Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

Personality Traits and Fibromyalgia Syndrome

M. Vesal (MSc)[1], K. Asgari (PhD)[*1], H. Roohafza (MD)[2], P. Adibi (MD)[3]

1.Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, I.R.Iran.
2.Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R.Iran.
3.Gastroenterology and Hepatology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R.Iran.

Article Type

Review Paper

Received:
Dec 17th 2021
Revised:
Mar 16th 2022
Accepted:
Apr 9th 2022

ABSTRACT

Background and Objective: Fibromyalgia syndrome (FMS) is considered as a widespread chronic pain disorder of unknown etiology. Since personality traits can play an important role in the development of FMS, this review article was conducted in order to increase the understanding of personality traits related to FMS.

Methods: This review article was conducted by searching articles based on PRISMA guidelines for studies published from 2000 to September 2021 in authentic databases using the keywords fibromyalgia syndrome, chronic widespread pain, personality, and personality tests. The results of 30 eligible studies aimed at identifying personality traits in patients with FMS were reviewed and summarized.

Findings: According to the theoretical model used, the articles that used the TCI tool reported high traumatic avoidance and low self-regulation. High scores in hypochondriasis, hysteria and depression have been observed using the MMPI questionnaire. Moreover, other studies showed a high score in neuroticism using NEO. In this systematic review, some personality traits related to FMS were identified and explained. In other words, many patients with fibromyalgia show personality traits that are related to the mechanisms involved in FMS.

Conclusion: The findings provide evidence that personality traits can play a key role in the development and persistence of this syndrome. However, studies lack sufficient evidence to support an "FMS personality." The results expand our knowledge about the complex nature of this disorder and facilitate the effective treatment of FMS patients. Overall, these findings support the need for a comprehensive personality model to better understand FMS.

Keywords: *Fibromyalgia Syndrome, Chronic Widespread Pain, Personality, Personality Tests*.

Cite this article: Vesal M, Asgari K, Roohafza H, Adibi P. Personality Traits and Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2022; 24(1): 510-25.

© The Author(S).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

[*]Corresponding Author: K. Asgari (PhD)
Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, I.R.Iran.
Tel: +98 (31) 36683107. **E-mail:** k.asgari@edu.ui.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

ویژگی های شخصیتی و سندرم فیبرومیالژیا

مینا وصال (MSc)[۱]، کریم عسگری (PhD)[۱*]، حمیدرضا روح افزا (MD)[۲]، پیمان ادیبی (MD)[۳]

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲. مرکز تحقیقات بازتوانی قلب، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نوع مقاله
مقاله مروری

دریافت:
۱۴۰۰/۹/۲۶
اصلاح:
۱۴۰۰/۱۲/۲۵
پذیرش:
۱۴۰۱/۱/۲۰

چکیده

سابقه و هدف: سندرم فیبرومیالژیا (Fibromyalgia syndrome= FMS)، به عنوان یک اختلال درد مزمن گسترده با علت ناشناخته در نظر گرفته می شود. از آنجائیکه ویژگی های شخصیتی می توانند نقش مهمی در پیشرفت FMS داشته باشند، لذا این مطالعه مروری به منظور افزایش درک ویژگی های شخصیتی مرتبط با FMS، انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مروری با جستجوی مقالات بر اساس دستورالعمل پریزما (PRISMA) برای مقالات منتشر شده از سال ۲۰۰۰ تا سپتامبر ۲۰۲۱ در پایگاه های معتبر و با استفاده از واژه های کلیدی سندرم فیبرومیالژیا، درد گسترده مزمن، شخصیت و آزمون های شخصیت انجام شد. نتایج ۳۰ مطالعه واجد شرایط با هدف شناسایی ویژگی های شخصیت در بیماران مبتلا به FMS بررسی و خلاصه گردید.

یافته‌ها: با توجه به مدل نظری استفاده شده، مقالاتی که از ابزار TCI استفاده کرده اند، اجتناب آسیب زا بالا و خودگردانی پایین را گزارش کرده اند. نمرات بالا در خود بیمار انگاری، هیستری و افسردگی با استفاده از پرسشنامه MMPI مشاهده شده است. همچنین سایر مطالعات، نمره بالا در روان رنجوری را با استفاده از NEO نشان دادند. در این مرور نظام‌مند، برخی از ویژگی های شخصیت مرتبط با FMS شناسایی و تبیین شدند. به بیان دیگر، بسیاری از بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا ویژگی های شخصیتی را نشان می دهند که با مکانیسم های دخیل در FMS مرتبط هستند.

نتیجه‌گیری: یافته ها، شواهدی را ارائه می کند که ویژگی های شخصیتی می توانند نقش کلیدی در زمینه سازی و تداوم این سندرم داشته باشند. با این حال، مطالعات فاقد شواهد کافی برای حمایت از "شخصیت FMS" است. نتایج، دانش ما را در مورد ماهیت پیچیده این اختلال گسترش می دهد و درمان موثر بیماران FMS را تسهیل می کند. به طور کلی این یافته ها از نیاز به یک مدل جامع شخصیت برای درک بهتر FMS حمایت می کند.

واژه‌های کلیدی: سندرم فیبرومیالژیا، درد گسترده مزمن، شخصیت، آزمون های شخصیت.

استناد: مینا وصال، کریم عسگری، حمیدرضا روح افزا، پیمان ادیبی. ویژگی های شخصیتی و سندرم فیبرومیالژیا. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۴۰۱؛ ۲۴(۱): ۲۵-۵۱۰.

© The Author(S).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه مینا وصال دانشجوی دکتری رشته روانشناسی و طرح تحقیقاتی به شماره ۱۹۸۰۹۲ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر کریم عسگری
آدرس: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی. تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۸۳۱۰۷ رایانامه: k.asgari@edu.ui.ac.ir

مقدمه

سندرم فیبرومیالژیا (Fibromyalgia syndrome= FMS)، به عنوان سومین بیماری شایع اسکلتی- عضلانی (۱)، یک بیماری مزمن و بدون ضایعه زیربنایی با علل ناشناخته است (۴-۲). شیوع این بیماری در جهان ۶-۳٪ تخمین زده شده است (۶و۵) که بیش از ۹۰٪ مبتلایان به آن را زنان تشکیل می دهند (۸و۷). این بیماران علاوه بر درد عضلانی گسترده در نقاط حساس (Tender points)، ممکن است تحمل پایین نسبت به درد، خستگی، مشکلات خواب، اضطراب و افسردگی، خشکی مفاصل، مشکلات توجه و حافظه را نیز تجربه کنند (۱۲-۹). این نشانه ها اغلب در یک چرخه فروکش/عود غیر قابل پیش بینی رخ می دهند که از کیفیت زندگی این بیماران می کاهد (۱۳).

شخصیت، به عنوان مجموعه ای نسبتاً پایدار از الگوهای رفتاری، شناختی و عاطفی تعریف می شود که تعیین کننده واکنش فرد و نحوه سازگاری او با محرک ها، شرایط بیرونی، مشکلات و پریشانی هاست (۱۵و۱۴). شخصیت می تواند به طور قابل توجهی بر چگونگی ارزیابی درد و نحوه واکنش به آن (۱۷و۱۶)، روند سازگاری با یک بیماری مزمن، استفاده از دارو و خدمات پزشکی و تبعیت از نسخه های درمانی تأثیر بگذارد (۱۸). همچنین شخصیت نقش مهمی در علت شناسی بیماری های روان تنی بازی می کند (۱۹). بنابراین، نقش ویژگی های شخصیتی در ایجاد و نگهداری FMS مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. در مدل زیست- روانشناختی که از علل و پاتوژنز FMS ارائه شده است عوامل فیزیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی در مراحل مختلف و به طرق متفاوت در حال تعامل با یکدیگر هستند که نشان می دهد چندین مسیر ممکن است منجر به بیماری و تداوم آن شود. در این چارچوب، FMS می تواند به عنوان مرحله پایانی تجمع عوامل آسیب پذیری بیولوژیکی و روانی- اجتماعی که با گذشت زمان، در تعامل با استرس، به بیماری منجر شده اند، در نظر گرفته شود (۲۱و۲۰). به عنوان یک عامل روانشناختی، شخصیت می تواند نقش زمینه ساز و نگهدارنده را در این بیماری ایفا کند (۲۱).

Malin و همکاران در مقاله مروری خود پروفایل شخصیتی که مختص بیماران فیبرومیالژیا باشد، نیافتند؛ اما معتقدند که بسیاری از بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا ویژگی های شخصیتی را نشان می دهند که با مکانیسم های FMS مرتبط هستند و پاسخ های روان شناختی به موقعیت های استرس زا را تسهیل می کنند (۲۲). Novo و همکارانش در فراتحلیل خود به بررسی ابعاد پرسشنامه MMPI در این بیماران پرداخته و اعلام کردند که MMPI می تواند بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا را از بین داوطلبان سالم تشخیص دهد. همچنین مقیاس های خود بیمار انگاری، افسردگی، هیستری و اسکیزوفرنی بیشترین مقیاس های بالینی گزارش شده در مطالعات بودند (۲۳). مرور نظام‌مند Conversano و همکارانش نشان داد که سطح بالایی از ناگویی هیجانی و تیپ شخصیت نوع D در بیماران FMS گزارش شده است، اما هنگامی که افسردگی کنترل می شود، این نتایج با نتایج گروه کنترل تفاوتی ندارد (۲۴). هیچ یک از این مطالعات به صورت جامع پروفایل شخصیتی را در این بیماران بررسی و تبیین نکرده اند، لذا بررسی های جامع در این حوزه برای شناسایی پاتوژنز روانی FMS لازم است.

در حالی که ویژگی های شخصیتی در تداوم یا پیشرفت بیماری نقش دارند، اما به دلیل پیچیدگی های تحقیق در حوزه شخصیت و همچنین آسیب شناسی بیماری FMS، ارتباط این دو همچنان مبهم و ناشناخته است (۲۲). هدف از این مطالعه، جمع بندی یافته های مربوط به ویژگی های شخصیتی مرتبط با FMS و تبیین چگونگی اثرگذاری ویژگی های شخصیتی در فرآیند این بیماری است. این مرور نظام‌مند، مطالعاتی را که به بررسی ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به FMS پرداخته اند، مورد بحث و بررسی قرار داده و با جمع بندی و تبیین یافته ها، سعی در افزایش دانش فعلی در مورد این اختلال و ماهیت پیچیده آن دارد.

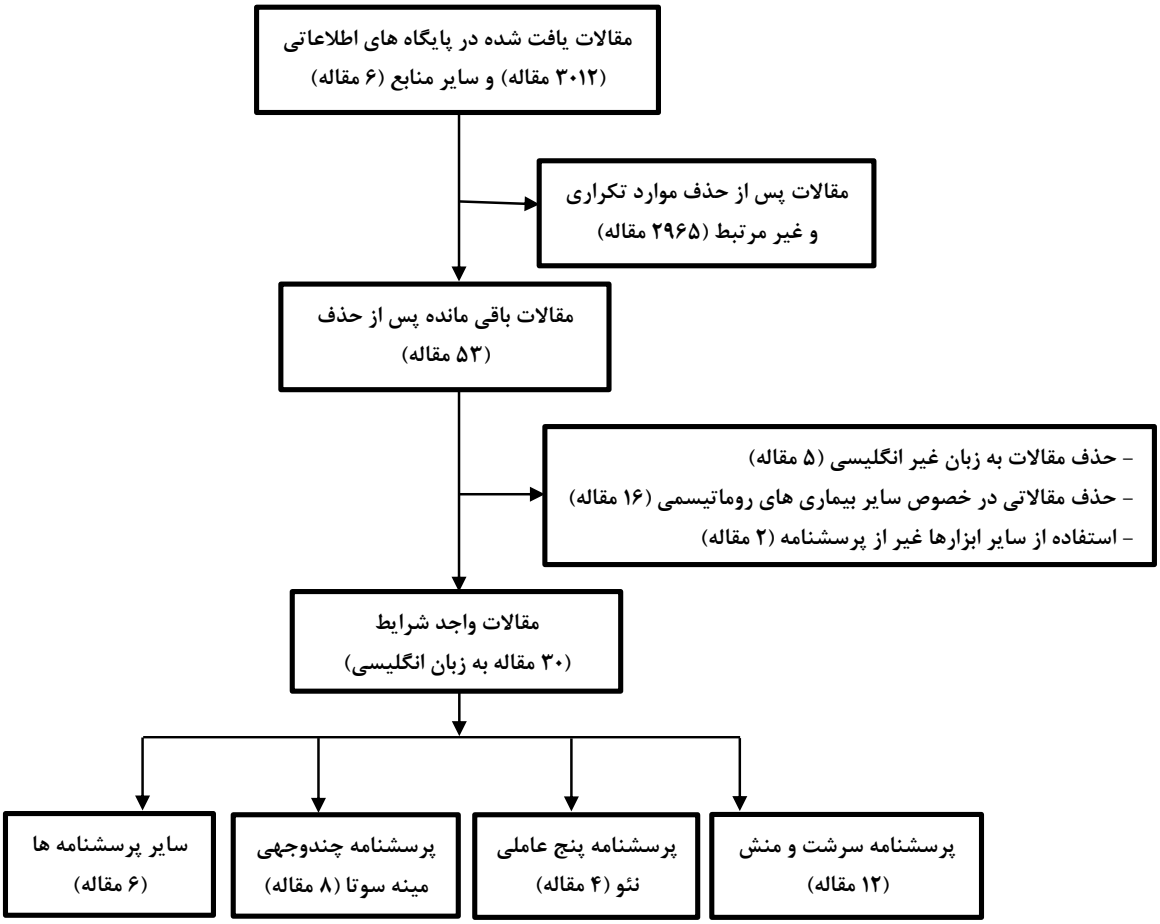
مواد و روش ها

این مطالعه مروری در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اصفهان با کد IR.UI.REC.1400.001 مورد تایید قرار گرفته است. در این مرور نظام‌مند به منظور دستیابی به مستندات و شواهد علمی مرتبط با موضوع مورد مطالعه، جستجو به دو زبان انگلیسی و فارسی در پایگاه های اطلاعاتی انجام شد. بازه زمانی این پژوهش از سال ۲۰۰۰ تا پایان سپتامبر سال ۲۰۲۱ میلادی در نظر گرفته شد. لیست مرجع مقالات بازیابی شده توسط دو نویسنده به طور مستقل جستجو و همه منابع بالقوه به خروجی اضافه شدند. در تمامی مراحل انتخاب مقالات، بر اساس بحث و اظهار نظر با سایر اعضای تیم پژوهش، موارد مورد اختلاف حل شدند. این مقالات با توجه به معیارهای ورود مورد بررسی و سنجش قرار گرفتند (جدول ۱). سپس با استفاده از روش PRISMA، مقالاتی که شرایط لازم را نداشتند، حذف شدند و با توجه به اینکه هیچ مقاله ای به زبان فارسی در این خصوص به دست نیامد، نهایتاً ۳۰ مقاله (به زبان انگلیسی) وارد پژوهش شدند (نمودار ۱).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

جدول ۱. استراتژی جست و جو و انتخاب مقالات

توضیحات	انگلیسی	فارسی
پایگاه های مورد بررسی	PubMed, MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CAMBASE, Social Sciences Citation Index (SSCI), Science Direct, Scopus, the Cochrane Library data bases, Google scholar	SID, Medlib, iranmedex, Iranpsych, Civilica
کلید واژه ها	personality, traits, characteristics, personality profiles, individual differences, Fibromyalgia Syndrome, FMS, widespread chronic pain, chronic diffuse pain, Fibrositis, The Minnesota Multiphasic Personality Inventory, The NEO-Five Factor Inventory, The Temperament and Character Inventory, Cloninger's model, The five-factor model of personality	شخصیت، ویژگی های شخصیتی، پروفایل شخصیتی، تفاوت های فردی، سندرم فیبرومیالژیا، درد گسترده مزمن، درد منشر مزمن، فیبرومیالژی، پرسشنامه شخصیت چند وجهی مینه سوتا، پرسشنامه پنج عاملی نئو، پرسشنامه سرشت و منش، مدل کلونینجر، مدل پنج عاملی شخصیت
معیارهای ورود	مقالاتی که به بررسی شخصیت و ویژگی های شخصیتی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا پرداخته اند، سنجش شخصیت با استفاده از پرسشنامه، گروه سنی بزرگسال (بالای ۱۸ سال)، مقالات پژوهشی، مقالات انگلیسی یا فارسی.	
معیارهای خروج	گروه سنی زیر ۱۸ سال، سنجش شخصیت با استفاده از سایر ابزارها یا مصاحبه، مقالاتی که به بررسی سایر بیماری های روماتولوژی یا درد مزمن پرداخته اند، مقالات غیر از زبان های فارسی و انگلیسی، عدم دسترسی به مقاله کامل.	



نمودار ۱. فرآیند جست و جو و انتخاب مقالات بر اساس نمودار پریزما (PRISMA)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

یافته ها

با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی (جدول ۱)، ۵۳ مقاله استخراج شد که با حذف مقالاتی که شرایط لازم برای ورود به پژوهش را با توجه به ملاک های ورود و خروج نداشتند، نهایتاً ۳۰ پژوهش بررسی شد (نمودار ۱). اطلاعات و نتایج مقالاتی که وارد پژوهش شده اند، در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه یافته های مطالعات انجام شده

ردیف	نویسندگان	محل پژوهش	میانگین سنی	حجم نمونه	جنسیت	نتایج در بیماران FMS	معیار سنجش FMS	ابزار سنجش شخصیت
۱	Trygg و همکاران (۲۵)	بلژیک	۴۶/۲ سال	۶۴ نفر (بیماران FMS و بیماران با درد ناحیه ای)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در مقیاس های خود بیمار انگاری، افسردگی و هیستری	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا (MMPI)
۲	Malt و همکاران (۲۶)	نوروژ	۵۰ سال	۱۰۰ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در روان رنجوری	ACR 1990 criteria	پرسشنامه روان رنجور خویی آیزنک (EPQ-N)
۳	Verdejo-García و همکاران (۱۰)	اسپانیا	۴۵/۸ سال	۷۲ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا	ACR 1990 criteria	پرسشنامه سرشت و منش- تجدید نظر شده (TCI-R)
۴	Lundberg و همکاران (۲۷)	سوئد	۴۱/۲۵ سال	۸۴۳ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا، پشتکار و تعالی خود و نمرات پایین تر در خودگردانی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه سرشت و منش- تجدید نظر شده (TCI-R)
۵	Mazza و همکاران (۲۸)	ایتالیا	۳۶/۳۲ سال	۱۴۰ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۵۹)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا و نمرات پایین تر در خودگردانی	ACR 1990 criteria	پرسش نامه سرشت و منش- تجدید نظر شده (TCI-R)
۶	Johnson و همکاران (۲۹)	آمریکا	۳۴/۲۴ سال	۹۸ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۲۷)	نمرات بالاتر بیماران FMS در مقیاس های خود بیمار انگاری و هیستری	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا- ۲ (MMPI- 2)
۷	Pérez-Pareja و همکاران (۳۰)	اسپانیا	۴۵/۸۱ سال	۱۱۴ نفر (بیماران FMS، بیماران با درد مزمن و گروه کنترل)	زن (٪۸۷/۷)	نمرات بالاتر بیماران FMS در تمام مقیاس های بالینی به جز مقیاس های زنانگی و مردانگی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا- ۲ (MMPI- 2)
۸	Glazer و همکاران (۳۱)	اسرائیل	۴۵/۱۶ سال	۱۸۶ نفر (بیماران FMS ، افرادی که در خویشاوندان خود FMS دارند و کسانی که ندارند)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت سه بعدی (TPQ)
۹	Martínez و همکاران (۳۲)	اسپانیا	۴۶/۵۴ سال	۷۴ نفر (بیماران FMS)	زن (٪۹۴/۵)	نمرات روان رنجورخویی و گشودگی، فاجعه سازی درد پیش بینی می کند. نمرات روان رنجوری، گشودگی و توافق پذیری، اضطراب درد را پیش بینی می کند.	ACR 1990 criteria	پرسشنامه پنج عاملی NEO (NEO-FFI)
۱۰	Santos و همکاران (۳۳)	برزیل	۴۶/۳۳ سال	۶۹ نفر	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا و نمرات پایین تر در همکاری و خودگردانی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

ردیف	نویسندگان	محل پژوهش	میانگین سنی	حجم نمونه	جنسیت	نتایج در بیماران FMS	معیار سنجش FMS	ابزار سنجش شخصیت
۱۱	Gencay-Can و همکاران (۳۴)	ترکیه	۳۵/۳ سال	۹۰ (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا و تعالی خود و نمرات پایین تر در خودگردانی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI)
۱۲	Malin و همکاران (۳۵)	استرالیا	میانگین گزارش نشده (۲۰ تا ۳۵ سال)	۵۶ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در روان رنجوری	ACR 1990 criteria	پرسشنامه پنج بزرگ (BFI)
۱۳	Torres و همکاران (۳۶)	اسپانیا	۴۱/۶ سال	۸۷۴ نفر (بیماران FMS، بیمارانی با تشخیص همزمان FMS و RA، بیماران درد مزمن و بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو)	زن (٪۸۸)	نمرات بالای روان رنجوری و نمرات پایین در برون گرایی در بیماران FMS. دو گروه شناسایی شدند: یک گروه نمرات بالاتر در روان رنجورخویی و نمرات پایین تر در گشودگی، وظیفه شناسی، برون گرایی و وظیفه شناسی گرفتند.	ACR 1990 criteria	پرسشنامه پنج عاملی شخصیت- تجدید نظر شده (NEO- FFI-R)
۱۴	Vural و همکاران (۳۷)	ترکیه	۳۷ سال	۱۳۶ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در مقیاس های هیستری و خود بیمار انگاری	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا (MMPI)
۱۵	Garcia-Fontanals و همکاران (۳۸)	اسپانیا	۴۷/۱ سال	۸۰ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا و نمرات پایین تر در نوجویی و خودگردانی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه سرشت و منش- تجدیدنظر شده (TCI-R)
۱۶	de Tommaso و همکاران (۳۹)	ایتالیا	۴۱/۹ سال	۱۰۲ نفر (بیماران FMS با میگرن بدون اورا، بیمار میگرن بدون اورا و افراد سالم)	زن (٪۶۷)	نمره پایین در برون گرایی در بیماران FMS و نمرات پایین در گشودگی و وظیفه شناسی در بیماران FMS مبتلا به میگرن بدون اورا	گزارش نشده	پرسشنامه پنج بزرگ (BFQ)
۱۷	Gonzalez و همکاران (۴۰)	پرتغال	۴۶/۹۶ سال	۵۰ نفر (بیمار FMS)	زن (٪۱۰۰)	سه زیرگروه شناسایی شدند: گروه اول در زیرمقیاس های خودبیمارانگاری، هیستری و افسردگی نمرات بالای ۶۵ گرفتند. گروه دوم در اکثر مقیاس های بالینی نمرات بالای ۶۵ گرفتند (به جز زنانگی/مردانگی، درون گرایی اجتماعی و هیپومانیا). پروفایل گروه سوم نرمال بود.	گزارش نشده	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا- ۲ (MMPI- 2)
۱۸	Montoro و همکاران (۱۸)	اسپانیا	۵۰/۷۷ سال	۱۵۷ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۹۶)	نمرات بالاتر بیماران FMS در روان رنجور خویی و روان پریشی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت آیزنک- تجدید نظر شده- خلاصه شده (EPQR-A)
۱۹	Ablin و همکاران (۴۱)	اسرائیل	۴۱/۷۴ سال	۲۰۴ نفر (بیماران مبتلا به FMS و CFS در یک گروه)	زن (٪۸۹/۸)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا و نمرات پایین تر در پایداری، وابستگی به پاداش، همکاری و خودگردانی	ACR 2010 criteria	پرسشنامه سرشت و منش- تجدیدنظر شده (TCI-R)
۲۰	Leombruni و همکاران (۴۲)	ایتالیا	۵۲/۰۴ سال	۱۷۰ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	تفاوت معنی دار بیماران FMS در مقیاس های اجتناب آسیب زا، نوجویی و خودگردانی	ACR 2010 criteria	پرسشنامه سرشت و منش- تجدید نظر شده (TCI-R)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

ردیف	نویسندگان	محل پژوهش	میانگین سنی	حجم نمونه	جنسیت	نتایج در بیماران FMS	معیار سنجش FMS	ابزار سنجش شخصیت
۲۱	Chang و همکاران (۴۳)	تایوان	۵۲/۰۷ سال	۲۳۰ نفر (بیماران FMS و بیماران با درد ناحیه ای مزمن (chronic regional pain)، گروه کنترل)	زن (٪۶۴/۳)	نمرات بالاتر بیماران FMS و درد ناحیه ای مزمن در مقیاس روان رنجوری و نمرات پایین تر در برون گرایی در مقایسه با گروه کنترل	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت آیزنک (EPI)
۲۲	Garcia-Fontanals و همکاران (۴۴)	اسپانیا	۴۷/۱ سال	۸۰ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا	ACR 1990 criteria	پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI)
۲۳	Bucourt و همکاران (۳)	فرانسه	۴۷/۱۸ سال	۱۶۳ نفر	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در روان رنجوری، توافق پذیری و گشودگی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه پنج بزرگ (BFI)
۲۴	Dogru و همکاران (۴۵)	ترکیه	۴۱/۲ سال	۱۵۵ (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا و عدم معنی داری آماری نمرات خودگردانی	ACR 2010 criteria	پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI)
۲۵	Balbaloglu و همکاران (۴۶)	ترکیه	۴۰/۶ سال	۱۵۴ (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪ ۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در اجتناب آسیب زا و نمرات پایین تر خودگردانی	ACR 1990 criteria	پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI)
۲۶	Bartkowska و همکاران (۴۷)	هلند	گزارش نشده	۶۰ نفر (بیماران FMS و گروه کنترل)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در توافق پذیری و وظیفه شناسی	ACR 2010 criteria (2016 Revisions)	پرسشنامه پنج عاملی شخصیت (NEO-FFI)
۲۷	Gonzalez و همکاران (۴۸)	پرتغال	۴۵/۹۵ سال	۵۶ نفر	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در افسردگی، هیستری، اسکیزوفرنی، ضعف روانی و خودبیمارانگاری. دو زیرگروه از بیماران FMS شناسایی شدند. در یکی از زیرگروها ها، افزایش معنی دار بالینی در مقیاس های درون گرایی و هیجان منفی مشاهده شد.	گزارش نشده	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا (PSY-5 MMPI-2)
۲۸	Gonzalez و همکاران (۴۹)	پرتغال	۴۶/۳ سال	۷۰ نفر (بیماران FMS و بیماران RA)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالاتر بیماران FMS در مقیاس های افسردگی، هیستری، اسکیزوفرنی و خود بیمار انگاری	گزارش نشده	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا- ۲ (MMPI- 2)
۲۹	Seto و همکاران (۱۵)	آمریکا	۵۲ سال	۹۲ نفر	زن (٪۹۵)	نمرات بالاتر بیماران FMS در مقیاس روان رنجوری	ACR 1990 criteria and ACR 2010 criteria	پرسشنامه پنج عاملی شخصیت- ۳ (NEO-FFI-3)
۳۰	Berkol و همکاران (۵۰)	ترکیه	۳۴/۳۸ سال	۲۴ نفر (بیمار FMS)	زن (٪۱۰۰)	نمرات بالای بیماران FMS (نمرات بالای ۷۰) در هیستری	ACR 1990 criteria	پرسشنامه شخصیت مینه سوتا (MMPI)

MMPI= The Minnesota Multiphasic Personality Inventory, EPQ-N= The neuroticism scale of the Eysenck Personality Questionnaire, TCI-R= The Temperament and Character Inventory-Revised, TPQ= The Tridimensional Personality Questionnaire, NEO-FFI= The NEO Five-Factor Inventory, BFI= The Big Five Inventory, EPQR-A= The Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated, EPI= Eysenck Personality Inventory.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

در ذیل، پرسشنامه های شخصیت و ملاک های تشخیصی مورد استفاده در مقالات بررسی شده اند:

پرسشنامه های استفاده شده در تحقیقات: در مقالات مورد بررسی، پرسشنامه های سرشت و منش (TCI) (۱۲ مقاله)، شخصیت چند وجهی مینه سوتا (MMPI) (۸ مقاله) و پنج عاملی (NEO) (۴ مقاله) بیشتر از سایر پرسشنامه ها مورد استفاده قرار گرفته اند که در ذیل به طور خلاصه معرفی می شوند:

پرسشنامه سرشت و منش (TCI): بیان می کند ساختار علی شخصیت بر اساس مکانیسم های بیولوژیک و تأثیرات محیطی است (۵۱). در این پرسشنامه، سرشت به عنوان هسته عاطفی شخصیت، قابل توارث بوده و در طول زندگی نسبتاً پایدار است و دارای پنج بُعد است (۲۷). منش، هسته شناختی شخصیت، تحت تأثیر یادگیری است و تا اواخر بزرگسالی به پختگی می رسد و سه بُعد را در بر می گیرد (۲۷).

پرسشنامه شخصیت چند وجهی مینه سوتا (MMPI): به طور گسترده ای در زمینه های بهداشتی و بیماری های مزمن و همچنین بیماران FMS استفاده شده است (۴۹) که شامل ۵۶۶ سوال صحیح/غلط است که با استفاده از ۱۰ مقیاس شخصیتی و ۳ مقیاس اعتبارسنجی به بررسی شخصیت می پردازد (۳۷).

پرسشنامه پنج عاملی شخصیت (NEO-FFI): پنج ویژگی بزرگ شخصیتی را با استفاده از ۶۰ سوال ارزیابی می کند (۱۵). نظریه شخصیت پنج بزرگ، یک مدل کاملاً شناخته شده در توصیف پنج ویژگی شخصیتی است که در طول زندگی بزرگسالان پایدار در نظر گرفته می شوند: توافق پذیری، وظیفه شناسی، برون گرایی، روان رنجوری و گشودگی (۵۲).

ملاک های تشخیصی در فیبرومیالژیا: در سال ۱۹۹۰ کالج روماتولوژی آمریکا (The American College of Rheumatology= ACR) معیارهای تشخیصی گسترده ای را شرح داد (۵۳). این معیارها، FMS را با وجود درد گسترده برای مدت حداقل سه ماه و حساسیت در بیش از ۱۱ نقطه آناتومیکی خاص از ۱۸ نقطه (زمانی که فشار ۴ کیلوگرم/سانتی متر اعمال می شود)، تعریف می کنند (۵۴و۲۳). در سال ۲۰۱۰، ACR "معیارهای تشخیصی مقدماتی فیبرومیالژیا و اندازه گیری شدت علائم" را به عنوان یک روش جایگزین برای تشخیص تایید کرد (۵۵). این معیارها شامل درد در ۷ منطقه از مناطق ۱۸گانه می شود. همچنین در این مقیاس علائم شناختی، خستگی و اختلالات خواب به صورت دشواری در هر یک نمره گذاری می شوند (۵۴و۲۴). از مقالات مورد بررسی در این پژوهش، بیست و یک مقاله از معیارهای ACR 1990 استفاده کرده اند، در پنج مقاله از معیار ACR 2010 استفاده شده و چهار مقاله معیارهای خود را گزارش نکرده اند.

در جمع بندی تحقیقات مورد بررسی در این مقاله مشخص گردید که برخی از ویژگی های شخصیتی در بیماران مبتلا به FMS شایع است. نمرات بالا در اجتناب آسیب زا و نمرات پایین در خودگردانی توسط TCI و روان رنجوری بالا به وسیله NEO نشان داده شده است. همچنین ویژگی های شایع گزارش شده با استفاده از MMPI شامل خود بیمار انگاری، هیستری و افسردگی بالاست. در ذیل به توضیح مکانیسم عمل هر یک از این ویژگی های شخصیتی در فرآیند بیماری FMS اشاره می شود:

اجتناب آسیب زا (harm avoidance) و خودگردانی (self-directedness): اجتناب آسیب زا، یک ویژگی خلقی ارثی که تمایل فرد برای مهار رفتارهای مبتنی بر نگرانی بدبینانه یا اجتناب از تنبیه را نشان می دهد (۵۶). نمره بالا در اجتناب آسیب زا، به تمایل به ترس، بدبینی، حساس بودن به انتقاد و نیاز به اطمینان خاطر بالا اشاره دارد (۵۱). افراد با نمره اجتناب آسیب زا بالا حتی در شرایط حمایتی، آسیب را پیش بینی می کنند (۵۷) و به راحتی پاسخ های اجتنابی شرطی به محرک های آزاردهنده را کسب می کنند، بنابراین مستعد ترس هستند (۵۸)، لذا می توان آن را به عنوان یک بُعد شخصیتی که زمینه ساز رفتار ترس- اجتناب است، در نظر گرفت (۵۹). مدل های معاصر ترس و اجتناب از درد مزمن اسکلتی- عضلانی، ترس و اجتناب ناشی از درد را به عنوان عوامل اصلی انتقال از درد حاد به درد مزمن مطرح می کنند. پس از گذشت مرحله حاد درد، برخی از بیماران تمایل دارند تا درد خود را به روشی ناکارآمد ارزیابی کنند، این افراد درد را تهدید آمیز و تا حدی فاجعه آمیز توصیف می کنند و نسبت به احساسات بدنی خود گوش به زنگ هستند. از نظر آنان درد یک احساس جسمانی به معنای آسیب همراه با پیش بینی ناتوانی است. در نتیجه، این انتظار اشتباه که درد به دنبال مواجهه با آن افزایش می یابد، بیماران برای کاهش ترس درگیر رفتارهای ترس- اجتناب می شوند. بنابراین، بیماران تمایلی به انجام فعالیت های روزمره که ممکن است با خطر ایجاد درد همراه باشد، ندارند. چنین رفتارهای اجتنابی به نوبه خود برداشت های فاجعه بار از درد را تأیید می کند و موجب ماندگاری درد، ترس مرتبط با درد و رفتارهای اجتنابی ناسازگارانه می شود. پس از آن، یک حلقه بی پایان از ترس و اجتناب با تعامل بین باورهای ترس- اجتناب و ناتوانی آغاز می شود (۴۰-۳۸و۳۴).

از افراد با خودگردانی پایین می توان به عنوان سرزنشگر، مخرب، شکننده و فاقد منبع کنترل داخلی نام برد که مانع تعیین و رسیدن به اهداف معنی دار می شوند که با انگیزه کم و مشکل در کنار آمدن سازگارانه بروز می کند. همچنین آنها خودکارآمدی پایینی دارند بنابراین نمی توانند در موقعیت های استرس‌زا به حل مساله بپردازند (۵۶و۵۱). به همین دلیل، افراد مبتلا به FMS که نمره کمتری در خودگردانی دارند، ممکن است در مدیریت موقعیت های دشوار، توقف

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

نشخوار فکری، غلبه بر موانع و انجام رفتارهای مقابله ای فعال‌تر با دشواری مواجه باشند. در مجموع، اجتناب آسیب زا بالا و خودگردانی پایین یک آسیب پذیری شخصیتی را نشان می دهد که به طور قابل توجهی منجر به ناتوانی بیمار در مقابله با موقعیت های استرس زا، مانند بیماری مزمن می‌شود (۶۰و۴۲و۳۸).

روان رنجوری (Neuroticism): این ویژگی شخصیتی در مدل سه عاملی آیزنک و مدل پنج عاملی مک‌کرا و کاستا گنجانده شده است (۶۱). روان رنجوری به عنوان تمایل به تجربه احساسات منفی مکرر و شدید در پاسخ به منابع مختلف استرس تعریف شده است (۶۲) روان رنجوری، با کاهش خودکارآمدی، خودآگاهی و حمایت اجتماعی، آسیب پذیری در برابر بیماری های روحی و جسمی را افزایش می دهد، زیرا افرادی که روان رنجوری بالاتری دارند، توانایی کمتری در تخفیف و تسکین وقایع و تجربیات مشکل ساز دارند (۶۴و۶۳). همچنین روان رنجوری با شیوه مقابله منفعلانه با درد، شدت درد ادراک شده بالاتر و افزایش واکنش به درد همراه است (۶۵و۱۸). شواهد حاکی از آن است که روان رنجوری می تواند بر چگونگی پردازش شناختی معنای درد در زندگی افراد و میزان رنج آنان اثر بگذارد (۶۶).

برخی محققان بر این باورند که که چند مسیر وجود دارد که از طریق آنها روان رنجوری ممکن است در خطر بیشتر ابتلا به درد مداوم و مزمن نقش داشته باشد: اولین مسیر می تواند از طریق افزایش حساسیت به درد باشد. افراد حتی هنگام ثابت نگه داشتن محرک، برداشت های مختلف از درد را گزارش می کنند، افراد با روان رنجوری بالا حساسیت بیشتری نسبت به درد دارند که آنها را در برابر درد آسیب پذیرتر کند (۶۷). در مسیر دوم، شخصیت روان رنجور از طریق رفتارهای مرتبط با سلامتی، می تواند با درد همراه باشد. شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می دهد روان رنجوری با رفتارهای خطرناک سلامتی (مانند کمبود فعالیت بدنی و استعمال دخانیات) مرتبط است که خطر درد را افزایش می دهد (۶۹-۶۷). در مسیر سوم، روان رنجوری از طریق ارتباط با خلق، با احتمال تجربه درد بیشتر مرتبط است. به طوری که خلق منفی، افزایش درد را با گذشت زمان در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش بینی می کند و روان رنجوری یکی از ویژگی های هیجانی است که ارتباط قوی با خلق منفی دارد است (۶۷). همچنین ممکن است روان رنجوری به دلیل پایه ژنتیکی مشترک، با افسردگی همراه باشد (۶۵) و یا مکانیسم های روانشناختی بالقوه ای که در تأثیر روان رنجوری بر افسردگی پیشنهاد شده اند (مانند انعطاف پذیری روانشناختی، تنظیم هیجانی و نشخوار فکری)، در این بین نقش موثری ایفا کنند (۷۲-۷۰). در مسیر چهارم روی ارتباط روان رنجوری و مولفه های مدل ترس- اجتناب در درد مزمن تمرکز شده است. این مدل نشان می دهد که آسیب پذیری های شخصیتی ممکن است باعث شود افراد خاصی بیشتر در معرض خطر تهدید قرار بگیرند، بنابراین نتیجه آن ترس، اجتناب و ناتوانی بیشتر مرتبط با درد فاجعه سازی درد و ترس از آسیب دیدگی مجدد در اثر حرکت است (۷۳و۶۵و۵۱).

شواهد زیادی وجود دارد که روان رنجوری بالاتر با کاهش خودکارآمدی، خودآگاهی و حمایت اجتماعی، شدت علائم بیماری فیبرومیالژیا، اضطراب، افسردگی، استرس (۱۵)، سطح بالایی از درد مزمن و فاجعه سازی درد در بیماران فیبرومیالژیا (۳۲و۳)، رنج مربوط به درد، حساسیت به درد و درد نوروپاتیک (۷۴) همراه است. هنگامی که سطح روان رنجوری به طور قراردادی در سطح پایین، متوسط و بالا طبقه بندی شدند، به طور کلی بین سطح روان رنجوری متوسط و بالا با علائم FMS ارتباط معنی داری نسبت به سطوح پایین وجود داشت (۳۵).

هیستری (Hypochondriasis)، خودبیمارانگاری (Hysteria) و افسردگی (Depression): تحقیقات نشان داده است که گروه FMS نسبت به سایر گروه های درد مزمن در حداقل چهار مقیاس بالینی در پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI) نمرات بالاتری می گیرند (۲۵). ارزیابی ویژگی های شخصیتی بیماران FMS با استفاده از MMPI، افزایش پارامترهای خود بیمار انگاری، افسردگی و هیستری را نشان داده است. افراد با نمرات بالا در هیستری، از سرکوب و انکار برای مدیریت تعارض استفاده می کنند و تمایل به ایجاد علائم جسمی در صورت استرس شدید دارند (۲۵). افرادی که در خود بیمار انگاری نمرات بالایی می گیرند، شکایات جسمی مبهم زیادی دارند و به عنوان ناراضی، شاکی و به دنبال توجه توصیف می شوند (۲۵). علاوه بر این، افزایش در مقیاس خود بیمار انگاری و هیستری معمولاً نشان دهنده تنش، محدودیت هیجانی و پریشانی جسمی عمومی است که به طور معمول در بیماران درد مزمن مشاهده می شود (۳۰). پارامتر افسردگی، ناراحتی، رنج و نارضایتی از وضعیت زندگی فردی، نگرانی، بی علاقگی و بی حالی، کمبود علاقه و عزت نفس پایین را نشان می دهد و منعکس کننده وجود علائم افسردگی جسمانی شده، ملال، پریشانی، ناراحتی جسمی و علائم نباتی است (۳۰). چنانچه در پروفایل MMPI نمره افسردگی کمی کمتر از خود بیمار انگاری و هیستری باشد، یک الگوی بصری "V" شکل که به عنوان الگوی تبدیل V (conversion V) یا مثلث روان رنجوری (the neurotic triad) نام گذاری شده است، نمایان می شود (۳۰). این نتایج به عنوان پشتیبانی از فرمول بندی روان پویایی درد تفسیر شده است که به موجب آن افراد افسرده، قادر به ابراز احساسات خود نیستند، بنابراین، آنها را به علائم جسمی تبدیل می کنند (۷۶و۷۵). البته این سوال که آیا الگوی شخصیت "تبدیل V" در MMPI در همه بیماران با درد مزمن معمول است یا گروه های فرعی از تیپ شخصیتی وجود دارد، همچنان مطرح است؛ به نظر می رسد که بیش از یک تیپ شخصیتی در بیمارانی که از درد مزمن رنج می برند، وجود دارد (۵۱).

نکته قابل توجه دیگر آن است که بیماران FMS در مقیاس های اعتبارسنجی F، Fb و F(p) نیز نمرات بالایی می گیرند، نمرات بالای مقیاس F می تواند ناشی از الگوهای ناسازگار، وجود آسیب شناسی روانی واقعی یا تمارض باشد. نمره خام F بیماران فیبرومیالژیا در حدی است که نشان می دهد آنها احتمالاً با گزارش بیش از حد یا اغراق علائم به پرسشنامه پاسخ می دهند، اگرچه هیچ داده اضافی (اینکه بیماران درگیر دادرسی هستند یا به دنبال جبران

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

از کارافتادگی و ... هستند) برای در نظر گرفتن سوگیری های احتمالی وجود ندارد (بیماران با سوگیری احتمالی از نمونه خارج شده اند). مقیاس Fb باید در جهتی مشابه مقیاس F تفسیر شود و اغراق در آسیب شناسی روانی یا تمارض فقط هنگامی که F و Fb هر دو بالا باشند، قابل تفسیر است. شاخص F(p) به عنوان یک اعتبار اضافی برای تشخیص دقیق پاسخ های گزارش دادن بیش از حد یا تمارض طراحی شده است. در مجموع به نظر می رسد که در میان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا دو سبک مختلف پاسخ وجود دارد: الف) سبک پاسخ دهی اغراق آمیز و ب) یک سبک پاسخ احتمالی وانمود کردن یا تمارض. در همین راستا، F(p) با دامنه بالا احتمالاً مربوط به افرادی است که به جای پاداش اقتصادی، به دنبال دریافت تقویت و حمایت اجتماعی/خانوادگی برای حفظ نقش مزمن بیمار، رفتارهای درد مزمن و پرهیز از فعالیت ها و وظایف روزمره هستند (۳۰). با این وجود برخی از نویسندگان، خطر تمارض را به دلیل این که بیماری FMS فاقد هرگونه پایه عضوی است که اندازه گیری درد و ناتوانی را دشوار می سازد، گوشزد می کنند (۳۷و۳۰). به نظر می رسد که ویژگی اصلی در تمایز بیماران فیبرومیالژیا از سایر بیماران مبتلا به درد ممکن است در مقیاس های اعتبارسنجی، به ویژه مقیاس های F، Fb و F(p) باشد، نکته ای که در ادبیات پژوهشی توجه کمی به آن شده است (۳۰).

از سوی دیگر، برخی از تحقیقات حاکی از آن است که بیماران مبتلا به FMS گروهی همگن نیستند و شناسایی زیرگروه های مختلف با ویژگی های بالینی متفاوت، در بیماری FMS، می تواند به توصیف بهتر فیبرومیالژیا کمک کند و درمان این بیماری برای هر زیرگروه مناسب سازی شود (۳۶و۱). در مجموع، انجام تحقیقات بیشتر در این خصوص و شناسایی زیرگروه ها می تواند در روند درمان حائز اهمیت باشد. در حال حاضر تنها پنج مقاله به وجود زیرگروه ها اشاره کرده اند (۷۷و۴۹و۴۲و۳۶و۲۷).

بحث و نتیجه گیری

در مجموع، با توجه به یافته های این مرور نظام‌مند مشخص گردید که برخی ویژگی های شخصیتی در بیماران مبتلا به FMS دیده می شود، البته شواهد برای نتیجه گیری در این خصوص که "پروفایل شخصیتی خاصی در بیماران FMS وجود دارد یا خیر"، ناکافی است. به طور خلاصه، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد بین ویژگی های شخصیتی و FMS رابطه وجود دارد. افراد مبتلا ممکن است نسبت به افراد سالم سطوح نسبتاً بالاتر یا پایین تری از برخی ویژگی های شخصیتی را نشان دهند. همچنان که اشاره شد، برخی از تحقیقات به وجود زیرگروه هایی از این بیماران اشاره کرده اند که این فرض را ایجاد می کند که این دسته از بیماران یک گروه ناهمگن از نظر شخصیت و نیم رخ روانشناختی هستند.

ویژگی های شخصیتی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است، اما ادبیات مربوط به این موضوع نتایج متفاوتی را ارائه می دهند. تفاوت های موجود در تحقیقات می تواند چندین دلیل داشته باشد: اول این که استفاده از مدل های مختلف شخصیتی برای سنجش و تبیین یافته ها می تواند موجب تفاوت در نتایج شوند (۳۵و۲۴). دوم، تفاوت در جمعیت بیمار مورد مطالعه ممکن است به این تفاوت در پروفایل شخصیتی بیماران کمک کند (۲۸). سوم، اینکه در بیشتر نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی، متغیرهای تعدیل کننده مهم در حوزه بیماری FMS (مانند سطح درد و خُلق) در نظر گرفته نشده اند (۵۲). همچنین باید توجه داشت که عوامل مثبت روانشناختی همچون خوش بینی، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و ... نقش مهمی در سازگاری و کاهش شدت علائم دارند (۷۸و۱۸)، در حالی که توجه کمی به این عوامل شده است. لذا در جمع بندی نتایج باید این نکات را مد نظر قرار داد.

از محدودیت های این پژوهش می توان به برخی معیارهای ورود مانند معیار زبان (فارسی و انگلیسی) و بازه زمانی (۲۰۲۱-۲۰۰۰) اشاره کرد. علاوه بر این، بیشتر مطالعات شامل شرکت کنندگان زن بودند و بنابراین هیچ تفاوت جنسیتی کنترل نشده است. هر چند ۹۰٪ مبتلایان به این بیماری زن هستند، اما در تحقیقات آینده، توجه به تفاوت جنسیتی می تواند مفید باشد. همچنین برای بررسی شخصیت از پرسشنامه استفاده شده که باید توجه داشت محدودیت هایی در مقیاس های سنجش شخصیت همچون طول پرسشنامه، سوگیری، مسائل بین فرهنگی و ملاحظات زبان وجود دارد (۲۲). از سوی دیگر باید توجه داشت که مطالعات مورد بررسی در این مقاله به صورت مقطعی انجام شده اند. بنابراین، استفاده از یک مدل جامع از شخصیت، انجام مطالعات طولی و با شرایط کنترل شده برای درک بهتر ویژگی های شخصیتی خاص مرتبط با فیبرومیالژیا مورد نیاز است.

به طور کلی، این که چه ابعاد شخصیتی به عنوان یکی از ویژگی های روانشناختی مهم، می تواند بر وضعیت بالینی و پاسخ درمانی بیماران FMS تأثیر مثبت یا منفی بگذارد، دانش فعلی را در مورد این اختلال و ماهیت پیچیده آن افزایش می دهد. این پژوهش پیشنهاد می کند که باید در بررسی شخصیت بیماران FMS نگاهی جامع به شخصیت وجود داشته باشد، روابط بین ویژگی های مختلف شخصیت بررسی شود و تنها به ابعاد خاصی از آن بسنده نشود. لذا بررسی های بیشتر در این حوزه ضروری است.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص این پژوهش نداشتند.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه اصفهان، معاونت تحقیقات و فناوری و مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به جهت حمایت های مالی و معنوی از این تحقیق، قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

References

1.Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. Nat Rev Rheumatol. 2020;16(11):645-60.

2.Grayston R, Czanner G, Elhadd K, Goebel A, Frank B, Üçeyler N, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of small fiber pathology in fibromyalgia: Implications for a new paradigm in fibromyalgia etiopathogenesis. Semin Arthritis Rheum. 2019;48(5):933-40.

3.Bucourt E, Martaillé 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. Joint Bone Spine. 2017;84(2):203-7.

4.Vural M, Berkol TD, Erdogdu Z, Pekedis K, Kuçukserat B, Aksoy C. Evaluation of the effectiveness of an aerobic exercise program and the personality characteristics of patients with fibromyalgia syndrome: a pilot study. J Phys Ther Sci. 2014;26(10):1561-5.

5.Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(5):777-85.

6.Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, Clauw DJ, Whipple MO, Oh TH, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(5):786-92.

7.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.

8.Schaefer C, Mann R, Masters ET, Cappelleri JC, Daniel SR, Zlateva G, et al. The comparative burden of chronic widespread pain and fibromyalgia in the United States. Pain Pract. 2016;16(5):565-79.

9.Padín Galea JM, Fernández-Aceñero MJ, de la Fuente JLM. Characteristics of patients with fibromyalgia. Foot (Edinb). 2017 Aug;32:27-9.

10.Verdejo-García A, López-Torrecillas F, Calandre EP, Delgado-Rodríguez A, Bechara A .Executive function and decision-making in women with fibromyalgia. Arch Clin Neuropsychol. 2009;24(1):113-22.

11.Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. Med Clin (Barc). 2017;149(10):441-8.

12.Bell T, Trost Z, Buelow MT, Clay O, Younger J, Moore D, et al. Meta-analysis of cognitive performance in fibromyalgia. J Clin Exp Neuropsychol. 2018;40(7):698-714.

13.Simister HD, Tkachuk GA, Shay BL, Vincent N, Pear JJ, Skrabek RQ .Randomized Controlled Trial of Online Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia. J Pain. 2018;19(7):741-53.

14.Da Silva JA, Jacobs JW, Branco JC, Canaipa R, Gaspar MF, Griep EN, et al. Can health care providers recognise a fibromyalgia personality?. Clin Exp Rheumatol. 2017;35(3 Suppl 105):S43-S9.

15.Seto A, Han X, Price LL, Harvey WF, Bannuru RR, Wang C. The role of personality in patients with fibromyalgia. Clin Rheumatol. 2019;38(1):149-57.

16.Esteve R, Ramírez-Maestre C, López-Martínez AE .Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. Ann Behav Med. 2007;33(2):179-88.

17.Ramírez-Maestre C, López Martínez AE, Zarazaga RE. Personality characteristics as differential variables of the pain experience. J Behav Med. 2004;27(2):147-65.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

18.Montoro CI, del Paso GAR. Personality and fibromyalgia: Relationships with clinical, emotional, and functional variables. Pers Individ Dif. 2015;85:236-44.
19.Condén E, Leppert J, Ekselius L, Åslund C. Type D personality is a risk factor for psychosomatic symptoms and musculoskeletal pain among adolescents: a cross-sectional study of a large population-based cohort of Swedish adolescents. BMC Pediatr. 2013;13:11.
20.Eich W, Hartmann M, Müller A, Fischer H. The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. Scand J Rheumatol Suppl. 2000;113:30-1.
21.Van Houdenhove B, Kempke S, Luyten P. Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. Curr Psychiatry Rep. 2010;12(3):208-14.
22.Malin K, Littlejohn GO. Personality and fibromyalgia syndrome. Open Rheumatol J. 2012;6:273-85.
23.Novo R, Gonzalez B, Peres R, Aguiar P. A meta-analysis of studies with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in fibromyalgia patients. Pers Individ Dif. 2017;116:96-108.
24.Conversano C, Marchi L, Ciacchini R, Carmassi C, Contena B, Bazzichi LM, et al. Personality traits in fibromyalgia (FM): does FM personality exists? A systematic review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2018;14:223-32.
25.Trygg T, Lundberg G, Rosenlund E, Timpka T, Gerdle B. Personality characteristics of women with fibromyalgia and of women with chronic neck, shoulder ,or low back complaints in terms of Minnesota Multiphasic Personality Inventory and Defense Mechanism Technique modified. J Musculoskelet Pain. 2002;10(3):33-55.
26.Malt EA, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. BMC Musculoskelet Disord. 2002;3:12.
27.Lundberg G, Anderberg UM, Gerdle B. Personality features in female fibromyalgia syndrome. J Musculoskelet Pain. 2009;17(2):117-30.
28.Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, Vicini M, et al. What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia?. Compr Psychiatry. 2009;50(3):240-4.
29.Johnson AL, Storzbach D, Binder LM, Barkhuizen A, Kent Anger W, Salinsky MC, et al. MMPI-2 profiles: fibromyalgia patients compared to epileptic and non-epileptic seizure patients. Clin Neuropsychol. 2010;24(2):220-34.
30.Pérez-Pareja J, Sesé A, González-Ordi H, Palmer A. Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)?. Int J Clin Health Psychol. 2010;10(1):41-56.
31.Glazer Y, Buskila D, Cohen H, Ebstein RP, Neumann L. Differences in the personality profile of fibromyalgia patients and their relatives with and without fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2010;28(6 Suppl 63):S27-32.
32.Martínez MP, Sánchez AI, Miró E, Medina A, Lami MJ. The relationship between the fear-avoidance model of pain and personality traits in fibromyalgia patients. J Clin Psychol Med Settings. 2011;18(4):380-91.
33.Santos Dde M, Lage LV, Jabur EK, Kaziyama HH, Iosifescu DV, Lucia MC, et al. The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia. Clinics (Sao Paulo). 2011;66(6):973-8.
34.Gencay-Can A, Can SS. Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. Rheumatol Int. 2012;32(12):3957-61.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

35.Malin K, Littlejohn GO. Neuroticism in young women with fibromyalgia links to key clinical features. Pain Res Treat. 2012;2012:730741.
36.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.
37.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.
38.Garcia-Fontanals A, García-Blanco S, Portell M, Pujol J, Poca-Dias V, García-Fructuoso F, et al. Cloninger's psychobiological model of personality and psychological distress in fibromyalgia. Int J Rheum Dis. 2016;19(9):852-63.
39.de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. Compr Psychiatry. 2014;55(1):80-6.
40.Gonzalez B, Baptista TM, Branco JC, Novo RF. Fibromyalgia characterization in a psychosocial approach. Psychol Health Med. 2015;20(3):363-8.
41.Ablin JN, Zohar AH, Zaraya-Blum R, Buskila D. Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. PeerJ. 2016;4:e2421.
42.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.
43.Chang MC, Chen PF, Lung FW. Personality disparity in chronic regional and widespread pain. Psychiatry Res. 2017;254:284-9.
44.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;33(11):991-7.
45.Dogru A, Balkarli A, Tepeli E, Aydin E, Cobankara V. Association of synaptosomal-associated protein 25 (SNAP-25) gene polymorphism with temperament and character traits in women with fibromyalgia syndrome. Arc Clin Psychiatr. 2018;45(4):88-93.
46.Balbaloglu O, Tanik N, Alpayci M, Ak H, Karaahmet E, Inan LE. Paresthesia frequency in fibromyalgia and its effects on personality traits. Int J Rheum Dis. 2018;21(7):1343-9.
47.Bartkowska W, Samborski W, Mojs E. Cognitive functions, emotions and personality in woman with fibromyalgia. Anthropol Anz. 2018;75(4):271-7.
48.Gonzalez B, Novo R, Ferreira AS. Fibromyalgia: heterogeneity in personality and psychopathology and its implications. Psychol Health Med. 2020;25(6):703-9.
49.Gonzalez B, Novo R, Peres R, Baptista T. Fibromyalgia and rheumatoid arthritis: Personality and psychopathology differences from the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Pers Individ Dif. 2019;142:260-9.
50.Berkol TD, Aytac HM, Meterelliyoz KS, Erensoy H. Sexual problems and personality traits in female patients with Fibromyalgia Syndrome without diagnosis of sexual dysfunction. Ann Med Res. 2020;27(11):2945-53.
51.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.
52.Suso-Ribera C, Gallardo-Pujol D. Personality and health in chronic pain: have we failed to appreciate a relationship?. Pers Individ Dif. 2016;96:7-11.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

53.Bellato E, Marini E ,Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia DE, et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. Pain Res Treat. 2012;2012:426130.
54.Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010;62(5):600-10.
55.Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016;46(3):319-29.
56.Conrad R, Wegener I, Geiser F, Kleiman A. Temperament, character, and personality disorders in chronic pain. Curr Pain Headache Rep. 2013;17(3):318.
57.Pud D, Eisenberg E, Sprecher E, Rogowski Z, Yarnitsky D. The tridimensional personality theory and pain: harm avoidance and reward dependence traits correlate with pain perception in healthy volunteers. Eur J Pain. 2004;8(1):31-8.
58.Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatr Dev. 1986;4(3):167-226.
59.Conrad R, Schilling G, Bausch C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I, et al. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. Pain. 2007;133(1-3):197-209.
60.Garcia D, Cloninger KM, Lester N, Cloninger CR. Self-directedness. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. Encyclopedia of Personality and Individual Differences, 1st ed. Switzerland: Springer Cham; 2020. p. 4760-62.
61.Lahey BB. Public health significance of neuroticism. Am Psychol. 2009;64(4):241-56.
62.Barlow DH, Sauer-Zavala S, Carl JR, Bullis JR, Ellard KK. The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. Clin Psychol Sci. 2014;2(3):344-65.
63.Puig-Perez S, Villada C, Pulopulos MM, Hidalgo V, Salvador A. How are neuroticism and depression related to the psychophysiological stress response to acute stress in healthy older people?. Physiol Behav. 2016;156:128-36.
64.Nitch SR, Boone KB. Normal personality correlates of chronic pain subgroups. J Clin Psychol Med Set. 2004;11(3):203-9.
65.Kadimpati S, Zale EL, Hooten MW, Ditre JW, Warner DO. Associations between neuroticism and depression in relation to catastrophizing and pain-related anxiety in chronic pain patients. PLoS One. 2015;10(4):e0126351.
66.Wilner JG, Vranceanu AM, Blashill AJ. Neuroticism prospectively predicts pain among adolescents: results from a nationally representative sample. J Psychosom Res. 2014;77(6):474-6.
67.Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. The prospective association between personality traits and persistent pain and opioid medication use. J Psychosom Res. 2019;123:109721.
68.Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology–where do lifestyle factors fit in?. Br j pain. 2013;7(4):209-17.
69.Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. Psychol Bull. 2010;136(5):768-821.
70.Paulus DJ, Vanwoerden S, Norton PJ, Sharp C. Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. J Affect Disord. 2016;190:376-85.
71.Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. Pers Individ Dif. 2008;44(3):576-86.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]

72.Pereira-Morales AJ, Adan A, Forero DA. Perceived stress as a mediator of the relationship between neuroticism and depression and anxiety symptoms. Curr Psychol. 2019;38(1):66-74.
73.Wong WS, Lam HMJ, Chen PP, Chow YF, Wong S, Lim HS, et al. The fear-avoidance model of chronic pain: assessing the role of neuroticism and negative affect in pain catastrophizing using structural equation modeling. Int J Behav Med. 2015;22(1):118-31.
74.Moayedi M, Weissman-Fogel I, Crawley AP, Goldberg MB, Freeman BV, Tenenbaum HC, et al. Contribution of chronic pain and neuroticism to abnormal forebrain gray matter in patients with temporomandibular disorder. Neuroimage. 2011;55(1):277-86.
75.Naliboff BD, Cohen MJ, Yellen AN. Does the MMPI differentiate chronic illness from chronic pain?. Pain. 1982;13(4):333-41.
76.Gentry WD, Shows WD, Thomas M. Chronic low back pain: A psychological profile. Psychosomatics. 1974;15(4):174-7.
77.Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. Arthritis Rheum. 2003;48(10):2916-22.
78.Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007;133(4):581-624.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1401.24.1.60.6]
[DOI: 10.22088/jbums.24.1.510]