira foi associada a maior dor (van Middendorp et al., 2010). Desta forma, a combinação de valores elevados de hostilidade hipercontrolada, de hostilidade e de ira pode constituir um padrão prejudicial de baixa assertividade e expressão emocional contida.



A MANCOVA ao conjunto de escalas de conteúdo, com o tempo entre sintomas e diagnóstico e o nível de dor como covariáveis, mostrou diferenças significativas entre os dois grupos (Wilk's $\Lambda = .383$; $F(12,43) = 6.29$; $p = .000$; $\eta^2_{\text{par}} = .617$). Na Tabela 3, podemos notar que o FM_{GT} teve níveis significativamente superiores nas escalas *Depressão*, *Pensamentos Bizarros*, *Baixa Autoestima*, *Problemas Familiares*, *Problemas no Trabalho*, *Ansiedade* e *Preocupações com a Saúde*, sendo que as duas últimas registraram valores clinicamente significativos.

Tabela 3. Média, Desvio-Padrão e ANOVAs das escalas de conteúdo no FM_{GT} e no AR_{GT}

	FM _{GT}		AR _{GT}		F	η^2	p	FM _{GT} (%)		AR _{GT} (%)	
	M	DP	M	DP				t≤40	t≥65	t≤40	t≥65
ANX	66.33	9.84	50.71	6.55	17.98	.253	.000	0	58	8	0
FRS	60.03	13.81	52.38	12.06	.840	.016	.363	6	30	17	13
OBS	54.64	8.80	50.71	6.79	1.03	.019	.315	0	18	0	8
DEP	63.21	8.12	52.67	4.91	22.46	.298	.000	0	48	0	4
HEA	79.79	9.46	58.13	7.68	26.81	.336	.000	0	94	0	21
BIZ	57.58	9.55	52.67	7.92	4.26	.074	.044	6	15	8	8
ANG	54.12	9.42	52.92	11.06	2.81	.050	.100	6	12	17	21
LSE	55.61	8.02	49.13	8.31	6.22	.105	.016	3	15	13	8
FAM	55.39	11.26	47.08	9.22	6.74	.113	.012	3	18	25	4
WRK	62.55	10.01	51.46	7.25	17.13	.244	.000	0	45	0	8
TRT	58.45	9.99	53.38	8.15	2.39	.043	.128	0	21	18	4

Nota. FM_{GT} (n = 33); AR_{GT} (n = 24); ANX=Ansiedade; FRS=Medos; OBS=Obsessões; DEP=Depressão; HEA=Preocupações com a Saúde; BIZ=Pensamentos Bizarros; ANG=Anger; LSE=Baixa Autoestima; FAM=Problemas Familiares; WRK=Problemas no Trabalho; TRT=Indicadores Negativos para Tratamento.



Embora possa ser esperada elevação na escala *Preocupações com a Saúde* em doentes com dor crónica (Keller & Butcher, 1991; Slesinger, Ancher, & Duane, 2002), o seu significado vai para além das preocupações físicas claramente associadas aos problemas de saúde existentes, e reflete melhor a representação psicológica desses problemas. Numa amostra sem doença crónica, de vítimas de assédio laboral, o grupo menos exposto ao assédio apresentou no entanto um perfil clínico no MMPI-2 mais patológico, e significativamente mais preocupações com a saúde, mostrando que esta escala é associada a sofrimento psicológico (Matthiesen & Einarsen, 2001).

Resultados elevados na escala *Problemas Familiares* podem estar relacionados com o também elevado *Distress Conjugal*, atrás referido, na medida em que ambas as escalas abrangem sentimentos de incompreensão, ressentimento e de falta de amor e afeto, tanto na relação conjugal como na família alargada (Graham, 2012). Kool et al. (2010) verificaram que pacientes com FM experienciavam significativamente mais falta de compreensão, negação e paternalismo da sua família, profissionais de saúde e colegas, comparativamente às pacientes com AR.

Finalmente, a escala *Problemas no Trabalho* refere-se a um vasto conjunto de atitudes e comportamentos que tendem a contribuir para um fraco desempenho laboral, como baixa autoconfiança, fraca concentração, obsessividade, tensão, indecisão, fraca orientação para a realização e possibilidade de atitude negativa em relação aos colegas (Graham, 2012). Assim, engloba aspetos que se manifestam para além do contexto laboral. Vários estudos reportam uma capacidade profissional diminuída em pacientes com FM (Henriksson, Liedberg, & Gerdle, 2005), existindo sobrecarga física e mental e sensação de falta de compreensão destas consequências pelos colegas e superiores (Arnold et al., 2008; Juuso et al., 2014; Mannerkorpi & Gard, 2012; Sallinen, Kukkurainen, Peltokallio, & Mikkelsen, 2010).



Segundo o nosso conhecimento, este estudo é o primeiro a explorar as diferenças entre GTs de pacientes com FM e com AR (ou quaisquer outros doentes de dor crónica) no conjunto de escalas de psicopatologia da personalidade, suplementares e de conteúdo do MMPI-2. O grupo típico de FM revela-se claramente mais patológico, não apenas no perfil clínico de base, mas em escalas de alterações de personalidade. Desta forma, acentua-se o potencial que este conjunto de escalas poderá ter na avaliação psicológica de pacientes com FM, que nos parece necessária para o diagnóstico e tratamento, uma vez que estas pacientes parecem apresentar um padrão psicológico que vai além do impacto da dor crónica. É ainda de realçar que a amostra deste estudo é relativamente homogénea, constituída por mulheres adultas e de meia idade com fibromialgia, sem diagnóstico psiquiátrico, o que a torna uma amostra “normal” de mulheres com dor crónica.

A dimensão da amostra é uma limitação deste estudo e pode ter restringido a significância e magnitude das diferenças identificadas entre os grupos. Por outro lado, existe um risco de overfitting relativamente aos grupos extraídos da análise de clusters, razão pela qual os resultados devem ser encarados como exploratórios, e replicados em amostras mais vastas. Por fim, o desenho transversal não permite considerações sobre causalidade.

Não obstante estas limitações apontadas, os resultados do presente estudo permitem salientar algumas implicações, relevantes para a intervenção. Na medida em que a incerteza relacional é um tema pervasivo a todas as interações das pacientes FM, ativando a sua defensividade (Dennis, Larkin, & Derbyshire, 2013), estas mulheres parecem reprimir suas dificuldades e problemas, o que se revela ineficaz na medida em que continuam a manifestar ansiedade e sofrimento psicológico a níveis clinicamente significativos. Como tal, uma intervenção clínica adequada poderá potenciar o reconhecimento e expressão das suas emoções e necessidades. Na medida em que três estudos com esta população



mostraram efeitos positivos da revelação emocional por escrito, como forma de aceder a memórias e emoções negativas previamente evitadas (Broderick, Junghaenel, & Schwartz, 2005; Gillis, Lumley, Mosley-Williams, Leisen, & Roehrs, 2006; Junghaenel, Schwartz & Broderick, 2008), consideram-se adequadas intervenções focadas, não apenas no processamento de experiências stressantes, mas também no ressentimento e na hostilidade relativamente a pessoas significativas, que não sendo expressos devido à preocupação com a rejeição, diminuem a força do ego e aumentam a vulnerabilidade psicológica e psicopatológica.

Referências

- Ahles, T. A., Yunus, M. B., Riley, S. D., Bradley, J. M., & Masi, A. T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 27, 1101-1106.
- Arbisi, P. A., & Butcher, J. N. (2004). Relationship between personality and health symptoms: Use of the MMPI-2 in medical assessments. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 571-595.
- Ardıç, F., & Toraman, F. (2002). Psychological dimensions of pain in patients with rheumatoid arthritis, fibromyalgia syndrome, and chronic low back pain. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10, 19-29. http://dx.doi.org/10.1300/J094v10n04_03
- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L., & Martin, S. A. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73, 114-120.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 426130. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/426130>
- Besteiro, J., Alvarez, M., Lemos, S., Muñoz, J., Costas, C., & Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 411-427.
- Broderick, J. E., Junghaenel, D. U., & Schwartz, J. E. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosomatic Medicine*, 67, 326-334. <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000156933.04566.bd>
- Bucourt, E., Martailé, V., Mulleman, D., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B., ... Courtois, R. (2017). Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*, 84, 203-220. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2016.03.006>
- Castlebury, F. D., & Durham, T. W. (1997). The MMPI-2 GM and GF scales as measures of psychological well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 879-893.



- Dennis, N. L., Larkin, M., & Derbyshire, S. W. (2013). 'A giant mess' – Making sense of complexity in the accounts of people with fibromyalgia. *British Journal of Health Psychology*, 18, 763-781. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12020>
- Diatchenko, L., Nackley, A. G., Slade, G. D., Fillingim, R. B., & Maixner, W. (2006). Idiopathic pain disorders – Pathways of vulnerability. *Pain*, 123, 226-230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.015>
- Forgays, D. G., Forgays, D. K., & Spielberger, C. D. (1997). Factor structure of the State-Trait Anger Expression Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 69, 497-507. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6903_5
- Gillis, M. E., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., Leisen, J. C., & Roehrs, T. (2006). The health effects of at-home written emotional disclosure in fibromyalgia: A randomized trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 135-146. http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3202_11
- Graham, J. R. (2012). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- 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. <http://dx.doi.org/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.
- Henriksson, C., Liedberg, G., & Gerdl, B. (2005). Women with fibromyalgia: Work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 27, 685-695. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280400009089>
- Hyphantis, T. N., Christou, K., Kontoudaki, S., Mantas, C., Papamichael, G., Goulia, P., ... Mavreas, V. (2008). Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 307-327. <http://dx.doi.org/10.2190/PM.38.3.g>
- Junghaenel, D. U., Schwartz, J. E., & Broderick, J. E. (2008). Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Health Psychology*, 13, 57-60. <http://dx.doi.org/10.1348/135910707X251162>
- Juuso, P., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2014). Meanings of being received and met by others as experienced by women with fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 24, 1381-1390. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732314547540>
- Kool, M. B., van Middendorp, H., Lumley, M. A., Schenk, Y., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen R. (2010). Lack of understanding in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: The Illness Invalidation Inventory. *Annals of Rheumatic Diseases*, 69, 1990-1995. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2009.123224>
- Leavitt, F., & Katz, R. S. (1989). Is the MMPI invalid for assessing psychological disturbance in pain related organic conditions? *The Journal of Rheumatology*, 16, 521-526.
- Lyons, K. S., Jones, K. D., Bennett, R. M., Hiatt, S. O., & Sayer, A. G. (2013). Couple perceptions of fibromyalgia symptoms: The role of communication. *Pain*, 154, 2417-2426. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.018>



- Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-285. <http://dx.doi.org/10.2174/1874312901206010273>
- Mannerkorpi, K., & Gard, G. (2012). Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13:96. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-13-96>
- Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2001). MMPI-2 configurations among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 467-484. <http://dx.doi.org/10.1080/13594320143000753>
- Mease, P. (2005). Fibromyalgia syndrome: Review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 75, 6-21.
- 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. (2017). A meta-analysis of studies with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in fibromyalgia patients. *Personality and Individual Differences*, 116, 96-108. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.026>
- Payne, T. C., Leavitt, F., Garron, D. C., Katz, R. S., Golden, H. E., Glickman, P. B., & Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, 25, 213-217. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780250216>
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H., & Palmer, A. (2010). 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, 308-318. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2005.12.003>
- Reich, J. W., Olmsted, M. E., & van Puymbroeck, C. M. (2006). Illness uncertainty, partner caregiver burden and support, and relationship satisfaction in fibromyalgia and osteoarthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 55, 86-93. <http://dx.doi.org/10.1002/art.21700>
- Sallinen, M., Kukkurainen, M. L., Peltokallio, L., & Mikkelsen, M. (2010). Women's narratives on experiences of work ability and functioning in fibromyalgia. *Musculoskeletal Care*, 8, 18-26. <http://dx.doi.org/10.1002/msc.162>
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23, 441-448. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067004-0918-3>
- 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.
- 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.
- Trull, T. J., Useda, J. D., Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Comparison of the MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5), the NEO-PI, and the NEO-PI-R. *Psychological Assessment*, 7, 508-516.



- 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. http://dx.doi.org/10.1300/J094v10n03_03
- Van Houdenhove, B., Neerinx, E., Onghena, P., Lysens, R., & Vertommen, H. (2001). Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: An etiological factor or proof of good citizenship? *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 571-576. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00247-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00247-1)
- Van Houdenhove, B., & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: A stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 267-275. <http://dx.doi.org/10.1159/000078843>
- 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. <http://dx.doi.org/10.3109/10582450903284745>
- van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14, 176-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.007>
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W. J. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59, 572-577.
- Wolfe, F., Cathey, M. A., Kleinheksel, S. M., Amos, S. P., Hoffman, R. G., Young, D. Y., & Hawley, D. J. (1984). Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 11, 500-506.
- Woo, M., & Oei, T. P. S. (2006). The MMPI-2 Gender-Masculine and Gender-Feminine scales: Gender roles as predictors of psychological health in clinical patients. *International Journal of Psychology*, 41, 413-422. <http://dx.doi.org/10.1080/00207590500412185>

