



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

LEONOR GOUVEIA PIRES SIMÕES

Fibromialgia e Perfeccionismo

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO QUARTILHO
DOUTORA SUSUNA RENCA

ABRIL/2019

Fibromialgia e Perfeccionismo

Leonor Gouveia Pires Simões¹, Professor Doutor Manuel João Quartilho^{2,3},
Dr.^a Susana Renca^{2,3}

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Assistente Convidado da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
3. Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Coimbra, Portugal

Leonor Gouveia Pires Simões

leonorgpsimoes@hotmail.com

Índice

Resumo	4
Abstract	6
Introdução	8
Métodos	10
Resultados	11
A Fibromialgia.....	11
A Personalidade na Fibromialgia	16
O Perfeccionismo na Fibromialgia	26
O Tratamento na Fibromialgia	32
Discussão/Conclusão	38
Agradecimentos	42
Referências	43

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1 - Tender Points. Adaptado de Klippel <i>et al.</i> ²	13
Figura 2 - Modelo biopsicossocial. Adaptado de Van Houdenhove <i>et al.</i> e Frølund <i>et al.</i> ^{9,22}	17
Figura 3 - Avaliação e tratamento. Adaptado de Klippel <i>et al.</i> ²	33
Tabela I - Diferenças entre critérios ACR 1990, ACR 2010, ACR 2010 modificado. Adaptado de Borchers AT <i>et al.</i> e Jones GT <i>et al.</i> ^{4,6}	15
Tabela II - Fatores de manutenção potenciais, na síndrome de fadiga crónica e fibromialgia, adaptado Van Houdenhove <i>et al.</i> ²²	18

Abreviaturas

ACR – *American College of Rheumatology*

CBT – *Cognitive Behavioral Therapy / Terapia cognitiva comportamental*

CFS – *Chronic Fatigue Syndrome / Síndrome da Fadiga Crónica*

CO – *Cooperativeness*

EPI – *Eysenck Personality Inventory*

FM – *Fibromialgia*

GET – *Graded-Exercise Therapy*

HA – *Harm Avoidance*

HHS – *Hipotálamo Hipófise Suprarrenal*

IPDE-SQ – *International Personality Disorder Examination - Screening Questionnaire*

MMPI – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

NEO-FFI-3 – *NEO-Five Factor Inventory-3*

NEO-PI – *Neuroticism, Extroversion and Openness Personality Inventory*

NEO-PI-R – *Neuroticism, Extroversion and Openness Personality Inventory Revised*

NS – *Novelty Seeking*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PS – *Persistence*

RD – *Reward Dependence*

SD – *Self Directedness*

SSS – *Symptom Severity Scale*

ST – *Self Transcendence*

TCI-R – *Temperament and Character Inventory*

WPI – *Widespread Pain Index*

Resumo

Introdução: A Fibromialgia é uma entidade clínica que cursa com dor crônica e tem elevada prevalência. A sua etiologia e fisiopatologia carecem de esclarecimento, contudo, a personalidade e o estilo de vida é algo que distingue estes indivíduos da restante população, realçando a sua importância na gestão da sua condição. Nesse contexto, é importante clarificar o papel que alguns desses fatores desempenham no seu desenvolvimento, manutenção e terapêutica, nomeadamente determinados traços de personalidade nos quais se inclui o perfeccionismo.

Objetivos: Através de uma revisão bibliográfica, o projeto terá como objetivos principais procurar mostrar a relação da personalidade com a fibromialgia, e dentro desta, focando-se principalmente no papel do perfeccionismo e na forma como este e outros traços de personalidade encontrados conduzem à manutenção desta condição de dor e têm um importante valor na sua abordagem terapêutica.

Métodos: Para a elaboração deste trabalho de revisão, foram consultados livros, artigos científicos e artigos de revisão obtidos com recurso à plataforma PubMed. Para a pesquisa utilizaram-se os termos “*Fibromyalgia*”, “*Personality*”, “*Perfectionism*”, “*Cognitive Behavioral Therapy*” e “*Chronic Pain*”. Restringiu-se a pesquisa a artigos em língua inglesa e portuguesa e a artigos publicados nos últimos 5 anos. Mais tarde, considerou-se importante complementar a bibliografia com referências mais antigas.

Resultados: Após breve revisão bibliográfica conclui-se que um perfil de personalidade com alto *Harm Avoidance* e baixo *Self Directedness* se encontra associado à fibromialgia. Foram ainda encontrados baixos níveis de *Novelty Seeking* e baixos níveis de *Cooperativeness*. O neuroticismo e os estilos de *coping* mal adaptativos condicionados pela catastrofização foram também associados a estes indivíduos. Relativamente ao perfeccionismo, é associado a pior estado de saúde e *stress* psicológico, conduzindo a estilos mal adaptativos que perpetuam a sintomatologia. A respeito do tratamento, este deve ser individualizado e multidisciplinar, sendo crucial a educação, visando a promoção da auto-eficiência, melhorar a autoestima e reestruturamento cognitivo de forma a adequar as estratégias de *coping* e interromper o ciclo de pensamento negativo repetitivo e estimular o desenvolvimento de controlo do pensamento que pode ser canalizado em estilos mais adaptativos de lidar com a incerteza e a imperfeição.

Conclusão: Estes resultados mostram a relevância e a pertinência da continuação da investigação neste âmbito, demonstrando a íntima relação entre a fibromialgia e a personalidade, particularmente o perfeccionismo e alertam para a importância de avaliar

estes traços de forma a poder de facto ajudar estes indivíduos, conhecendo-os na sua individualidade e conseguir melhorar a sua qualidade de vida substancialmente.

Palavras-Chave: Fibromialgia, Perfeccionismo, Personalidade, Dor Crónica, Terapia Cognitiva Comportamental.

Abstract

Introduction: Fibromyalgia is a clinical entity that courses with chronic pain and is highly prevalent. Its etiology and pathophysiology need to be clarified, however, personality and lifestyle is something that distinguishes these individuals from the rest of the population, emphasizing their importance in the management of this condition. In this context, it is important to clarify the role that some of these factors play in its development, maintenance, and therapeutics, including certain personality traits that include perfectionism.

Objectives: Through a bibliographical review, the main aims of the project will be to show the personality relationship with fibromyalgia, focusing mainly on the role of perfectionism and the way in which this and other personality traits lead to the maintenance of this pain condition and have an important value in its therapeutic planning.

Methods: In order to prepare this review, were consulted books, scientific articles and review articles obtained using the PubMed platform. For the research, the terms "Fibromyalgia", "Personality", "Perfectionism", "Cognitive Behavioral Therapy" and "Chronic Pain" were used. Research has been restricted to articles in English and Portuguese and articles published in the last 5 years. Later, by necessity, the bibliography was supplemented with older references.

Results: After a brief bibliographic review it was concluded that a personality profile with a high Harm Avoidance and low Self Directedness is associated with fibromyalgia. There were also low levels of Novelty Seeking and low levels of Cooperativeness. Neuroticism and maladaptive coping styles conditioned by catastrophization were also associated with these individuals. Regarding to perfectionism, it is associated with worse health and psychological *stress*, leading to maladaptive styles that perpetuate the symptomatology. Regarding treatment, this should be individualized and multidisciplinary, with education being crucial, aiming to promote self-efficacy, improve self-esteem and cognitive restructuring in order to tailor coping strategies and interrupt repetitive negative thinking and stimulate development of thought control that can be channeled into more adaptive styles of dealing with uncertainty and imperfection.

Conclusion: These results show the relevance of continuing research in this field, demonstrating the intimate relationship between fibromyalgia and personality and particularly perfectionism, and warn to the importance of evaluating these traits in order to be able to help these individuals, knowing them in their individuality and being able to improve their quality of life substantially.

Keywords: Fibromyalgia, Perfectionism, Personality, Chronic Pain, Cognitive Behavioral Therapy.

Introdução

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome multissintomática que afeta até 4% da população, caracterizada não só por dor generalizada como por alterações do sono, fadiga, dificuldades de memória, dificuldades cognitivas, ansiedade e alterações de humor.^{1,2}

Esta síndrome tem promovido muita discussão ao longo do tempo, com diferentes classificações que surgiram de forma a tentar agrupar os indivíduos que sofriam desta condição, através dos critérios de 1990, 2010 e os modificados de 2010 aceites pelo Colégio Americano de Reumatologia.^{3,4,5}

O indivíduo que sofre com esta condição deve ser olhado como um todo, nesta perspetiva, não só a sua sintomatologia é relevante, mas torna-se também importante avaliar o seu estado psicológico, a sua personalidade, o seu estilo de vida, as suas preocupações e as suas expectativas.

A respeito da fibromialgia, são referidos fatores predisponentes, que potenciam o seu desenvolvimento, e fatores de manutenção, que conduzem à sua manutenção. Dentro destes fatores inclui-se a personalidade e dentro desta, como perpetuante, inclui-se o perfeccionismo.^{4,6,7}

A ligação entre a dor e a personalidade é algo reconhecido, sendo os traços de personalidade importantes para o seu desenvolvimento e manutenção, podendo estar também implicados na gestão e tratamento da mesma, pelo que merece ser alvo de estudos.^{8,9}

Diversos autores procuraram encontrar os traços de personalidade que mais se encontram associados à fibromialgia, muitos tendo chegado a conclusões semelhantes, com traços que permitiram distinguir estes doentes dos indivíduos saudáveis e dos que sofrem de outras doenças do foro reumatológico.

Uma das principais características encontradas nestes indivíduos foi o perfeccionismo e no respeitante a este, a hiperatividade prévia à doença e o *stress* crónico desde idades precoces, que se julga estar associada ao desenvolvimento da mesma e à sua perpetuação no tempo.^{1, 10,11}

O perfeccionista pode ser definido como alguém que tem padrões rígidos para si mesmo, demasiado elevados em vários domínios da sua vida e que é demasiado crítico nas suas auto-avaliações.^{12,13} Esta característica encontra-se associada a maior risco de mortalidade.¹⁴ O perfeccionista tem dificuldade em sentir-se bem consigo próprio e baseia o seu pensamento mais intensamente no medo de falhar do que no desejo de melhorar, tal

conduzindo a emoções negativas.¹⁵ Este pode ser classificado como *self oriented*, *other oriented* e *socially prescribed*, sendo o primeiro o mais vezes referido neste contexto, associando-se a persistência e “*action proneness*”,¹⁶ stress emocional e ansiedade.¹³

Deste modo, pretende-se realizar uma revisão bibliográfica dos estudos que procuram traços de personalidade associados a estes indivíduos, com especial foco no papel do perfeccionismo e posteriormente, tentar expor como estes traços terão importância na gestão da sua condição de dor e terapêutica da mesma.

Para se conseguir avaliar corretamente e ajudar devidamente estes doentes e com resultados a longo prazo não se pode atentar apenas nos seus sintomas físicos nem tentar tratá-los com farmacoterapia convencional. Uma vez que se tem demonstrado que os maiores fatores de manutenção são fatores associados à personalidade e ao estilo de vida, serão estes fatores, se passíveis de mudança, que deverão ser influenciados para que se consiga de facto ajudar estas pessoas.

Métodos

Para a elaboração deste trabalho de revisão, foram consultados livros, artigos científicos e artigos de revisão obtidos com recurso à plataforma PubMed. Para a pesquisa utilizaram-se os termos “*Fibromyalgia*”, “*Personality*”, “*Perfectionism*”, “*Cognitive Behavioral Therapy*” e “*Chronic Pain*”. Restringiu-se a pesquisa a artigos em língua inglesa e portuguesa e a artigos publicados nos últimos 5 anos. Mais tarde complementou-se a bibliografia com referências mais antigas.

Para a realização do presente trabalho foram analisadas 50 referências bibliográficas: 4 livros, dos quais 3 proporcionaram um enquadramento teórico acerca da fibromialgia e 1, enquadramento acerca do perfeccionismo; 5 artigos que permitiram ter uma noção sobre a fibromialgia, os seus critérios de classificação, a sua epidemiologia e a sua história ao longo do tempo; 27 artigos que permitiram compreender quais os traços de personalidade mais associados a esta síndrome e se os mesmos são relevantes ou não no desenvolvimento e manutenção da mesma; 10 artigos que permitiram adquirir conhecimentos relativamente ao perfeccionismo, a sua relação com a fibromialgia e a sua importância na gestão do doente; 4 artigos que permitiram aprofundar conhecimentos relativamente à terapia cognitiva comportamental que é muito referida ao longo das restantes referências.

Após análise cuidada e crítica das referências selecionadas, elaborou-se esta revisão da literatura.

Resultados

A Fibromialgia

A Fibromialgia é uma síndrome clínica caracterizada por um pequeno e anormal limiar para a dor, associando-se a características clínicas que vão muito além da dor, como a fadiga mental e física, distúrbios do sono, intolerância ao exercício, dificuldades de concentração e de memorização, ansiedade, depressão e outras alterações de humor.¹ A fadiga, que habitualmente agrava com as atividades, é um dos principais sintomas. As parestesias, não seguindo uma distribuição correspondente a um dermatomo e manifestações neurológicas, como falta de atenção e perda de memória a curto prazo, são também comuns.³

Respeitante a esta sintomatologia, um estudo encontrou que fadiga matinal, rigidez matinal, distúrbios do sono, parestesias, síndrome da bexiga irritável, sensação de edema de tecidos moles, cefaleias e dismenorreia são mais comuns em doentes que sofrem de fibromialgia do que nos controlos.²

Doentes com fibromialgia manifestam dor mais intensa do que doentes com artrite reumatóide e espondilite anquilosante.⁴ Contudo, estes doentes tendem a não considerar a dor o seu principal sintoma mas sim o cansaço matinal, a fadiga e o sono não reparador. Descrevem a dor como incomodativa, contínua, como uma sensação de exaustão, que varia de dia para dia e durante o dia. O *stress*, as emoções negativas, as alterações climáticas, o frio, os problemas do sono e o exercício físico mais intenso são referidos por muitos como fatores de agravamento.⁴

A fibromialgia integra-se nas síndromes somáticas não explicadas medicamente. A sua associação com a patologia física não está bem explícita, mas não deixa de ser uma causa muito frequente de idas a consultas médicas em busca de explicação para estes sintomas, que por vezes, são de tal forma incapacitantes que não permitem aos indivíduos a realização das mais simples tarefas da sua vida diária.⁶ Esta, pode ser melhor entendida como uma condição multissintomática baseada num sistema de desregulação do *stress* (uma condição de *stress* seguindo um período de sobrecarga física e mental).¹ Encontra-se relacionada com outras condições associadas ao *stress* como a síndrome da fadiga crónica (CFS).¹ Estas síndromes somáticas tiveram diversas denominações ao longo do tempo, desde histeria, hipocondria, somatização a síndromes somáticas funcionais.⁶

Apesar de muitos destes indivíduos não cumprirem critérios para nenhuma perturbação psiquiátrica específica, os fatores psicológicos e sociais são de elevada importância tanto para compreender a patologia como para conseguir oferecer a ajuda

devida. Assim, a classificação destes sintomas medicamente inexplicáveis pode ter uma classificação segundo a vertente médica ou psiquiátrica.⁶

No entanto, tal nem sempre foi aceite desta forma. Inicialmente, esta condição era considerada uma doença reumatismal dos tecidos moles.¹ Foi pela primeira vez referida no século XX, sendo-lhe atribuída o termo de fibrosite, com noção de ser uma forma inflamatória de tecido fibroso muscular.⁸ Ao longo de várias décadas esta denominação prevaleceu, contudo, foram surgindo autores que questionavam a natureza inflamatória desta condição, alguns argumentando que seria uma perturbação de somatização, outros não a reconhecendo sequer como uma entidade distinta.⁸

Na década de 1930, surge o conceito de “*trigger points*”: pontos específicos do corpo que ao serem pressionados geravam dor à distância. Mais tarde, surge o conceito de “*zonas gatilho*”, zonas de tecido mole que ao lhes ser aplicada pressão invocavam dor.⁸

A Fibromialgia apenas recebeu a sua descrição clínica detalhada na década de 1970. Era comum utilizar-se o termo fibromialgia primária e fibromialgia secundária, consoante estivessem presentes outras causas que pudessem contribuir para os sintomas, conceitos que foram posteriormente abandonados.⁴ O termo Fibromialgia ganhou notoriedade com a ausência de aparentes alterações histológicas compatíveis com inflamação, como era referido na fibrosite.⁸

Em 1990, foram propostos e posteriormente aceites pelo Colégio Americano de Reumatologia, os critérios para classificação da fibromialgia (critérios ACR 1990), que deveriam identificar um grupo homogéneo de indivíduos com a mesma sintomatologia. Critérios estes que consistiam em: história de dor generalizada (pelo menos durante 3 meses) com dor nos dois lados do corpo, acima e abaixo da cintura e no esqueleto axial; dor em 11 de 18 *tender points* (locais anatómicos definidos, dolorosos à palpação digital com força de mais ou menos 4kg/cm²).⁴ (Figura 1)

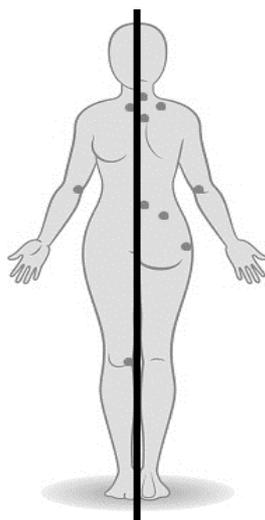


Figura 1 - Tender Points. Adaptado de Klippel *et al.*³

Os critérios foram interpretados de várias maneiras, verificando-se grande heterogeneidade nos grupos que possuíam o diagnóstico, sendo utilizados erradamente como critérios de diagnóstico e não de classificação, como seria previsto.⁴

Mais tarde, em 1992, a OMS veio validar o conceito de fibromialgia através da Declaração de Copenhaga.⁸

Em 2010, foram propostos os critérios de diagnóstico, uma nova classificação representando um paradigma entre uma síndrome caracterizada maioritariamente por dor generalizada e rigidez e uma síndrome multissintomática em que a rigidez é só um dos componentes sintomáticos.⁴ Incluem também uma mudança importante relativamente à dor, em que esta pode estar situada só num quadrante do corpo sem envolvimento do esqueleto axial, excluindo a obrigatoriedade dos *tender points*, tornando mais importantes sintomas como fadiga, sono não reparador, sintomas cognitivos e somáticos no geral.^{4,5} Segundo estes critérios, um indivíduo terá fibromialgia se o médico determinar que tem: dor forte e sintomas moderados ou dor moderada e sintomas fortes, estando estes sintomas presentes com a mesma intensidade há pelo menos 3 meses sem nenhuma outra condição que justifique a dor.⁵

Estes critérios sublinham a importância da avaliação quantitativa da dor generalizada, incorporando sintomas chave e incluindo escalas de gravidade consideradas adequadas para a dor generalizada e outros sintomas somáticos: a WPI (*Widespread Pain Index*) e a SSS (*Symptom Severity Scale*). A WPI corresponde a uma contagem de 0-19 de regiões anatómicas não articulares dolorosas. A SSS é uma medida (de 0 a 12) de gravidade dos sintomas que incluem fadiga, alterações do sono e problemas cognitivos.⁸ A

avaliação da SSS é feita em duas partes: inicialmente, o indivíduo indica a severidade, ao longo da última semana, de três sintomas (sono não reparador, cognição alterada, fadiga), classificando de 0 a 3 pontos cada um deles; de seguida, o médico avalia os sintomas somáticos numa escala de 0 a 3 (0-ausente, 1-leve, 2-moderado, 3-severo).⁴ O diagnóstico é feito quando WPI ≥ 7 e SSS ≥ 5 ou WPI 3-6 e SSS ≥ 9 , sintomas com o mesmo nível de intensidade há pelo menos 3 meses e sem outra condição que justifique a dor.^{4,5}

Outras modificações foram propostas para os tornar mais adequados para que possam ser usados em questionários sem ser necessário exame físico, podendo ser então usados em estudos epidemiológicos com maior facilidade. Contudo, apenas daria uma ideia de indivíduos com doença semelhante e possível fibromialgia, mas não se pode afirmar que faria o diagnóstico, embora muitos erradamente se refiram a isso como tal. O diagnóstico não pode ser dado sem que o médico exclua outras causas que possam justificar a dor.⁴

Comparando com os critérios de 1990, os critérios de 2010 apresentam boa especificidade (91-99%) e variável sensibilidade (55-82%).⁴ Num estudo que pretende comparar os dois critérios, com indivíduos identificados como tendo FM de acordo com os critérios de 1990, apenas metade cumpriu os critérios de 2010, mostrando a sua menor sensibilidade.⁵

Em 2011, foi proposta uma versão modificada dos critérios de 2010, em que os doentes, por eles próprios, relatam a sua dor e uma versão simplificada dos sintomas somáticos.⁵ Enquanto nos critérios ACR 2010 seria o médico que classificava os sintomas somáticos, com mais de 40 sintomas listados, nesta versão modificada, o indivíduo responde com “sim” ou “não” à presença de três sintomas – cefaleias, cólicas abdominais e depressão. Esta classificação pode facilitar a realização de estudos mais abrangentes da população, permitindo capturar em larga escala epidemiológica. No entanto, esta classificação não é totalmente satisfatória comparada com a de 2010, com um estudo encontrando sensibilidade de 57% e especificidade de 76%.⁵ Todavia, um outro estudo que compara os critérios ACR 2010 com os ACR 2010 modificados, encontra uma diferença ligeira entre casos reportados, com uma concordância de cerca de 84%.¹⁷

Pode então concluir-se que a prevalência da fibromialgia é variável consoante a classificação (ver Tabela I). É maior e demonstrando uma diferença menor entre os sexos, com mais homens identificados, segundo os critérios de 2010 modificados. Isto tem implicações tanto para o uso dos critérios na prática clínica como para investigação.⁵

Tabela I - Diferenças entre critérios ACR 1990, ACR 2010, ACR 2010 modificado. Adaptado de Borchers AT *et al.* e Jones GT *et al.*^{4,5}

<u>Critério</u>	<u>Prevalência</u>	<u>Mulher/Homem</u>	<u>Diagnóstico Reumatológico¹</u>	<u>Sensibilidade/Especificidade²</u>
ACR 1990	1.7%	13.7	55%	
ACR 2010	1.2%	4.8	28%	55-82% / 91-99%
ACR modificado 2010	5.4%	2.3	45%	57-64% / 76-78%

1- Proporção dos que responderam “sim” à questão: Já lhe foi dito por um profissional de saúde que tinha algumas das seguintes doenças (osteoartrite, artrite reumatoide, osteoporose, LES, esclerodermia, espondilite anquilosante, gota ou fibromialgia)?

2- Em comparação com os critérios ACR 1990.

Ainda relativamente à epidemiologia da fibromialgia, pode dizer-se de uma forma geral que esta afeta até 4% da população.³ A epidemiologia é variável, dependendo dos critérios de inclusão utilizados no diagnóstico e variando entre 2% e 22% nas populações clínicas e entre 1 e 11% na população em geral.⁸ Há indicações de que a Fibromialgia continua sub-diagnosticada, contudo, é também sobre-diagnosticada, o que compromete a identificação e tratamento das condições passíveis de terapia.⁴

Considera-se, na globalidade, que é a causa mais frequente de dor músculo-esquelética difusa e crónica, afetando sobretudo as mulheres e mais frequente em idades compreendidas entre os 25 aos 40 anos.⁸ A nível da diferença entre sexos, encontra-se uma relação de mulheres:homem de 3:1 a uma escala global, porém, taxas de 39:1 foram encontradas com os critérios de 1990.⁴ Provavelmente, é a terceira condição clínica mais comum entre os reumatologistas, seguindo-se à artrose e à artrite reumatoide.⁸

Constitui um importante problema de saúde pública, sendo uma condição com um significativo impacto na qualidade de vida dos doentes, com repercussões a vários níveis, sobretudo nas relações interpessoais e atividades de lazer, tendo os indivíduos com fibromialgia tendência a um maior isolamento.⁸

A sua etiologia permanece ainda desconhecida. Diversos fatores, nomeadamente fatores genéticos, ambientais, anormalidades no processamento da dor, disfunções hipotalâmicas-hipofisárias, disfunções autonómicas, fatores psicológicos e comportamentais parecem estar envolvidos na sua génese.^{3,8}

Mesmo sendo reconhecida pelo ACR como síndrome, a FM tem gerado constante debate, não só em relação à sua etiologia e patogenia, como também pelo facto de esta poder ou não ser uma entidade distinta, ou, ser simplesmente um estado final de um *continuum* de dor e sensibilização. Durante os últimos 30 anos tem ficado claro que esta advém de um processamento aumentado da dor no sistema nervoso central. Apesar disto, muitos sépticos se opuseram a esta perspetiva, alguns dizendo que a FM não existe, outros que é um diagnóstico da moda para uma manifestação de *stress* psicossocial, outros que é uma entidade distinta, mas que ao mesmo tempo faz parte de um *continuum* de condições caracterizadas pela sensibilização central.¹

A Personalidade na Fibromialgia

Malin K. e Littlejohn G.O. interpretam a personalidade como um filtro para as situações que envolvem resposta emocional.¹⁸ Esta, opera como um fator modelador entre os eventos da vida e o seu impacto psicológico no indivíduo, assim, as mesmas realidades são experienciadas de forma diferente de pessoa para pessoa.¹⁹

A ligação entre a dor e a personalidade não é algo do passado recente, é algo que vem a ser discutido desde há muitos anos, mesmo desde a medicina chinesa, que sugeria haver uma relação com o equilíbrio entre o corpo e a mente e na Grécia antiga, onde Hipócrates sugeriu que os "humores" pudessem ter ligação com sintomas físicos. Este modelo holístico é hoje comumente aceite.⁹ Mais recentemente, surgiram diversas teorias que tentam explicar a dor crónica sem causa aparente, algumas dizendo que pode dever-se ao facto de se usar a dor inconscientemente como forma de resolver conflitos e manter o equilíbrio emocional, outras que é uma variante de depressão, com excesso de preocupação com sintomas somáticos, como uma estratégia de *coping* para a depressão e para sentimentos de culpa.⁹

A dor crónica é complexa. Numa perspetiva multidimensional, esta não é apenas sensorial, mas também cognitiva, social e afetiva. Assim, os traços de personalidade podem ser importantes para perceber esta dor e podem estar implicados no seu desenvolvimento e na sua manutenção e podem também ter repercussões no seu tratamento.⁹ Os doentes possuem um comportamento de doença anormal, demonstrando invalidar explicações psicopatológicas para a sua condição e procurando uma biológica, predominando um comportamento mal adaptativo não proporcional à situação de doença, parecendo guardar uma relação mais íntima com aspetos de natureza cognitiva e afetiva do que com qualquer patologia subjacente.⁸

Num artigo, Van Houdenhove, refere que anteriormente teria feito uma publicação em que mencionava a hipótese da fibromialgia ter uma relação com fatores psicológicos e psicopatologia, tendo sido questionado com outros artigos dizendo que a patologia poderia vir *a posteriori* da doença, ou não ligada à doença mas sim à procura dos cuidados de saúde. Na opinião do autor, FM está muitas vezes associada a *stress* crónico de um estilo de vida hiperativo, com perfeccionismo patológico e autossacrifício e ainda se denota associação a experiências traumáticas prévias, como situações de abuso e maus tratos. Dá a entender que estes indivíduos tentaram lutar contra as suas vivências e acabaram como "guerreiros cansados".²⁰

Dada a natureza biopsicossocial da fibromialgia, foram encontrados fatores que podem levar a dor e disfunção. Estes fatores psicológicos e cognitivos são fatores *major* nos distúrbios de dor crónica, cujo efeito condiciona os mecanismos modeladores da dor, especialmente na FM, como um ciclo vicioso em que o *stress* psicológico leva a dor e a dor mantém o *stress* psicológico.^{3,2} Estímulos ambientais externos guiam o comportamento e têm impacto na homeostasia fisiológica (ambiente interno).²¹

Dois termos que acompanham a fibromialgia são os fatores predisponentes e os fatores de manutenção (Figura 2).¹⁰

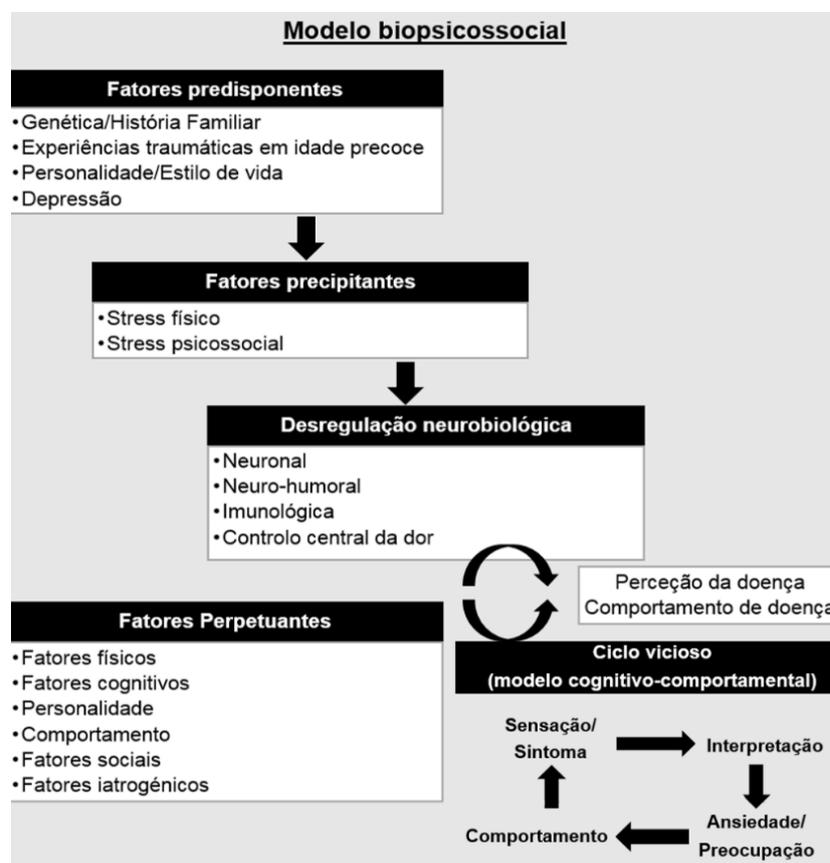


Figura 2 - Modelo biopsicossocial. Adaptado de Van Houdenhove *et al.* e Frølund *et al.*^{7,22}

Vários fatores foram considerados como predisponentes, desde as crenças acerca da doença, as experiências adversas na infância, as circunstâncias sociais e a personalidade. Quanto aos de manutenção, incluem-se fatores comportamentais, emocionais e a preocupação com as reações de outros e a aceitação da sua condição quer por membros da comunidade próxima quer por profissionais de saúde.⁶ Outro fator que influencia muito a percepção da dor são os estilos de *coping*, e em particular, a catastrofização (Tabela II).⁴

Tabela II - Fatores de manutenção potenciais, na síndrome de fadiga crónica e fibromialgia, adaptado Van Houdenhove *et al.*²²

Fatores físicos

- Má condição física
- Distúrbios do sono
- Infeções oportunistas

Fatores cognitivos e perceptuais

- Falta de informação
- Hipervigilância
- Catastrofização
- Baixa auto-eficiência

Fatores afetivos

- Depressão
- Ansiedade
- Cinesiofobia
- Regulação afetiva disfuncional

Fatores da personalidade

- Perfeccionismo
- Introversão
- Alexitimia

Fatores comportamentais

- Dificuldades de adaptação
- Hiperatividade periódica

Fatores sociais

- Falta de compreensão
- Ganhos secundários

Fatores iatrogénicos

Num artigo de revisão, Van Houdehove e Luyten, relativamente a estes fatores predisponentes, referem numerosos estudos caso-controlo retrospectivos que mostraram que experiências traumáticas na infância são mais frequentes nos indivíduos com FM do que em indivíduos com outras doenças ou saudáveis.^{10,21} Estas experiências traumáticas podem condicionar vulnerabilidade à FM através de múltiplos mecanismos, nomeadamente mecanismos psicofisiológicos associados a hiperexcitação, como hipertensão muscular, hiperventilação e perturbações do sono, disfunção eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e

mecanismos de *coping* ao *stress* desadequados, resultantes de afetividade negativa, baixa autoestima, tendência para depressão e abuso de substâncias.^{10,21-23}

Além disto, muitos indivíduos com FM parecem ter criado o seu próprio estilo de vida de *stress*, muitas vezes desde idades bastante jovens, levando a exaustão quer física quer mental, sendo demasiado perfeccionistas, demasiado comprometidos com a profissão ou adquirindo comportamentos de autossacrifício desproporcionados,¹⁰ algo que pode ser associado com traços de perfeccionismo mal adaptativo.¹ Este estilo de vida hiperativo pode ser um fator que torna as pessoas mais vulneráveis e que ajuda a perpetuar a doença. Esta hiperatividade parece referir-se a um nível excessivo de atividade com potencial deletério e consequências negativas na saúde, precipitando doenças, ou em condições de dor, aumentando a sua intensidade, a fadiga e o dano corporal. Diversos estudos tentaram estudar a sua influência, encontrando-se muitas vezes associada aos doentes com fibromialgia, como um estilo pré mórbido que potencia o desenvolvimento da condição.²⁴ Indivíduos que tentaram incessantemente atingir a perfeição/aprovação podem "cair" quando se deparam com limitações funcionais. Isto significa que os mecanismos cognitivos (metas irrealistas quando se fica doente, sentir-se um fracasso), processos psicodinâmicos (dependência exagerada), podem contribuir para a manutenção do comportamento de doença. Acrescidamente, ao serem privados da sua hiperatividade como a sua estratégia de *coping*, torna-se aparente a fadiga e a dor, assim como as alterações de sono.²³

Neste contexto, um estudo com 45 indivíduos mostrou que a hiperatividade por si não tem um valor patológico mas quando associada à negligência das necessidades básicas do corpo representa um fator de vulnerabilidade num estilo de vida hiperativo nos doentes com fibromialgia.²⁴

É possível afirmar que um estilo de vida hiperativo pré mórbido tem influência no desenvolvimento e manutenção de condições como síndrome da fadiga crónica e fibromialgia.¹¹ *Stress* em idades precoces pode não só iniciar o processo disfuncional de lidar com *stress* futuro na vida adulta mas também levar a adoção de estilos inadequados de *coping*, que diminuem a motivação para cuidar de si mesmo e aumentam a procura dos sistemas de saúde.¹

A não-aceitação da sua condição, sem tentativas de adaptação às suas limitações, baixa afetividade positiva, alta afetividade negativa, incerteza da sua própria doença, hipervigilância somática e estilos de *coping* disfuncionais como catastrofização, inevitavelmente aumentam o *stress* do indivíduo e podem levar à amplificação e persistência dos sintomas de FM.¹⁰

A afetividade negativa é associada a estratégias de *coping* disfuncionais e níveis mais elevados de perfeccionismo, com maior preocupação acerca de eventuais erros cometidos e acerca de avaliações por parte de terceiros. Pelo contrário, pessoas com afetividade positiva elevada, mostram possuir estratégias de *coping* funcionais, com capacidade de avaliação de um problema e de procurar uma solução para o mesmo, colocando-o em perspetiva.²⁵

A evidência existente sugere que na FM, o sistema de resposta ao *stress* (eixo HHS) e o sistema nervoso simpático, estão desregulados. A observação clínica e a escuta atenta dos doentes sugerem que este funcionamento anormal parece ocorrer mais no culminar de um período de exaustão física e emocional, frequentemente associados a episódios depressivos. Eventualmente, a doença parece ser precipitada por um desencadeante físico ou emocional.¹⁰

Deste modo, diversos estudos tentaram encontrar características da personalidade destes indivíduos que lhes sejam comuns e que influenciem o curso da sua condição clínica. Um grande problema destes estudos, para além das amostras reduzidas em muitos deles e pouco ilustrativas, é que sendo a maioria *cross-sectional* não é possível responder à questão se os traços de personalidade predispoem um indivíduo à dor ou se a dor os conduz a esta personalidade.⁹

Métodos de avaliar estes traços de personalidade foram criados, como o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), o *Eysenck Personality Inventory* (EPI) e o *Neuroticism, Extroversion and Openness Personality Inventory* (NEO-PI).⁹

Um estudo que utilizou o MMPI e que estudou 72 mulheres com FM em comparação com controlos saudáveis encontrou níveis de ansiedade e de depressão significativamente maiores nas doentes com FM do que nos controlo. Encontrou também uma tendência na personalidade destes indivíduos para a histeria e hipocondria.² Contudo, um outro estudo que analisou se indivíduos com FM e depressão demonstravam ter características de personalidade diferentes de indivíduos apenas com depressão, não encontrou diferenças estatisticamente significativas.²⁶

Mais recentemente surge o *Temperament and Character Inventory* (TCI-R). Este divide a personalidade em 4 dimensões de temperamento (HA, RD, NS, PS) e 3 de carácter (SD, CO, ST).⁹ Difere dos anteriores porque sugere que a genética e o ambiente influenciam a personalidade.

O temperamento é definido geneticamente e é estável ao longo da vida. Este inclui quatro dimensões – *novelty seeking* (NS), *harm avoidance* (HA), *reward dependence* (RD) e *persistence* (PS).²⁷ NS, procura de novidade, encontra-se associado à intensidade com que

o indivíduo responde a novos estímulos, pessoas com níveis baixos desta dimensão preferem ambientes estáveis e pouco mutáveis. A dimensão HA, evitamento do prejuízo, associa-se a excesso de preocupação e pessimismo, com uma elevada intensidade de resposta à incerteza e ameaça. RD, dependência da recompensa, refere-se ao grau com que a pessoa é condicionada pelos sinais de recompensa, quem possui altos níveis desta dimensão tem tendência a estar dependente do apoio emocional de terceiros e a ser hipersensível a sinais de rejeição. A dimensão PS, persistência, associa-se à perseverança apesar da possível fadiga ou frustração.¹⁵

O carácter é a reflexão das diferenças individuais de cada indivíduo acerca de valores, estando em relação com a experiência pessoal, o que é determinado pela socialização e é influenciado pelo ambiente. Possui 3 dimensões – *self-directedness*/autodirecionamento (SD), *cooperativeness*/cooperação (CO) e *self-transcendence*/autotranscendência (ST).¹⁵ SD encontra-se associado à autodeterminação, indica quanto um indivíduo pode depender de si próprio e das suas capacidades, permitindo que se sinta dono da sua própria vida e das suas próprias ambições,²⁸ CO associa-se à interação social (empatia, tolerância) e ST à expansão das barreiras pessoais.²⁷

Neste contexto, diversos estudos tentaram encontrar o tipo de personalidade mais associada a dor crónica.

Um estudo que procurou encontrar diferenças na personalidade de doentes com FM e com CFS, envolvendo 334 participantes, maioritariamente mulheres, concluiu que doentes com FM mostram ter níveis mais baixos de apoio social, de positividade, de atividade física e de *self-directedness* (SD). Estes doentes mostraram também baixos níveis de CO e altos níveis de HA, com comportamentos de evicção da dor, achados compatíveis com doentes que sofrem de dor crónica.²⁸

Um outro estudo que tentou associar temperamento e carácter de mulheres com FM com a educação, a severidade dos sintomas, a depressão, a ansiedade e o seu desempenho no dia-a-dia chegou a conclusões semelhantes. Concluiu que estas mulheres tinham scores significativamente mais elevados de *harm avoidance* (HA) e *self-transcendence* (ST) e mais baixos de *self-directedness* (SD) que os controlos.²⁷

Garcia-Fontanals *et al*, encontrou uma grande proporção de síndromes clínicas psicopatológicas entre os doentes com fibromialgia, mais do que no grupo de controlo. Encontrou também nestes indivíduos com psicopatologia, altos níveis de HA e baixos níveis de SD, comparativamente aos controlos e comparativamente aos indivíduos com FM e sem psicopatologia.²⁹

Ainda, noutra investigação foi encontrado, para além de altos níveis de HA e baixos níveis de SD, baixos níveis de NS, sendo este último traço de personalidade associado a indivíduos que reagem de forma indiferente ou rejeitam novas experiências e se sentem confortáveis com a monotonia de forma a evitar o risco.³⁰

Scores altos de HA foram associados a uma disfunção de desempenho, a depressão, a ansiedade e a deficiente adaptação à mudança com preocupação excessiva com questões banais e lenta recuperação de estados de *stress* emocional.^{15,27} Devido aos altos níveis desta característica, estes indivíduos tendem a ser ansiosos, cautelosos, negativistas, inseguros, passivos e pessimistas em situações que não preocupariam as outras pessoas.²⁸ Sentem cansaço, baixa energia e sentem medo de reações negativas por parte dos outros. Além disto, têm tendência a pessimismo antecipatório e a experienciar emoções negativas.^{29,30} São indivíduos com altos níveis de alexitimia,³¹ com dificuldade em identificarem as suas próprias emoções e em diferenciarem as suas emoções de estímulos físicos associados a estimulação emocional.²⁸ Tudo isto leva a um comportamento de evicção do medo (*fear avoidance behavior*) que tem sido associado a mecanismos centrais que desenvolvem dor crónica e a baixas taxas de resultados terapêuticos.²⁷

Os níveis baixos de SD levam a que tenham baixa autoestima, com dificuldade em aceitar responsabilidade e com dificuldade em estabelecer objetivos a longo prazo. Apresentam, geralmente, grandes dificuldades em controlar situações adversas e ultrapassar obstáculos que seriam de fácil resolução para as restantes pessoas. Tal, tem importante impacto no controlo da dor e nas estratégias de *coping*: menor capacidade de controlar o próprio comportamento e de se adaptar às situações de acordo com os objetivos e valores pessoais.²⁷ Ao possuir este perfil, o indivíduo pode ficar destroçado quando forçado a lidar com situações que lhe causem possível ansiedade. Têm, portanto, dificuldade em lidar com a frustração.^{28,30}

Os altos níveis de HA juntamente aos baixos níveis de SD cursam com maior ansiedade e maior sintomatologia depressiva.³⁰ Doentes com fibromialgia têm estilos menos adaptativos e menor qualidade de vida.²⁸

De acordo com a teoria de Cloninger, o temperamento é hereditário e praticamente imutável, podendo então precipitar uma patologia. Todavia, o carácter é passível de mudança, ou seja, pode ser alterado pela própria patologia e pode alterar a forma como se lida com a mesma. Assim sendo, o SD é passível de alteração, mudando a forma como a pessoa enfrenta a sua condição. Segundo isto, SD deve ser alvo de terapia, podendo ter impacto na forma como os doentes lidam com a sua dor e incapacidade.³⁰

Outra forma de avaliação da personalidade é através do *NEO-Five Factor Inventory-3* (NEO-FFI-3) que avalia o *The Big Five personality theory*, também conhecido como *Five Factor Model*, um modelo reconhecido que descreve cinco traços de personalidade que são considerados estáveis ao longo da vida adulta:

- *Agreeableness*/agradabilidade – tendência de um indivíduo ser altruísta e de confiança.^{15,32}
- *Conscientiousness*/conscienciosidade – tendência de um indivíduo demonstrar autodisciplina.^{15,32}
- *Extraversion*/extroversão – tendência de um indivíduo para ser extrovertido e social.^{15,32}
- *Neuroticism*/neuroticismo – tendência de um indivíduo a experimentar emoções negativas.³² É associado à predisposição e vulnerabilidade ao *stress* psicológico, instabilidade emocional e estratégias de *coping* inadequadas.^{15,33}
- *Openness*/abertura à experiência – nível de apreciação/abertura a novas experiências.^{15,32}

De acordo com este instrumento, um estudo chegou à conclusão que altos níveis de *neuroticism* estão associados a maior impacto da fibromialgia e a altos níveis de ansiedade, depressão, *stress* e a pior qualidade de vida a nível mental. Altos níveis de *conscientiousness* e *extraversion* estão associados a melhor estado psicológico e maior saúde. *Openness* e *agreeableness* mostram tendência semelhante. Nenhum dos cinco traços foi, neste estudo, associado ao estado de saúde física. Os autores sugerem que a personalidade pode contribuir para o desenvolvimento de distúrbios que podem influenciar negativamente as estratégias de *coping* destes indivíduos para com a sua condição. Sugerem ainda que tratar a ansiedade e a depressão em indivíduos com altos níveis de neuroticismo é essencial para aliviar o impacto total da fibromialgia.³²

Um estudo, que tenta encontrar uma "personalidade de dor", com traços comuns entre os doentes que sofrem de dor crónica, encontra evidência que sugere uma relação entre o neuroticismo e a dor crónica, todavia não se pode afirmar que o neuroticismo por si só represente uma personalidade de dor.⁹

Na eventualidade de existir uma personalidade característica dos indivíduos com dor crónica, ou neste caso, com fibromialgia, uma investigação procurou analisar se profissionais de saúde experientes conseguiriam reconhecer pessoas com fibromialgia baseando-se em itens da sua personalidade. Nesse sentido, foram analisados 240 itens através do questionário NEO-PI-R, sendo que 20 seriam escolhidos por cada de um de um total de 8 profissionais de saúde como diferenciadores entre indivíduos com FM de indivíduos sem dor crónica, respeitante a 197 mulheres com FM segundo os critérios ACR

de 1990. Após análise dos dados, conclui-se que quanto mais provável era o diagnóstico de FM no indivíduo, mais corretamente os profissionais acertavam nos itens que correspondiam à sua personalidade. Baseado nos itens escolhidos por 3 ou mais profissionais de saúde, a personalidade que estes consideraram mais associada à FM foi a caracterizada por altos níveis de neuroticismo. O facto de a FM ser associada a *conscientiousness* (conscienciosidade) não foi confirmada, apesar das expectativas neste sentido.¹⁹ Podemos então afirmar que apesar das personalidades destes indivíduos serem distintas entre si, os profissionais parecem conseguir distinguir os traços que diferenciam os doentes com FM dos controlos.

Um outro estudo, que compara a personalidade na FM e em outras doenças reumatológicas, concluiu que doentes com FM pontuam mais em parâmetros de *agreeableness*, *neuroticism* e *openness* comparativamente a outros doentes com outras doenças reumáticas.³³ Os altos níveis de *agreeableness*, que significam uma boa relação com os outros, nestes doentes pode querer dizer que estes tendem a evitar situações de conflito com os outros e sentimentos negativos que podem aumentar a sua sintomatologia, tendo tendência a cooperar em vez de competir. Os autores colocam a hipótese de estes níveis aumentarem com a duração da doença e diminuir com a falta de reconhecimento da mesma.³³ O mesmo acontece com os níveis de *openness*, tentam minimizar a doença, ao tentar encontrar segurança e evitar conflitos.

Bartkowska *et al.*, encontrou nos indivíduos com FM diferenças em termos de *agreeableness* e *conscientiousness* em relação aos controlos e ao resto da população.³⁴ Como explicação para estes achados referiu que no caso da conscienciosidade, esta está de acordo com o perfeccionismo, isto é, alguém com altos níveis de conscienciosidade é alguém dedicado ao trabalho e com altas metas para si mesmo.³⁴ No caso da *agreeableness*, indicou que esta pode ser relacionada com o *harm avoidance* (HA), uma vez que alguém com altos níveis desta característica é alguém que ajuda o outro, modesto, de confiança e humilde.³⁴ Na vida de uma pessoa com fibromialgia, podem existir momentos em que não expressa a sua opinião e não luta pelos seus objetivos mas em vez disso se deixa anular para evitar conflitos. O autor referiu que podem ser anos de acumulação de palavras não ditas e sentimentos reprimidos que culminam em manifestações físicas de dor.³⁴

Dois estudos concluíram que não se pode agrupar os doentes com FM em um só grupo, apesar de um perfil de personalidade específico ter sido encontrado entre os doentes com FM, a variabilidade nas suas dimensões de personalidade permite agrupá-los em dois grupos distintos.^{35,36} Um grupo, mais associado a menor qualidade de vida e com

sintomatologia mais severa e outro, com estilos de *coping* mais adaptativos e menor gravidade sintomática e por isso, com melhor qualidade de vida. Este primeiro grupo, é mais propenso a desenvolver doenças relacionadas com o *stress*, ansiedade e perturbações da personalidade, tendo nele sido encontrado altos scores de HA e baixos de SD.³⁶ Este perfil tem tendência a *stress* emocional, dificuldade em ter emoções positivas e tendência a ineficácia na regulação de emoções baseado na ruminação, o que pode condicionar um aumento da dor e um comportamento mal adaptativo evitante.³⁵ Independentemente do grupo em que foram inseridos, estes estudos identificam os doentes com FM como sendo receosos, apreensivos, inseguros, negativistas, sem entusiasmo por busca de novas experiências, pouco responsáveis e que tendem a reagir demasiado perante situações adversas (relação com baixo NS e baixo SD).³⁶

Um outro estudo, relaciona a ansiedade e o neuroticismo com o *stress*.³⁷ Relativamente ao neuroticismo, este foi ainda associado à fadiga, distúrbios do sono, depressão e ansiedade.¹⁸

A dor, o sono e a fadiga na FM são agravadas por estratégias de *coping* para a dor mal adaptativas e pensamentos negativos.¹⁸ Estratégias estas são definidas como maneiras cognitivas ou comportamentais de tentar reduzir o desconforto, mas que no entanto estão a manter e a reforçar emoções negativas e sensações físicas. A estratégia de evitamento e a catastrofização foram estratégias mal adaptativas associadas a baixo estado de saúde físico e psicológico e pior função social.⁷

Os mecanismos da dor são exacerbados pelo neuroticismo,¹⁸ tendo este sido referido como um fator de manutenção e associado a estratégias de *coping* que utilizam a evicção. Nestes doentes, os níveis de neuroticismo encontram-se elevados e associam-se a catastrofização e a pior função social. A catastrofização foi associada a um mediador entre o neuroticismo e a saúde física e funcionamento social, sugerindo a sua função perpetuante.

Lami MJ *et al.*, propõe que a dor tem efeito na depressão e ansiedade através da catastrofização mas não através da aceitação da dor e de estratégias de *coping* adaptativas.³⁸

Um estudo que compara 80 doentes com dor crónica e os seus estilos de *coping* constata que indivíduos que reportam usar estratégia de resolução de problemas em situações de *stress* do dia-a-dia e tendem a modificar a sua original interpretação da situação, reportam também que se distraem da sua dor. Pelo contrário, indivíduos que não adotam esta estratégia, tendem a catastrofizar e/ou a ignorar a sua dor.³⁹

Os indivíduos com FM obtêm mais pontos nas escalas de ansiedade, sendo esta um traço de personalidade que se descreve como um estado de propensão a ansiedade, uma tendência a interpretar situações *stressantes* como ameaçadoras.^{7,39} Estes, provavelmente, veem a dor e o *stress* como ameaças e tornam as suas estratégias de *coping* limitadas. Isto indica que estes indivíduos com FM, menos frequentemente tendem a ter uma atitude de problema-resolução e catastrofizam mais comparativamente com outros sofredores de dor crónica. Estes tendem, portanto, a ter atitudes de *coping* passivas e são negativamente afetados.³⁹

Um outro estudo que pretende avaliar a presença/relevância da personalidade tipo D na fibromialgia, que é referida como fator de risco para doença cardíaca, com altos níveis de afetividade negativa e inibição social, com características como a inibição de emoções negativas com receio de maus julgamentos por parte de terceiros, encontra que a sua prevalência na FM é maior que na população em geral e na população com dor crónica ou com doença cardiovascular. É referido que esta personalidade nestes indivíduos está associada a pior estado de saúde física e mental.⁴⁰ Contudo, o facto de se tratar de um estudo *cross-sectional* impede-nos de saber se esta personalidade é causa ou consequência, ou ambos, de dor crónica, rejeição social ou outros fatores associados a FM.⁴⁰

Garcia-Fontanals *et al.*, encontrou na amostra do seu estudo constituída por indivíduos com FM, que um terço destes possuía uma possível perturbação da personalidade.³⁰ Já Bartkowska *et al.*, encontrou 65% dos indivíduos com FM na sua amostra a revelarem algum tipo de perturbação da personalidade de acordo com o IPDE-SQ (*International Personality Disorder Examination - Screening Questionnaire*). A perturbação mais encontrada foi a evitante, seguido da obsessivo-compulsivo e da *borderline*. Foi relacionada a presença destas perturbações na FM com maiores despesas com a saúde.⁴¹

O Perfeccionismo na Fibromialgia

O perfeccionismo, como uma vontade obsessiva de atingir a perfeição, surge muitas vezes associado à fibromialgia.¹² Este termo deve ser reservado para indivíduos que mantêm padrões rígidos para si mesmos, que dão uma importância excessiva a tentar atingir padrões demasiado elevados em vários domínios da vida e são demasiado críticos nas avaliações que fazem de si mesmos.⁴²

Investigações recentes descrevem-no como multidimensional envolvendo facetas pessoais e interpessoais.¹³ Todavia, o perfeccionismo foi inicialmente classificado como

unidimensional e focalizado sobre os aspetos interpessoais, como fatores cognitivos, crenças irracionais e atitudes disfuncionais. Este aspeto uni ou multidimensional não é, ainda, consensual.¹⁵

O perfeccionismo multidimensional pode ser avaliado segundo uma escala, a *Multidimension Perfectionism Scale*, com seis fatores que avaliam quatro aspetos do perfeccionismo direcionados para o próprio: padrões pessoais, dúvidas sobre as ações, preocupação com os erros e organização, e duas dimensões interpessoais que se referem à noção de exigências impostas por outros, neste caso, as figuras paternas: expectativas parentais e críticas parentais. Pode ainda, segundo outra escala, ser classificado em auto-orientado, orientado para os outros ou socialmente prescrito.¹⁵

Contudo, existem autores que contestam tais dimensões interpessoais e que afirmam que tal é redundante, ou seja, que o facto de tais escalas serem criadas de forma a avaliar o perfeccionismo desta forma multidimensional, com a sua ampla utilização, tal acaba por culminar em classificações incorretas. Segundo estas opiniões, se um individuo não é por si perfeccionista, não será o perfeccionismo imposto por outros que o tornará perfeccionista.¹⁵

Um estudo que tinha como propósito estudar o risco de mortalidade na vida tardia de 450 participantes (seguidos durante 6,5 anos) em relação com o perfeccionismo, a personalidade e o otimismo, mostrou que o risco de mortalidade é significativamente maior em indivíduos com elevados níveis perfeccionismo e neuroticismo. Pelo contrário, este risco mostrou-se menor para aqueles com altos níveis de conscienciosidade, extroversão e otimismo.¹⁴ Será então o perfeccionismo algo totalmente negativo na vida de um indivíduo?

O conceito de perfeccionismo, no seu modelo duplo de Slade *and* Owens, é baseado na premissa de que existem dois tipos de perfeccionismo: o perfeccionismo positivo e o perfeccionismo negativo. Sendo o positivo considerado adaptativo, saudável, que produz benefícios para o indivíduo, com altos níveis de organização, altos padrões para si próprio e altos objetivos, que induz reforços positivos e leva à aproximação de estímulos. Pelo contrário, o negativo é considerado mal adaptativo, não saudável e traz desvantagens para o indivíduo, associando-se ao neuroticismo, à insatisfação, a reforços negativos, com evicção de resultados adversos e a altos níveis de perfeccionismo socialmente prescrito.^{13,15,42} Perfeccionistas negativos apresentam um esquema de autoavaliação disfuncional, no sentido em que o seu valor pessoal se encontra relacionado com um elevado desempenho, nunca suficiente, e dependente da aceitação pelos outros, tendo estes indivíduos medo irracional de falhar e incapacidade de tolerar as próprias falhas.¹⁵

Pessoas que tentam sempre atingir os seus objetivos perfeccionistas mostram-se, habitualmente, pouco satisfeitas devido à dificuldade em obter resultados que as satisfaçam. O oposto é encontrado quando se fala do suposto perfeccionismo positivo, que é associado a satisfação, prazer e gratificação.⁴² É importante considerar a possibilidade de o perfeccionismo positivo poder na realidade não ser verdadeiro, isto é, este na realidade consistir numa forma de *conscientiousness* e não um efetivo perfeccionismo.⁴²

Os perfeccionistas tendem a ter objetivos dificilmente atingíveis, sendo que, ao não os conseguirem atingir, impõem constante pressão em si próprios para tentar alcançar os níveis pretendidos, culminando num inevitável fracasso que no final reduz a produtividade e o desempenho levando a procrastinação. Ainda, este ciclo vai condicionar muito autocrítico, culpabilidade e sensação de fracasso, o que predispõe o perfeccionista a experienciar *stress* emocional na forma de ansiedade.¹³ Desde modo, o medo do fracasso é uma característica importante no perfeccionismo clínico. Existe nestes indivíduos a sensação que só serão aceites pelos outros se forem perfeitos, possuindo pensamento perseverativo, que é negativo quando se torna persistente e incontrolável. Assim, pode ser associado a *stress* psicológico, sendo também denominado de pensamento negativo repetitivo.¹³

Supondo que o perfeccionista consegue, a certo ponto, atingir alguma das suas metas elevadas, tal pode culminar em um de dois resultados: ou esta conquista suaviza temporariamente a sua rígida autoavaliação, servindo então como um estímulo extra na sua tentativa de atingir a perfeição, ou, o indivíduo considera que as suas metas não foram suficientemente elevadas o que levará a um reajustamento e aumentará as probabilidades futuras de falhar, o que culminará num ciclo vicioso de derrotas.¹⁵

Pode classificar-se o perfeccionismo como *self oriented*, *other oriented* e *socially prescribed*. Perfeccionismo auto-orientado, *self oriented*, é um traço intrapessoal no qual um indivíduo perfeccionista gera as suas expectativas apenas para si próprio, com forte motivação para ser perfeito, com padrões rigorosos, metas elevadas e autoavaliações excessivamente exigentes com evitamento do insucesso.¹⁵ Este traço aparenta ser relevante na adaptação dos doentes com FM, sendo que existem estudos contraditórios referindo que este tanto pode traduzir-se num benefício como num malefício do estado geral de saúde.¹² É classificado como benéfico quando nos referimos a *conscientiousness*, que é considerada adaptativa e se baseia em ter objetivos que são positivos para a pessoa.^{12,16} É classificado como pejorativo quando é mal adaptativo, reflete autocrítica ou excesso de preocupação com o desempenho individual.¹⁶ Este, tem características como a persistência (tendência a continuar apesar da fadiga e frustração) e "*action-proneness*" (tendência

cognitiva e comportamental ao excesso de atividade), características que estão implicadas em síndromes de dor crónica.¹⁶

Uma dimensão da personalidade que tem recebido muita atenção no contexto da FM é precisamente o perfeccionismo mal adaptativo e autocrítico.¹⁶ Estes doentes podem ver-se a si próprios como falhados ao terem dificuldade em realizar tarefas que antes eram realizadas com a mesma eficiência e rapidez, ou podem pelo contrário, continuar incessantemente a tentar realizar as tarefas, o que pode piorar a sua dor e conduzir a outros problemas de saúde acrescidamente.¹²

Num estudo com 489 mulheres com FM, apesar do perfeccionismo não ter sido encontrado na generalidade das doentes, naquelas em que foi, mostrou que níveis moderados de perfeccionismo *self-oriented* estão associados a melhor estado de saúde, ao contrário dos níveis baixos e elevados. Tal leva-nos a pensar que poderá exigir um nível ideal de perfeccionismo *self-oriented* que contribui para uma melhor adaptação (*adaptive conscientiousness*). Já o extremo deste perfeccionismo não é adaptativo e pode ser encarado como uma forma de *over-conscientiousness*.¹²

Sirois, comparou FM com CFS e mostrou que o perfeccionismo mal adaptativo está relacionado com estratégias de *coping* mal adaptativas. Sugere que este tipo de perfeccionismo promove pensamentos autocríticos que potenciam uma forma errada de lidar com o *stress* tornando-se o doente consumido pela autocrítica em vez de ter ações construtivas.⁴³

Pessoas com mais altos níveis deste perfeccionismo podem desempenhar padrões de atividade disfuncionais, com pensamento dicotómico,¹⁵ com comportamentos de "tudo ou nada", caracterizados por ciclos de excesso de atividade seguidos de completo repouso. Mostram ter dificuldade em tolerar inatividade física ou mental, congruente com altos níveis de "*action proneness*" e "*persistence*". Nestes indivíduos a inatividade pode ser associada a culpa e sentimentos de inutilidade por não viverem de acordo com os seus próprios padrões que já são demasiado elevados e irrealistas à partida.¹⁶

Um estudo que visa estudar doentes com síndrome de fadiga crónica, patologia que em muito se sobrepõe à fibromialgia, mostra que o perfeccionismo autocrítico tem sido associado a aumento da sensibilidade ao *stress* e a baixos níveis de autoestima, levando a uma espiral que culmina em altos níveis de fadiga, dor e tendência a depressão.¹⁶ Ainda, congruente com o modelo cognitivo comportamental das síndromes somáticas funcionais, doentes com síndrome de fadiga crónica com tendência a elevado autocriticismo podem mostrar estilos de *coping* mal adaptativos, o que tem mostrado ter um importante papel na persistência da dor.¹⁶

Grisart *et al.*, encontrou uma correlação entre os níveis de perfeccionismo *self-oriented* e negligência de necessidades básicas do corpo e autossacrifício, com tal representando um fator de vulnerabilidade num estilo de vida hiperativo nos doentes com fibromialgia.²⁴

Relativamente ao perfeccionismo socialmente prescrito, este pode ser considerado uma forma crónica de *stress* psicossocial. Encontra-se associado a défices de estratégias de *coping* e de autorregulação eficientes.¹² Refere-se a uma forma de perfeccionismo imposto pelos outros e dirigidas para o próprio, sendo a vítima deste perfeccionismo excessivamente preocupada com a sua falta de perfeição e com a obtenção de aprovação dos outros. Associa-se a emoções negativas como ansiedade, depressão e revolta.¹⁵

Um estudo concluiu que nos indivíduos com FM e com níveis altos de perfeccionismo socialmente prescrito, o seu estado de saúde encontra-se mais deteriorado do que os que não possuem estes níveis de perfeccionismo. Estas pessoas sentem que são incapazes de viver de acordo com os altos padrões impostos pelos outros e sentem-se frustradas, o que aumenta os níveis de *stress* e agrava a sua doença.¹² Neste sentido, Randall *et al.*, estudou crianças e jovens com dor crónica e os seus pais e conclui que o facto de os pais serem perfeccionistas para com os seus filhos leva a dor crónica e catastrofização nos mesmos. Entre os jovens, o perfeccionismo encontra-se associado a maior número de sintomas somáticos funcionais. Não está completamente explicado/explorado o mecanismo pelo qual o perfeccionismo socialmente prescrito pelos pais destes jovens tem influência na sua perceção e sentimentos de medo pela dor. Neste estudo, encontra-se também associação entre os níveis de perfeccionismo impostos pelos pais e o perfeccionismo que os seus filhos vêm a manifestar, o que terá implicações na sua forma de agir perante a dor, aumentando os seus níveis de ansiedade e sensibilidade à mesma. Torna-se, portanto, importante trabalhar o perfeccionismo dos pais de forma a melhorar a experiência de dor dos seus filhos e consequentemente os resultados dos seus tratamentos antiálgicos.⁴⁴

Relativamente ao perfeccionismo *other oriented*, orientado para os outros, é interpessoal e tem por base crenças e expectativas em relação a outras pessoas, estabelecendo normas irrealistas para elas, com avaliações rígidas e que pode, eventualmente, provocar dificuldades nas relações interpessoais, sentimentos de hostilidade e dificuldades em confiar nos outros.¹⁵ Este traço não foi associado ao estado de saúde dos doentes com FM. Uma interpretação possível para tal é o facto deste tipo de perfeccionismo exercer a sua influência no indivíduo sobre o qual é imposto e não sobre a pessoa que o impõe.¹²

Hewitt *et al.*, afirmam que os perfeccionistas variam entre si, não só em termos do nível do traço, em auto-orientado, orientado por outros ou socialmente prescrito, mas também em termos da sua necessidade de parecer perfeito para os outros e de não relevar as suas imperfeições em público. Autores sugerem que certos perfeccionistas estão focados primeiramente em uma forma de impressionar os outros em situações públicas, tentando criar uma imagem de alguém sem falhas. Segundo este artigo, estes indivíduos podem ter uma hipersensibilidade ao criticismo, tendo um comportamento evitante, com medo de rejeição e medo de avaliação negativa pelos outros, comportamentos que foram observados em indivíduos com FM e com estratégias de *coping* deficitárias. O evitar imperfeições foi associado a um decréscimo de autoestima e elevado *stress* emocional.⁴⁵

Os elevados níveis de *stress* presentes nos indivíduos perfeccionistas têm na sua génese a exposição a maior número de acontecimentos perturbantes a que os mesmos estão sujeitos, colocando uma grande pressão em si próprios. Este *stress* é antecipado por uma preocupação excessiva com tendência a antever situações adversas e mantém-se com a tendência à autculpabilização. O mesmo é ainda amplificado por qualquer desempenho menos perfeito. Perante tudo isto, os perfeccionistas possuem estratégias de *coping* desadaptativas, o que aumenta o impacto negativo de situações perturbadoras, com estratégias focadas nas emoções e não orientadas para a resolução de problemas.¹⁵

Relativamente a estas estratégias de *coping*, um estudo que compara o perfeccionismo e os estilos de *coping* mal adaptativos entre indivíduos com síndrome de fadiga crónica, síndrome do intestino irritável e fibromialgia/artrite e em controlos saudáveis, encontra que o perfeccionismo mal adaptativo na fibromialgia é significativamente correlacionado com 3 estilos de *coping* mal adaptativos: *behavioral disengagement*, *denial*, e *self-blame*.⁴⁶

Perante tudo isto, é de esperar que estes indivíduos não tenham estratégias de *coping* válidas para lidar com alterações bruscas da sua vida e seria benéfico obter formas para lidar com esta situação, com intervenções que os ajudassem a ter melhores estratégias, com maior capacidade de autocontrolo e autorregulação.¹²

O Tratamento na Fibromialgia

A fibromialgia desafia a medicina moderna. Esta e outras condições de “*ill health*”, mostram que o sofrimento deve ser valorizado mesmo quando não é baseado em algo objetivo. Esta síndrome relembra-nos do facto de que uma boa aliança terapêutica, uma boa relação médico-doente, sem julgamentos e empática, é bastante útil. É importante lembrar que em síndromes funcionais como a fibromialgia, mais importante que detetar sintomas físicos, é ouvir o doente, as suas expectativas e as suas inseguranças, só assim iremos conseguir adaptar as nossas estratégias terapêuticas de forma a enquadrar a individualidade de cada indivíduo e conseguir, de facto, ajudá-lo.²⁰

A abordagem terapêutica da fibromialgia tem sido alvo de investigação, tendo diversos estudos concluído que a abordagem multidisciplinar, tendo em atenção as características psicológicas destes indivíduos, consegue, de certa forma, modificar a forma como interpretam a sua dor e modelar as suas respostas a ela, tornando-as mais adaptativas e de forma a promover a auto-eficiência. A terapia cognitiva comportamental tem então grande importância nesta abordagem.^{1,4}

Sugere-se a adoção de estratégias centradas no doente e mais personalizadas, tendo em consideração a possibilidade de depressão, de ansiedade e os distúrbios do sono.²² Existem doentes que poderão beneficiar de melhorar as suas capacidades de comunicação social e de integração, enquanto outros deverão aprender a melhor compreender as suas emoções e a diminuir os seus sentimentos negativos.²⁸

As opiniões divergem a respeito da forma como se deve abordar esta condição. Existe, em alguns clínicos, o sentimento de que não há nada a fazer por estes doentes, o que está errado, uma vez que muitas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas já provaram surtir efeitos.¹ Opiniões diferem também no que respeita à forma como o indivíduo deve encarar a recuperação. Uns defendem que deve aceitar a sua condição e aprender a lidar com as suas incapacidades e limitações, outros defendem que deve lutar por uma recuperação real dos sintomas.²²

Uma vez que o problema se baseia em uma sensibilização central, é fácil perceber que tratamentos como injeções periféricas nos *tender points* pouco ou nada ajudam estas pessoas.¹³ O tratamento deve ser multidimensional, tendo por base a educação, terapia cognitiva comportamental, exercício físico moderado, higienização do sono e com recurso fármacos.⁴¹ (Figura 3)

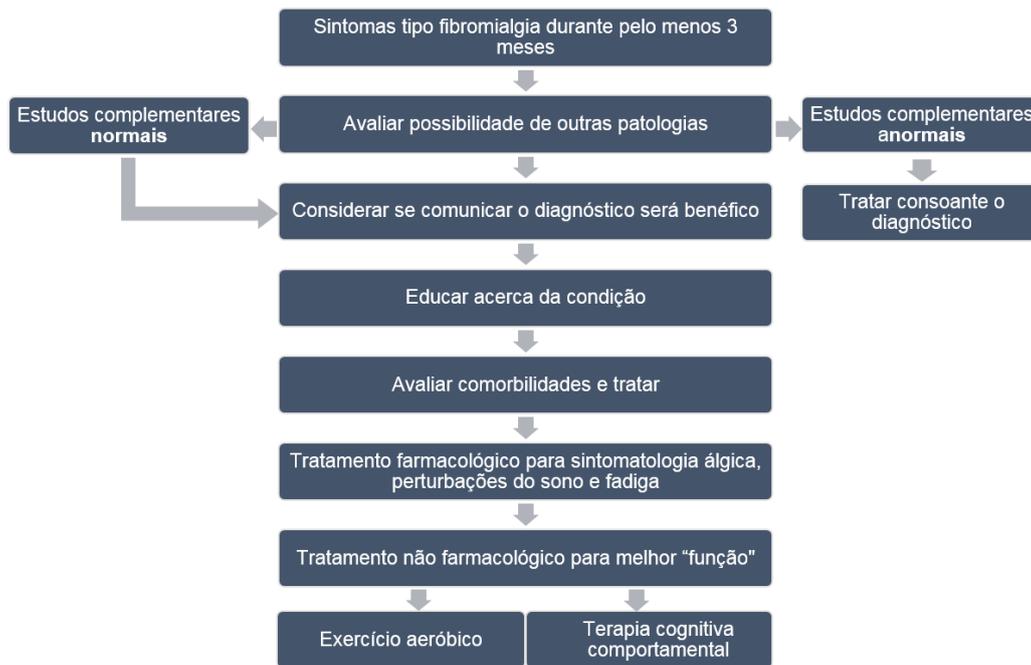


Figura 3 - Avaliação e tratamento. Adaptado de Klippel *et al.*³

A educação é crucial.³ O primeiro passo neste sentido é o de atribuir o diagnóstico, todavia, tal foi alvo de discussão.⁴ Em 1986, Hadler, desaconselha rotular com o diagnóstico. Este autor afirma que, segundo a sua interpretação, dizer a estes indivíduos que estão doentes pode fazer com que estes desenvolvam uma experiência de doença mais invasiva, o que pode condicionar a relação médico-doente de forma negativa. Contudo, refere que é benéfico prestar atenção à condição física do doente, prevenir eventuais agravamentos e intervir a nível de *stress* psicológico.⁴⁷

Ao longo do tempo, as opiniões foram divergentes, havendo autores que defendem ser benéfico “rotular” os doentes, reconhecendo a sua condição, transmitindo-lhes segurança ao indivíduo e validação da sua dor, melhorando a relação médico-doente, ajudando-os a conseguir expressar melhor o que sentem e diminuindo a sua ansiedade. Outros autores são da opinião de que tal é prejudicial, deteriorando a sua condição, com estudos mostrando que existe aumento do influxo e dos gastos em cuidados de saúde e outros mostrando que existe diminuição dos mesmos após comunicação do diagnóstico. Será, portanto, importante o médico conhecer bem a pessoa e escolher o melhor para cada indivíduo em particular.^{3,4,20,22}

Relativamente à terapia farmacológica, numa revisão, Borchers e Gershwin desaconselham a utilização de opióides, afirmando que não existe nenhum substituto para a

educação, correta alimentação e exercício. Segundo os autores, os indivíduos que sofrem desta condição devem aprender a viver com a sua dor e não devem ser polimedicados.⁴

O mais comumente utilizado é a terapêutica com analgésicos, antidepressivos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares. No entanto, a maioria dos doentes acaba por sentir mais os efeitos secundários da medicação do que o alívio da dor pretendido.⁴ O conhecimento acerca da deficiência de atividade de noradrenalina/serotonina e/ou o excesso de neurotransmissores excitatórios levou a compreender os fármacos que podem ser úteis,¹ com os antidepressivos tricíclicos a demonstrar eficácia, e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina sob investigação.³

Uma vez que a terapia farmacológica não resolve a situação, Van Houdenhove e Luyten defendem que a terapêutica deve ter por base tratamentos que conseguissem uma recuperação do sistema de *stress* que perpetua os sintomas.²² Entramos então no campo da terapia cognitiva comportamental. Esta terapia refere-se a um programa educacional estruturado que se foca no ensino de capacidades que visam melhorar a condição do indivíduo perante a doença e mostra ser benéfica em praticamente todas as síndromes que cursam com dor crónica.³ Com esta terapia, pode existir uma redução do *stress*, o que pode vir a contribuir para controlar a dor e os restantes sintomas através da adoção de estilos de vida e objetivos mais adequados e ajustando os padrões de comportamento disfuncionais.¹

As capacidades mais relacionadas com esta terapia são o treino de relaxamento, o planeamento de atividades prazerosas, estratégias de descentração, reestruturação cognitiva, resolução de problemas e estabelecimento de objetivos realistas.³

Van Houdenhove e Luyten, atentam nos fatores de manutenção, referindo que dada a heterogeneidade dos indivíduos e dos vários fatores que contribuem para a manutenção do seu estado de dor, não é inesperado que as respostas quer ao tratamento quer à dor em si sejam distintas. Estes fatores de manutenção devem ser discutidos com o doente, discutindo quais vão ser alvo de intervenção e estabelecendo objetivos realistas adaptados ao indivíduo. É também importante conhecer o seu passado para que se possam tomar atitudes preventivas para o futuro.²²

Na fibromialgia, tanto a terapia cognitiva comportamental (CBT) como a terapia com exercícios graduados (*GET-graded-exercise therapy*) têm mostrado resultados moderados.²² Estes tratamentos tem sido mais eficazes nos indivíduos com altos níveis de *stress* e naqueles em que a doença tem maior impacto na sua vida diária.²²

Os altos níveis de HA e baixos de SD encontrados em muitos dos indivíduos com FM, podem levar a um comportamento evitante da dor o que contribui para a sua

manutenção, aumentando a ruminação e a preocupação. O baixo SD faz com que não se estabeleçam objetivos o que leva a um ciclo vicioso de debilitação e sofrimento. Neste sentido, a terapia cognitiva comportamental pode ser muito importante para ajudar a redirecionar o pensamento catastrófico e a melhorar o baixo SD, com componentes como o estabelecer objetivos, melhorar a comunicação e a assertividade.⁹

Ainda relativamente ao SD, tanto a terapia comportamental/cognitiva como os antidepressivos têm mostrado resultados neste campo, aumentando os seus níveis.²⁸

Um estudo que avaliou a diferença entre uma amostra de indivíduos com FM que esteve sob terapia cognitiva comportamental em comparação com outro grupo de FM que sofreu terapêutica sem esta terapia revelou que após um ano, existiram reduções dos níveis de catastrofização com a terapia cognitiva comportamental contrariamente ao outro grupo.⁷ R. Alok *et al.*, encontra, após a terapia, um aumento significativo da qualidade de vida, auto-eficácia, menor depressão, ansiedade e *stress* e estratégias de *coping* mais adaptativas.⁴⁸

Várias questões foram surgindo relativamente a esta terapia e aos seus resultados nos indivíduos que convivem com a fibromialgia. Segundo Van Houdenhove e Luyten seria interessante aprofundar conhecimentos acerca do processamento emocional, procurar saber se existirão fatores de manutenção mais difíceis de influenciar que outros e se estes tratamentos através da influência destes mesmos fatores tem repercussões a longo prazo ou não, isto é, se os traços de personalidade passíveis de mudança são apenas alterados temporariamente, tornando estas terapias pouco eficazes e com altas taxas de regressão ou se, pelo contrário, conseguem alterar a longo prazo os estilos de vida e os fatores de manutenção destes indivíduos.²²

Relativamente ao perfeccionismo, nos doentes com FM, pode ser particularmente vantajoso ajudá-los a ter mais respeito pelo seu próprio corpo. Caso se consiga comprovar que a hiperatividade e a negligência pelas necessidades corporais básicas estão, nestes indivíduos, associadas negativamente ao seu estado de saúde, degradando-o, podem ser tomadas ações preventivas através da psicoeducação, ao enfatizar a importância de adotar um estilo de vida apropriado, com priorização de objetivos e valores.²⁴

A respeito da terapia cognitiva comportamental, nos perfeccionistas, a ansiedade surge associada, essencialmente, a estímulos cognitivos, por antecipação de consequências devastadoras para as suas ações futuras. Utilizando a estratégia de exposição com prevenção de resposta, talvez seja importante trabalhar este pessimismo antecipatório previamente a expor o doente à situação de *stress* e ajudá-lo a perceber a origem do seu receio.¹⁵

Relativamente às terapias cognitivas, a intervenção terapêutica deve enfatizar a mudança dos processos cognitivos de avaliação primária, num processo de reestruturação cognitiva onde são trabalhadas avaliações mais realista e racionais. Para conseguir uma melhor adesão à terapia e melhores resultados, não deve focar-se excessivamente na regularização dos padrões perfeccionistas, mas, ao invés disso, ter ação sobre os esquemas disfuncionais de autoavaliação utilizados pelo indivíduo, ajudando-o a reconhecer o seu perfeccionismo como um problema, a estabelecer objetivos claros, a saber lidar com a autocrítica e a aprender a conviver com a incerteza, tornando-se mais tolerante ao facto de não possuir controlo absoluto, algo que o perfeccionista deseja, como forma de atingir a perfeição.¹⁵

O objetivo da terapia cognitiva comportamental deve passar sempre por melhorar a vida diária destes doentes, sendo que tal nem sempre é fácil tendo em conta a autoestima que possuem, que além de ser baixa está muito dependente das suas próprias conquistas com base no seu esforço que visa atingir o nível que consideram que lhes é imposto pelos outros e pelas situações a que estão expostos, o que os leva a terem explosões de energia quando sentem alguma melhoria clínica. Tendo em conta este comportamento, devem ser ajudados a reconhecer os seus limites e a substituir a sua hiperatividade prévia por um esquema que os ajude a atingir uma melhor qualidade vida.²³

Estas estratégias terapêuticas podem levar estes doentes a reduzir o seu *stress* crónico e a tomar decisões de vida e a estabelecer metas mais realistas, a aprender a lidar melhor com acontecimentos negativos com que se deparam e a avaliar melhor as suas emoções, baseando a sua autoestima não somente nas suas tarefas bem executadas, a trabalhar menos obsessivamente, a serem menos perfeccionistas no trabalho e no dia-a-dia, e a expressarem melhor as suas necessidades sem tentarem esgotantemente atingir as supostas expectativas que os outros têm para eles.²³

O objetivo principal da terapia cognitiva seria interromper o ciclo de pensamento negativo repetitivo e estimular o desenvolvimento de controlo do pensamento que pode ser canalizado em estilos mais adaptativos de lidar com ameaças, erros, incerteza e imperfeição.¹³

Outra estratégia importante no tratamento destes indivíduos é o exercício aeróbico. Estes são muito benéficos na vida destes doentes, sobretudo exercícios de que a pessoa goste e com facilidade de adesão, adaptados à tolerância do indivíduo, com início ligeiro e aumento progressivo da intensidade.³ Contudo, alguns indivíduos referem que o exercício agrava o seu quadro de dor e os deixa demasiado cansados para realizar outras tarefas

durante esse dia.⁴ Tal realça uma vez mais, a necessidade de uma terapêutica adaptada e personalizada.

Um estudo que tentou avaliar o efeito da atividade física adaptada e a sua capacidade de alterar a percepção de doença de acordo com a personalidade dos doentes com FM, mostrou que o tratamento melhorou a condição física, a fadiga, a rigidez e reduziu a dor. O tratamento de reabilitação realizado mostrou ter grande adesão por parte dos envolvidos e não provocou exacerbações dos sintomas. Os resultados confirmam então que o exercício aeróbico leve a moderado é eficaz nos indivíduos com FM e fortemente recomendado. Todavia, a sua percepção de doença não foi alterada, podendo ser pela curta duração do programa ou por haver variáveis, dada a complexidade da FM que não foram devidamente consideradas.⁴⁹

A reabilitação multidisciplinar em grupo, com reumatologistas, fisioterapeutas, psicólogos e terapia ocupacional, ajuda a aumentar a capacidade de lidar com a dor crónica através da adaptação e ajustamento ao dia-a-dia, aumenta a capacidade de saber viver com a sua dor, de aceitar a sua condição e de experienciar aceitação por parte dos outros e a delinear novas estratégias de *coping*.⁵⁰

Discussão/Conclusão

Após breve revisão bibliográfica acerca da personalidade na fibromialgia, é possível afirmar que diversos estudos chegaram a conclusões semelhantes, encontrando sobretudo um perfil de personalidade que inclui alto *Harm Avoidance* (HA)²⁷⁻³⁰ e baixo *Self Directedness* (SD).^{27-30,36}

Além destas duas características, avaliadas segundo o TCI-R, foi também encontrado, em dois estudos, baixos níveis de *Novelty Seeking* (NS)^{30,36} e baixos níveis de CO.²⁸

De acordo com os estudos que utilizaram o *Neo Five Factor*, foi apontado, essencialmente, elevados níveis de neuroticismo^{11,19,33} e de catastrofização^{18,39}. Ainda, foram encontrados altos níveis de *agreeableness* em dois estudos,^{26,34} altos níveis de *openness*²⁶ e de *conscientiousness*.³⁴

Os altos níveis de HA foram associados a uma disfunção de desempenho, a depressão e a ansiedade. Estes indivíduos tendem a ser pessimistas, passivos, ter baixa energia, ter medo de reações negativas pelos outros, sofrendo de um pessimismo antecipatório.²³⁻²⁷ São habitualmente indivíduos com altos níveis de alexitimia,³¹ com dificuldade em identificar as suas próprias emoções e em diferenciar as suas emoções de estímulos físicos.²⁸ Tudo isto leva a um comportamento de evicção do medo que tem sido associado a dor crónica e a baixos resultados terapêuticos.²⁷

Os baixos níveis de SD são associados a baixa autoestima, fragilidade e dificuldade em estabelecer objetivos a longo prazo, adotando estratégias de *coping* desadequados com dificuldade em lidar com a frustração. O baixo SD faz com que não se estabeleçam objetivos o que leva a um ciclo vicioso de debilitação e sofrimento.²⁷⁻²³

Os altos níveis de HA juntamente aos baixos níveis de SD cursam com maior ansiedade e maior sintomatologia depressiva. Condicionando assim estilos menos adaptativos e menor qualidade de vida.²¹⁻²³

Os altos níveis de *agreeableness*, que significam uma boa relação com os outros, nestes doentes pode relacionar-se como os altos níveis de HA, isto é, querer dizer que tendem a evitar situações de conflito com os outros e sentimentos negativos que podem aumentar a sua sintomatologia, tendo tendência a cooperar em vez de competir, deixando-se anular perante outros e não expressando a sua opinião por receio de gerar um problema para o qual não possui estratégias adequadas de resolução, algo que aumentaria o *stress* e consequentemente, a dor.²⁷

O mesmo se pode dizer acerca dos níveis altos de *openness* encontrados, que podem parecer contraditórios mas que podem ser interpretados à luz da tentativa de tentar minimizar a doença, ao tentar encontrar segurança e evitar conflitos.

Relativamente aos estilos de *coping* mal adaptativos destes indivíduos, tal foi bastante associado à catastrofização, tendo estes indivíduos estratégias desadequadas relativamente à gestão da sua dor, não tendo atitudes construtivas de problema-resolução, o que não lhes permite cooperar com a dor, mas em vez disso, tendem a ter comportamentos autodestrutivos, interpretando situações *stressantes* como ameaçadoras.^{9,32}

Relativamente à hiperatividade, encontra-se um estilo de vida pré-mórbido que potencia a doença e que possui um valor patológico se associado a negligência das necessidades básicas do corpo, tornando-se um fator de vulnerabilidade na fibromialgia.²⁴

Considerando a avaliação da personalidade como um fator essencial na programação de uma adequada terapêutica para estes indivíduos, estes estudos são bastante importantes para a gestão dos que sofrem com FM. Estudos estes que sugerem que tratar a ansiedade e a depressão em indivíduos com altos níveis de neuroticismo é essencial para aliviar o impacto total da fibromialgia.³² Ainda, e tendo em conta o modelo de Cloninger do temperamento e carácter, sendo o temperamento hereditário e praticamente imutável, então apenas o SD, correspondendo a uma faceta do carácter, é passível de mudança, sendo essencial ter tal em conta no planeamento do tratamento.²³

Relativamente ao perfeccionismo, surge a noção de que tal pode ser positivo ou negativo, isto é, pode ser algo benéfico na vida de alguém se conduzir a resultados positivos, se promover a ação e aproximação de estímulos, com altos níveis de organização e altos objetivos, pelo contrário, o negativo é não é adaptativo nem saudável, produzindo desvantagens e condicionando comportamentos evitantes por medo de falhar, associando-se ao neuroticismo e à procrastinação, mostrando-se quem o possui como pessoas pouco satisfeitas devido à dificuldade em atingir os resultados que desejam que são praticamente impossíveis à partida.^{13,15,42} Este perfeccionismo positivo pode ser mal interpretado ao denominar-se perfeccionismo. Este é, na realidade, uma forma de *conscienciosness*, sendo esta uma característica considerada adaptativa que pode, de facto, trazer benefícios para o indivíduo. Esta classificação de “bom” ou “mau” perfeccionismo pode ter repercussões no tratamento e conduzir a erros na avaliação da personalidade destes indivíduos, pelo que deve ser devidamente realizada. Contudo, o perfeccionismo mostrou ser de facto benéfico em alguns estudos, sobretudo se presente em níveis moderados,¹² pelo contrário, níveis quer baixos quer altos são associados a pior estado de saúde e *stress* psicológico, o que

pode levar a pensar que existe uma forma ideal de perfeccionismo, que não será mal adaptativo.

O mal adaptativo condiciona, então, estilos de *coping* não adaptativos, que conduzem a estilos autocríticos, com pensamento dicotômico, com comportamentos de tudo ou nada, aumento de sensibilidade ao *stress* e baixa autoestima, o que culmina em fadiga, dor e tendência a depressão.¹⁶ Tudo isto perpetua a sintomatologia sentida por estes indivíduos. Este perfeccionismo exagerado associa-se também à negligência das necessidades básicas do corpo e ao autossacrifício e neste caso, não teremos um estilo de *coping* que cursa com ruminação mas sim um estilo que cursa com persistência, com tendência a continuar apesar do cansaço e apesar da frustração, com a não aceitação da sua dor, não sabendo conviver com as limitações atuais provocadas pela fibromialgia.^{12,16,24,43}

Tanto o perfeccionismo auto-orientado^{12,16,24,43} como o perfeccionismo socialmente prescrito^{12,44} foram associados a consequência deletérias nos indivíduos com FM. O primeiro, por questões inerentes ao indivíduo, com comportamentos de “tudo ou nada” e um excessivo autocríticismo, o segundo, como uma forma de *stress* psicossocial que conduz a grande ansiedade pela constante tentativa de tentar alcançar as metas impostas pelos outros, com constante receio de fracasso. O perfeccionismo orientado para os outros não foi considerado possuir potencial negativo nesta condição de dor.¹²

Relativamente ao tratamento da fibromialgia e do perfeccionismo que poderá fazer parte da personalidade dos doentes com este diagnóstico, o essencial a reter é a enorme importância de uma boa aliança terapêutica, uma relação médico-doente que deve ser estimada e trabalhada, com empatia e sem julgamentos, procurando ouvir o doente e conhecer a sua individualidade de forma a saber lidar com a sua condição que se encontra tão intimamente relacionada com as suas vivências, a sua interpretação de si mesmo, dos outros e do mundo e a sua personalidade.

O primeiro passo é a atribuição do diagnóstico, algo que foi questionado se seria benéfico ou não, com estudos mostrando que aumenta o influxo aos cuidados de saúde e outros mostrando precisamente o contrário.^{2,4,12,15,45}

Atribuir a estes indivíduos o diagnóstico é muito mais que apenas colocar-lhes um rótulo de doente, trata-se de validar as suas queixas, de o mesmo se sentir reconhecido e sentir confiança no seu médico, algo que além de melhorar a relação médico-doente, melhora a comunicação, facilita a exposição das expectativas e dos receios do doente e melhora a adesão terapêutica. Na minha opinião, penso que atribuir o diagnóstico de fibromialgia a um indivíduo que sofreu durante muito tempo da sua vida com dor que

condiciona o seu dia-a-dia, que procurou incessantemente ajuda e nunca a obteve, sendo-lhe talvez menosprezadas as suas queixas, permite que o mesmo se sinta ouvido, se sinta reconhecido e talvez isto o ajude a obter alguma esperança de que conseguirá retomar de certa forma à vida que anteriormente tinha, ou mesmo, talvez apenas um aumento da confiança entre o doente e o médico permita que o doente se sinta mais confortável, e permita ao médico explorar melhor o que condicionou o desenvolvimento da sua condição e o que condiciona a sua manutenção.

O tratamento destes indivíduos deve ser multidisciplinar, tendo por base, além da terapia farmacológica, a psicologia, a educação, a promoção da auto-eficiência e a melhoria da comunicação.^{1,2,4,12,15,21} Neste campo, a terapia cognitiva comportamental tem especial interesse, terapia esta que se trata de um programa educacional estruturado que se foca no ensino de capacidades e procura melhorar a condição do indivíduo perante a doença. Inclui-se o treino de relaxamento, o planeamento de atividades prazerosas, ensino de estratégias de distração, reestruturamento cognitivo, resolução de problemas e estabelecimento de objetivos. Tem mostrado resultados na diminuição da catastrofização e ansiedade, melhoria da qualidade de vida e adequação das estratégias de *coping*.^{3,16,46}

Para que melhor se perceba os efeitos e os limites desta terapia, seria interessante aprofundar conhecimentos acerca do processamento emocional, procurar saber se existirão fatores de manutenção mais difíceis de influenciar que outros e se os traços de personalidade passíveis de mudança são apenas alterados temporariamente ou se, pelo contrário, conseguem alterar a longo prazo os estilos de vida destes indivíduos.²²

O objetivo da terapia deve passar sempre por melhorar a vida destes doentes, o que se torna difícil dada a sua baixa autoestima que está muito dependente das suas conquistas baseadas no seu esforço excessivo de forma atingir os seus objetivos perfeccionistas, o que conduz a explosões de energia quando existe algum alívio sintomático. Tendo em consideração tudo isto, é importante explorar e ensinar a estes indivíduos quais são os limites que devem estabelecer para si mesmos e tentar substituir a sua hiperatividade por algo que lhes permita uma melhor qualidade de vida.²³ O objetivo principal da terapia cognitiva seria interromper o ciclo de pensamento negativo repetitivo e estimular o desenvolvimento de controlo do pensamento que pode ser canalizado em estilos mais adaptativos de lidar com ameaças, erros, incerteza e imperfeição.¹³

Avaliando a personalidade, foi possível chegar à conclusão que baixos níveis de SD se relacionam com a fibromialgia. Neste sentido, a terapia cognitiva comportamental pode ser muito importante para ajudar a redirecionar o pensamento catastrófico e a melhorar o baixo SD, com componentes como o estabelecer objetivos, melhorar comunicação e a

assertividade.⁹ Relativamente ao perfeccionismo, deve procurar melhorar a autoestima e procurar estratégias que permitam ter mais cuidado com as necessidades básicas do corpo, procurar identificar os motivos do pessimismo antecipatório, trabalhar a autocrítica e a tolerância à incerteza.³³

Outra estratégia importante no tratamento destes indivíduos é o exercício aeróbico com resultados que confirmam que o exercício leve a moderado é eficaz nos indivíduos com FM e fortemente recomendado.^{2,4,47}

Conclui-se relativamente à terapêutica que esta deve sobretudo ser individualizada, tendo em atenção as particularidades de cada indivíduo, os seus receios, as suas expectativas e os seus gostos. A avaliação da personalidade é essencial para se poder oferecer a ajuda devida e poder de facto conduzir estes indivíduos a uma melhor qualidade de vida.

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Manuel João Quartilho e à Dra. Susana Renca por toda a disponibilidade e amabilidade.

Referências

1. Ablin JN, Buskila D, Van Houdenhove B, Luyten P, Atzeni F, Sarzi-Puttini P. Is fibromyalgia a discrete entity? *Autoimmun Rev.* 2012;11:585–8.
2. Vural M, Berkol TD, Erdogdu Z, Kucukserat B, Aksoy C. Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls. *Mod Rheumatol.* 2014;24(5):823–8.
3. Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases.* 13.^a ed. Springer; 2008. 87-93 p.
4. Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2015;49:100–51.
5. Jones GT, Atzeni F, Beasley M, Flüß E, Sarzi-Puttini P, Macfarlane GJ. The prevalence of fibromyalgia in the general population – a comparison of the American College of Rheumatology 1990 , 2010 and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheum.* 2014;67(2):568–75.
6. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.* 7.^a ed. Oxford; 2018. 640-644 p.
7. Frølund Pedersen H, Frostholm L, Søndergaard Jensen J, Ørnbøl E, Schröder A. Neuroticism and maladaptive coping in patients with functional somatic syndromes. *Br J Health Psychol.* 2016;21:917–36.
8. Quartilho MJR. *O Processo de Somatização - Conceitos, avaliação e tratamento.* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016. 325-448 p.
9. Naylor B, Boag S, Gustin SM. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scand J Pain.* 2017;17:58–67.
10. Houdenhove B Van, Luyten P. Stress , depression and fibromyalgia. *Acta Neurol Belg.* 2006;106(3):149–56.
11. Fukuda S, Kuratsune H, Tajima S, Takashima S, Yamagutchi K, Nishizawa Y, et al. Premorbid personality in chronic fatigue syndrome as determined by the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry.* 2010;51(1):78–85.
12. Molnar DS, Flett GL, Sadava SW, Colautti J. Perfectionism and health functioning in women with fibromyalgia. *J Psychosom Res.* 2012;73:295–300.

13. Macedo A, Marques M, Pereira AT. Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *Int J Clin Neurosci Ment Heal*. 2014;1–6.
14. Fry PS, Debats DL. Perfectionism and the five-factor personality traits as predictors of mortality in older adults. *J Health Psychol*. 2009;14(4):513–24.
15. Macedo A, Marques M, Pereira A. Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e Psicopatologia. Lisboa: Lidel; 2012.
16. Kempke S, Claes PLS, Bekaert LGP, Wambeke P Van. Self-critical perfectionism and its relationship to fatigue and pain in the daily flow of life in patients with chronic fatigue syndrome. *Psychol Med*. 2013;43:995–1002.
17. Wolfe F, Fitzcharles M, Goldenberg DONL, Katz RL, Mease PJ, Russell AS, et al. Comparison of Physician-Based and Patient-Based Criteria for the Diagnosis of Fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(5):652–9.
18. Malin K, Littlejohn GO. Neuroticism in young women with fibromyalgia links to key clinical features. *Pain Res Treat*. 2011;2012:1–7.
19. Silva JAP Da, Jacobs JWG, Branco JC, Canaipa R, Gaspar MF, Griep EN, et al. Can health care providers recognise a fibromyalgia personality? *Clin Exp Rheumatol*. 2017;43–9.
20. Van Houdenhove B. Fibromyalgia: A challenge for modern medicine. *Clin Rheumatol*. 2003;22(1):1–5.
21. Albrecht PJ, Rice FL. Fibromyalgia syndrome pathology and environmental influences on afflictions with medically unexplained symptoms. *Rev Environ Health*. 2016;31(2):281–94.
22. Houdenhove B van, Luyten P. Customizing Treatment of Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia: The Role of Perpetuating Factors. *Psychosomatics*. 2008;49(6):470–7.
23. Neerinckxb BVHE, Onghenac P, Lysensa R, Vertommenc H. Premorbid «overactive» lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: An etiological factor or proof of good citizenship? *J Psychosom Res*. 2001;51(4):571–6.
24. Grisart J, Scaillet N, Michaux M, Masquelier E, Fantini C, Luminet O. Determinants of representational and behavioral hyperactivity in patients with fibromyalgia syndrome. *J Health Psychol*. 2018;1–10.

25. Castro J, Soares MJ, Pereira AT, Macedo A. Perfectionism and negative/positive affect associations: the role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017;39(2):77–87.
26. Taymur I, Ozdel K, Gundogdu I, Efe C, Tulaci RG, Kervancioglu A. Personality-related core beliefs in patients diagnosed with fibromyalgia plus depression: A comparison with depressed and healthy control groups. *Nord J Psychiatry.* 2015;69(5):386–91.
27. Gencay-Can A, Can SS. Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int.* 2012;32(12):3957–61.
28. Ablin JN, Zohar AH, Zaraya-Blum R, Buskila D. Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ.* 2016;4:e2421.
29. Garcia-Fontanals A, Portell M, García-Blanco S, Poca-Dias V, García-Fructuoso F, López-Ruiz M, et al. Vulnerability to Psychopathology and Dimensions of Personality in Patients with Fibromyalgia. *Clin J Pain.* 2017;991–7.
30. Garcia-fontanals A, Garc S, Portell M, Poca-dias V, Garc F, Opez- ML, et al. Cloninger 's psychobiological model of personality and psychological distress in fibromyalgia. *Int J Rheum Dis.* 2014;1–12.
31. Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V, Romeo A, Colonna F, Fusaro E, et al. Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *J Affect Disord.* 2017;208:87–93.
32. Seto A, Han X, Price LL, Harvey WF, Bannuru RR, Wang C. The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol.* 2018;
33. Bucourt E, Martailé V, Mulleman D, Goupille P, Joncker-Vannier I, Huttenberger B, et al. Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Jt Bone Spine.* 2017;84:203–7.
34. Bartkowska W, Samborski W, Mojs E. Cognitive functions, emotions and personality in woman with fibromyalgia. *J Biol Clin Anthr.* 2018;
35. Torres X, Bailles E, Valdes M, Gutierrez F, Peri JM, Arias A, et al. Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(6):640–8.
36. Leombruni P, Zizzi F, Miniotti M, Colonna F, Castelli L, Fusaro E, et al. Harm Avoidance and Self-Directedness Characterize Fibromyalgic Patients and the Symptom Severity. *Front Psychol.* 2016;7:579.

37. Malin K, Littlejohn GO. Psychological factors mediate key symptoms of fibromyalgia through their influence on stress. *Clin Rheumatol*. 2016;35:2353–7.
38. Lami MJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Guzmán MA. Catastrophizing, Acceptance, and Coping as Mediators Between Pain and Emotional Distress and Disability in Fibromyalgia. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 2018;25(1):80–92. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-018-9543-1>
39. Hallberg LRM, Carlsson SG. Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *Eur J Pain*. 1998;2(4):309–19.
40. van Middendorp H, Kool MB, van Beugen S, Denollet J, Lumley MA, Geenen R. Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;39:66–72.
41. Gumà-urriel L, Peñarrubia-maría MT, Cerdà-lafont M, Cunillera-puertolas O, Almeda-ortega J, Fernández-vergel R, et al. Impact of IPDE-SQ personality disorders on the healthcare and societal costs of fibromyalgia patients : a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2016;17(61):1–10.
42. Flett GL, Hewitt PL. Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on slade and owens's dual process model. *Behav Modif*. 2006;30(4):472–95.
43. Sirois FM. Looking beyond the barriers: Practical and symbolic factors associated with disclosure of complementary and alternative medicine (CAM) use. *Eur J Integr Med*. 2014;6(5):545–51.
44. Randall ET, Smith KR, Kronman CA, Conroy C, Smith AM, Simons LE. Feeling the pressure to be perfect: Impact on pain-related distress and dysfunction in youth with chronic pain. *J Pain*. 2017;
45. Hewitt PL, Flett GL, Sherry SB, Habke M, Parkin M, Lam RW, et al. The Interpersonal Expression of Perfection: Perfectionistic Self-presentation and Psychological Distress. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(6):1303–25.
46. Sirois FM, Molnar DS. Perfectionism and Maladaptive Coping Styles in Patients with Chronic Fatigue Syndrome, Irritable Bowel Syndrome and Fibromyalgia/Arthritis and in Healthy Controls. *Psychother Psychosom*. 2014;83:384–5.
47. Hadler NM. A critical reappraisal of the fibrositis concept. *Am J Med*. 1986;81(3 SUPPL. 1):26–30.

48. R. Alok, S.K. Das, G.G. Agarwa. L. Salwahan, R. Strivastana AA. Practical utility of cognitive behavioural therapy in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2015;33:143.
49. Paolucci T, Vetrano M, Zangrando F, Vulpiani MC. MMPI-2 profiles and illness perception in fibromyalgia syndrome : The role of therapeutic exercise as adapted physical activity. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2015;28:101–9.
50. Amris MURK, Rydahl-Hansen S. How can group-based multidisciplinary rehabilitation for patients with fibromyalgia influence patients' self-efficacy and ability to cope with their illness. A grounded theory approach. *J Clin Nurs.* 2017;26(7–8):931–45.