

Procedimentos de auto-sugestão no confronto com duas patologias reumáticas auto-imunes: artrite reumatóide e espondilite anquilosante

Ana F. Pires¹ & Luís Joyce-Moniz²

A eficácia de uma estratégia de auto-sugestão, complementar ao tratamento médico para as patologias reumáticas auto-imunes, e que envolve uma técnica de relaxamento e um procedimento de automonitorização, foi avaliada no presente estudo tendo sido aplicada a 22 pacientes com artrite reumatóide e 8 com espondilite anquilosante durante um período de 12 semanas para confrontar os seus sintomas de dor, fadiga e incapacidade funcional. Com esse propósito foram avaliadas as seguintes variáveis: intensidade dos sintomas prevalentes, controlo percebido sobre os mesmos, número de episódios sintomáticos e duração do episódio sintomático mais longo. Os resultados indicam que a estratégia de auto-sugestão foi eficaz no aumento da percepção de controlo pessoal sobre os sintomas prevalentes bem como na diminuição da sua intensidade, frequência e duração.

PALAVRAS-CHAVE: Auto-sugestão, Automonitorização reactiva, Relaxamento, Artrite reumatóide, Espondilite anquilosante, Confronto sintomático.

1. Introdução

As doenças reumáticas representam um vasto conjunto de doenças do sistema músculo-esquelético e do tecido conjuntivo, que se caracterizam por inflamação, lesão do tecido e perda da funcionalidade de uma ou mais articulações ou estruturas de suporte do corpo (Schumacher, 1993). Atingindo 8 a 10% da população portuguesa e ocupando o primeiro lugar na prevalência das doenças crónicas, as doenças reumáticas representam a primeira causa de doença no Homem, o primeiro motivo de consulta médica, a primeira causa de absentismo ao trabalho, o primeiro motivo de invalidez e uma das maiores causas de maiores custos económico-financeiros no campo da saúde (Queiroz, 1996c).

1 Doutoranda em Psicologia da Saúde - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa - anafilpa.abt@gmail.com.

2 Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Neste grupo nosológico diversificado que integra mais de 200 perturbações, incluem-se as doenças reumáticas auto-imunes, nas quais existe uma resposta imune contra as células e tecidos do próprio organismo (Alves, 2000; Queiroz, 2002c; Rosa, 2002; Elias, Siegel, & O'Shea, 2008; Waldburger & Firestein, 2008; Gonzalez, Martina-Barra, & Lopez-Larrea, 1999; Braun, 2008; Williams, 1998; Tsai, 2008; Rahman & Stollar, 2008; Nurullah & Muhammad, 2005; Howe, 2008; Brown, 2007; Gough & Simmonds, 2007).

O presente trabalho incide sobre duas destas patologias reumáticas auto-imunes, nomeadamente a artrite reumatóide e a espondilite anquilosante, ambas associadas a um intenso sofrimento físico e psicológico que acompanha frequentemente a sua evolução crónica.

A artrite reumatóide consiste numa doença inflamatória e sistémica, que se caracteriza sobretudo pelo envolvimento repetido, simétrico e habitualmente crónico das estruturas articulares e periarticulares, podendo existir também manifestações extra-articulares desde nódulos subcutâneos ao envolvimento de outros órgãos, em particular o pulmão, os olhos ou os vasos sanguíneos (Simon *et al.*, 2002; Queiroz, 1996a; Tehlirian & Bathon, 2008; Lee & Weinblatt, 2001). Constituindo a doença inflamatória crónica mais frequente, estima-se que a artrite reumatóide afecta mais de 5 milhões de indivíduos em todo o mundo, sendo a sua prevalência de 1% nos países ocidentais (Hazes & Silman, 1990; Lee & Weinblatt, 2001). Atinge todas as etnias de igual modo, tendo uma maior incidência entre os 20 e os 50 anos (Simon *et al.*, 2002) e sendo três a quatro vezes mais frequente na mulher do que no homem (Kvien, Uhlig, Odegard, & Heiberg, 2006; Mäkeläinen, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2009). No que diz respeito à mortalidade associada a esta patologia, diversos autores têm referido uma redução da esperança de vida de 3 a 10 anos nos doentes com artrite reumatóide quando comparados com indivíduos da população em geral da mesma idade e sexo (Alarcón, 1995; Canhão, 2002; Figueirinhas, 2002; Wolfe, Mitchell, & Sibley, 1994; Spector, 1990; Pincus & Callahan, 1992).

A espondilite anquilosante constitui a segunda doença inflamatória crónica mais frequente (Queiroz, 2002a). A sua prevalência na população caucasiana varia, nos estudos epidemiológicos, entre 0.05% e 1% da população, podendo atingir nalguns grupos étnicos 6% da população (Branco, 2006; Heijde, 2008; Queiroz, 2002b; Gran & Husby, 1993; Calin, 2004; Khan, 2002b). Estima-se que em Portugal existam entre 30000 e 50000 doentes com esta patologia que afecta preferencialmente o esqueleto axial e as articulações sacro-ilíacas (Queiroz, 1996d; Holden, Taylor, Stevens, Wordsworth, & Bowness, 2005), podendo envolver também articulações periféricas e outros órgãos como os olhos, pulmão, pele, coração e as vísceras (Heijde, 2008; Arnett, 1997; Zink, Braun, Listing, & Wollenhaupt, 2000; Sinaky &

Mokri, 2000). Atinge mais frequentemente os jovens com idades compreendidas entre os 15 e 30 anos, sendo o sexo masculino o mais afectado em proporções que oscilam entre 2/1 e 9/1 (Branco, 2006; Heijde, 2008; Queiroz, 2002b; Queiroz, 1996d; Khan, 2002a).

A dor predomina nestas patologias reumáticas auto-imunes e sistémicas e surge habitualmente associada a sintomas de fadiga, rigidez, tumefacção e perda de função das articulações (Brenner, Melamed, & Panush, 1994; Liang, Logigian, Sledge, 1992; McCabe, 2004; Cashman, 2000; Kvien *et al.*, 2006; Van Der Linden, Van Der Heijde, & Braun, 2005; Lee & Weinblatt, 2001; Vaeroy, Tanum, Bruaset, Morkrid, & Forre, 2005), que condicionam, por sua vez, o bem-estar e a qualidade de vida do doente (Chorus, Miedema, Boonen, & Van Der Linden, 2003; Archenholtz, Burckhardt, & Segesten, 1999; Bedi, Gupta, Handa, Pal, & Pandey, 2005; Fitzpatrick, 1993; Ward, 1999), limitando a sua capacidade para tomar conta do próprio e para efectuar as actividades diárias (Evers, Kraaiaam, Geenen, & Bijlsma, 1997; Dalyan, Güner, Tuncer, Bilgic, & Arasil, 1999), desde a ida às compras às tarefas relacionadas com a lide doméstica (Dubey & Gaffney, 2005; Yelin, Lubeck, Holman, & Epstein, 1987). Para além da perda da funcionalidade e da autonomia (Archenholtz *et al.*, 1999), outras alterações acrescentam sofrimento psicológico (Abdel-Nasser *et al.*, 1998; Dickens, McGowan, Clark-Carter, & Creed, 2002; Murphy, Dickens, Creed, & Bernstein, 1999; Vaeroy *et al.*, 2005; Söderlin, Hakala, & Nieminen, 2000; Patten, Williams, & Wang, 2006) ao utente: perda do bem-estar, diminuição da auto-estima decorrente da modificação da imagem corporal (Callin, 1995), alterações nos domínios sexual (Blake, Maisiak, Alarcon, Holley, & Brown, 1988), laboral (Chorus *et al.*, 2003; Odegard, Kvien, Finset, Mowinckel, & Uhlig, 2005; Young *et al.*, 2002; McQuade, 2002; Fifield *et al.*, 2004; Gilworth *et al.*, 2009), familiar (Grant, Foster, Wright, Barlow, & Cullen, 2004) e social (Cornell & Oliver, 2004). De facto, o doente com patologia reumática crónica sente-se muitas vezes limitado nos seus contactos com amigos ou familiares (DeVellis, Revenson, & Blalock, 1997), na sua capacidade para trabalhar e nas actividades sexuais e recreativas (Evers *et al.*, 1997) tornando-o, desta forma, vulnerável a sintomas de ansiedade e depressão que exacerbam as suas queixas dolorosas contribuindo, desta forma, para um aumento do sofrimento físico (Queiroz, 1996b).

Não obstante o sofrimento físico e psicológico implicado nestas doenças e as severas limitações a elas associadas, é consensual na literatura a elevada taxa de não adesão dos doentes reumáticos ao tratamento médico (Hill, 2005), na maior parte dos casos, motivada pelos efeitos secundários apresentados ou pela percepção da sua ineficácia na redução da sintomatologia (Rose, 2006). Torna-se, assim, importante o estudo de estratégias que possam ajudar o doente no confronto dos seus sintomas permitindo-lhe, desta forma, um aumento da sua percepção de controlo sobre os mesmos.

O estudo que aqui se apresenta pretende avaliar a eficácia de uma combinação de duas metodologias baseadas na auto-sugestão, nomeadamente o relaxamento e a automonitorização reactiva, como estratégias complementares ao tratamento médico no confronto dos sintomas somáticos e somatoformes do doente com artrite reumatóide ou espondilite anquilosante.

2. Metodologia

2.1. Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 30 utentes adultos (26 mulheres e 4 homens), com idades compreendidas entre os 24 e os 70 anos, que frequentavam as consultas de medicina geral e familiar do Centro de Saúde de Abrantes e/ou a consulta externa dirigida a doenças auto-imunes do Centro Hospitalar do Médio Tejo. 22 sujeitos tinham sido diagnosticados com artrite reumatóide e 8 com espondilite anquilosante.

2.2. Procedimento

Os 30 sujeitos que constituíram a amostra foram igualmente submetidos a uma intervenção individual com metodologias auto-sugestivas, durante um período de 12 semanas, com o propósito de melhorar a sua capacidade de confronto com os sintomas apresentados (*e.g.*, dor, dificuldades motoras, fadiga).

A intervenção, que se pretendeu um complemento ao tratamento biomédico, consistiu numa estratégia auto-sugestiva assente em parte numa forma de relaxamento, utilizada pelo doente de modo regular. Integrou ainda um procedimento de automonitorização diária dos **níveis de intensidade dos sintomas prevalentes** (*e.g.*, dor), do seu **controlo percebido**, do **número de episódios sintomáticos** e da **duração** do episódio sintomático mais longo. Nesta óptica, o doente fez diariamente o registo da intensidade da sua dor através de um termómetro subjectivo graduado de 0 (*e.g.*, *nenhuma dor*) a 10 (*e.g.*, *dor pior de sempre*). Para além da quantificação subjectiva do nível de intensidade da sua dor, o doente procedeu também à atribuição de auto-controlo (de 1 a 9) ou de vulnerabilidade (de 1 a 9), numa balança subjectiva (Pires & Joyce-Moniz, 2008). As referidas atribuições foram apresentadas de forma dialecticamente oposta para o doente reflectir simultânea e dialecticamente sobre as duas (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Isto é, um dos lados da balança compreendia a atribuição de controlo, desde um controlo mínimo, 1, até ao controlo máximo, 9. O lado oposto compreendia a atribuição de vulnerabilidade, igualmente variando de uma vulnerabilidade mínima, 1, à atribuição

de vulnerabilidade máxima, 9 (Pires & Joyce-Moniz, 2008). Durante o período de intervenção, o sujeito procedeu também diariamente à quantificação do número de episódios sintomáticos ocorridos ao longo do dia numa escala de 0 a 10 *ou mais*, e ao registo da duração do episódio sintomático mais longo, em minutos.

A intervenção foi proposta pela terapeuta no âmbito de uma sessão individual, durante a qual, para além de um treino preparatório das metodologias efectuado com o doente, foram-lhe dadas indicações explícitas acerca da reactividade do procedimento de automonitorização. Importa realçar que a automonitorização na sua modalidade reactiva baseia-se no pressuposto de que os processos somáticos e/ou somatoformes observados e registados pelo próprio são susceptíveis de serem modificados por essa monitorização (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Concretamente, nesta intervenção, os sujeitos procediam à observação e registo do nível de intensidade dos sintomas, número de episódios sintomáticos e duração do episódio mais longo, com o objectivo de diminuir progressivamente essas variáveis. Do mesmo modo, os sujeitos procediam à atribuição de auto-controlo vs de vulnerabilidade face aos sintomas com o objectivo de aumentar a percepção de auto-controlo. Após a sessão realizada com o doente, a terapeuta supervisionou a utilização das metodologias pelo sujeito e as suas eventuais modificações, através de contactos telefónicos efectuados com uma periodicidade semanal.

2.3. Medidas

A eficácia da intervenção auto-sugestiva no confronto sintomático dos sujeitos foi avaliada através da análise das seguintes variáveis: A) intensidade dos sintomas prevalentes; B) controlo percebido sobre os sintomas prevalentes; C) número de episódios sintomáticos; D) duração do episódio sintomático mais longo.

Os dados relativos às 4 variáveis supracitadas foram recolhidos a partir dos registos de automonitorização efectuados diariamente pelos sujeitos durante as 12 semanas de intervenção, tendo sido posteriormente submetidos aos seguintes procedimentos estatísticos efectuados com recurso ao programa SPSS: média, ANOVA de medidas repetidas. Foram também incluídas no presente trabalho representações gráficas da evolução de cada uma das variáveis ao longo do tempo de intervenção.

3. Análise dos resultados

Nos Quadros 1 e 2 apresentam-se os resultados expressos em termos de médias semanais obtidas pelos 30 sujeitos nas 12 semanas de intervenção para cada uma

das variáveis analisadas. As Figuras 1, 2, 3 e 4 representam o modo como esses resultados oscilaram ao longo do tempo de intervenção.

Através da análise de medidas repetidas das médias semanais, foi encontrado um efeito significativo da intervenção para as 4 variáveis.

Quadro 1. Médias semanais obtidas pelos 30 sujeitos nas primeiras 6 semanas de intervenção

Variáveis	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
A) Intensidade dos sintomas prevalentes	3.93	3.36	3.18	2.72	2.74	2.51
B) Controlo percebido sobre os sintomas prevalentes	3.16	3.20	3.22	3.81	3.88	4.01
C) Número de episódios sintomáticos	2.91	2.57	2.42	2.14	2.19	2.01
D) Duração do episódio sintomático mais longo	140.65	136.83	138.56	119.53	96.14	97.29

Quadro 2. Médias semanais obtidas pelos 30 sujeitos nas últimas 6 semanas de intervenção

Variáveis	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12
A) Intensidade dos sintomas prevalentes	2.60	2.71	2.54	2.53	2.54	2.67
B) Controlo percebido sobre os sintomas prevalentes	4.14	3.94	4.34	4.52	4.48	4.37
C) Número de episódios sintomáticos	2.16	2.20	1.93	1.98	2.15	2.28
D) Duração do episódio sintomático mais longo	104.67	109.46	112.92	100.95	102.00	94.59

Assim, no que se refere à variável A (intensidade dos sintomas prevalentes), verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa ($F=6.45$, $p<.05$) da

intensidade dos sintomas prevalentes ao longo das 12 semanas de intervenção (Figura 1).

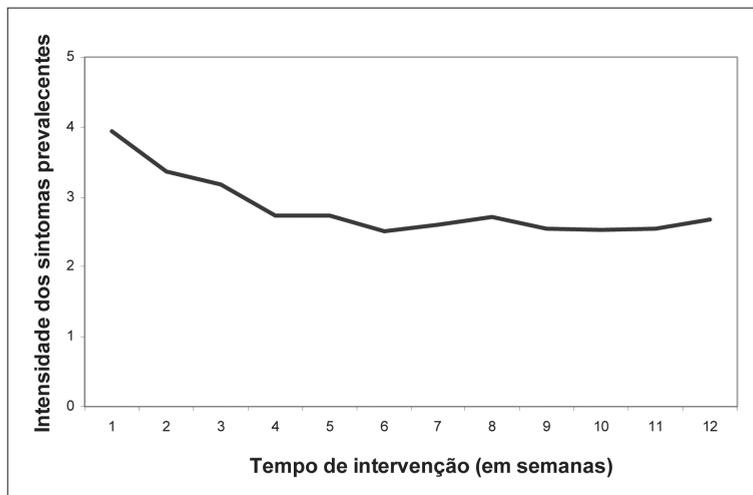


Figura 1. Intensidade dos sintomas prevalentes nas 12 semanas de intervenção

Quanto à variável B (controlo percebido sobre os sintomas prevalentes), foi possível constatar um aumento também estatisticamente significativo ($F=4.06$, $p<.05$) do controlo percebido pelos 30 sujeitos sobre os sintomas prevalentes (Figura 2), ao longo do tempo de intervenção.

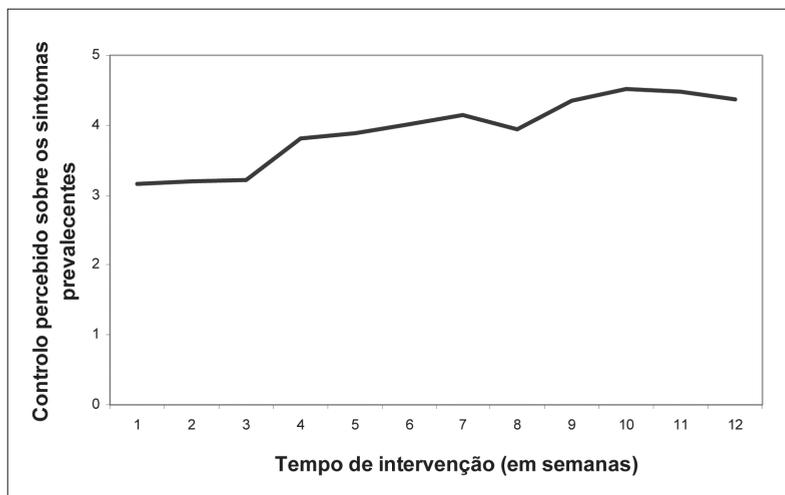


Figura 2. Controlo percebido sobre os sintomas prevalentes nas 12 semanas de intervenção

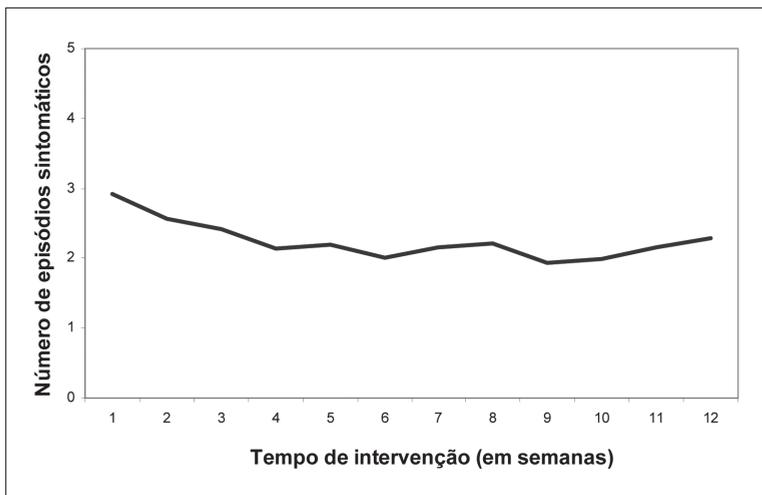


Figura 3. Número de episódios sintomáticos nas 12 semanas de intervenção

Relativamente às variáveis C (número de episódios sintomáticos) e D (duração do episódio sintomático mais longo), verificou-se, ao longo das 12 semanas, uma diminuição significativa do ponto de vista estatístico quer para o número de episódios sintomáticos ($F=3.72, p<.05$) quer para a duração do episódio sintomático mais longo ($F=1.95, p<.05$), respectivamente (Figuras 3 e 4).

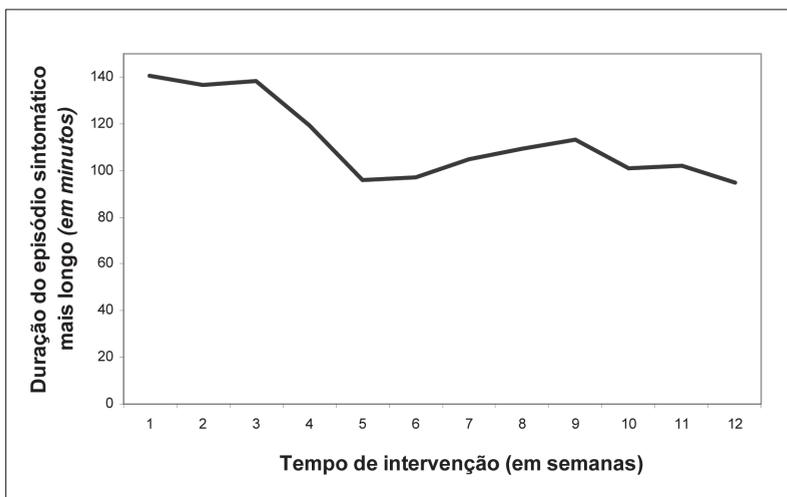


Figura 4. Duração do episódio mais longo nas 12 semanas de intervenção

4. Discussão dos resultados

Este trabalho pretendeu avaliar a eficácia de uma combinação de duas metodologias de auto-sugestão, nomeadamente o relaxamento e a automonitorização reactiva, no confronto com os sintomas somáticos e somatoformes de 30 doentes diagnosticados com artrite reumatóide ou espondilite anquilosante. Os resultados obtidos com a referida amostra permitiram concluir que a intervenção auto-sugestiva foi eficaz no aumento da percepção de controlo pessoal sobre os sintomas, na diminuição da sua intensidade e na redução da frequência e duração dos episódios sintomáticos dos sujeitos.

Estes resultados sugerem a utilidade clínica dos procedimentos de auto-sugestão no confronto sintomático do doente reumático com artrite reumatóide ou espondilite anquilosante. Com efeito, nas intervenções em Psicologia da Doença e concretamente na intervenção com este tipo de doentes, embora não sejam uma alternativa aos tratamentos biomédicos mas sim um complemento, as intervenções de auto-sugestão são sempre de uso mais autónomo e a sua implementação menos dispendiosa do que outros tratamentos (Joyce-Moniz & Barros, 2007).

A confirmação da sua eficácia, através do presente estudo, evidência a relevância e utilidade do papel que a Psicologia da Saúde pode e deve desempenhar, em colaboração com as especialidades da Medicina, no confronto sintomático do doente com patologia reumática auto-imune.

Particularmente o aumento da percepção de controlo pessoal parece desempenhar, segundo os dados da literatura, um papel importante na adaptação do doente à sua patologia, exercendo uma influência significativa não apenas sobre a vivência e progressão da doença mas também sobre a própria emocionalidade concomitante aos processos biomédicos (Van der Werf, Evers, Jongen, & Bleijenberg, 2003; Hommel, Wagner, Chaney, & Mullins, 2001; Naidoo & Pretorius, 2006). Neste sentido, Teixeira (2002) refere que uma percepção de controlo mais elevada se associa “a um menor relato dos sintomas físicos, a um maior envolvimento em comportamentos saudáveis e uma melhor recuperação”. De modo inverso, uma diminuição da percepção de controlo pessoal sobre os processos sintomáticos encontra-se frequentemente associada a patologia depressiva.

Em termos de investigações futuras, uma vez demonstrados os benefícios clínicos da intervenção auto-sugestiva com uma amostra restrita de sujeitos diagnosticados com doenças reumáticas auto-imunes, será certamente interessante e sobretudo relevante, do ponto de vista clínico, o alargamento do presente estudo a outros grupos nosológicos. Com este propósito, a constituição de uma amostra mais vasta através da inclusão de outros grupos de patologias reumáticas já está a ser efectuada pelos autores, podendo os seus resultados ser conhecidos numa próxima publicação.

Referências bibliográficas

- Abdel-Nasser, A., El-Azim, S., Taal, E., El-Badavoy, S., Rasker, J., & Valkenburg, H. (1998). Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: An analysis of their occurrence and determinants. *British Journal of Rheumatology*, *37*, 391-397.
- Alarcón, G. (1995). Epidemiology of rheumatoid arthritis. *Lupus*, *21*, 589-604.
- Alves, H. (2000). Genética da artrite reumatóide. In A. L. Vaz (Ed.), *Artrite Reumatóide* (pp. 9-15). Lisboa: Lidel.
- Archenholtz, B., Burckhardt, C., & Segesten, K. (1999). Quality of life of women with systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis: Domains of importance and dissatisfaction. *Quality of Life Research*, *8*, 411-416.
- Arnett, F. C. (1997). Ankylosing spondylitis. In W. J. Koopman (Ed.), *Arthritis and allied conditions: A textbook of rheumatology* (Vol.1, 13th ed., pp. 1197-1208). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Bedi, G., Gupta, N., Handa, R., Pal, H., & Pandey, R. (2005). Quality of life in indian patients with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, *14*, 1953-1958.
- Blake, D., Maisiak, R., Alarcon, G., Holley, H., & Brown, S. (1988). Sexual quality of life of patients with arthritis compared to arthritis-free controls. *Journal of Rheumatology*, *14*, 570-576.
- Branco, J. C. (2006). Síndromes articulares. In J. C. Branco (Ed.), *Grandes síndromes em reumatologia* (pp. 5-74). USA: Springer.
- Braun, J. (2008). Ankylosing spondylitis: Pathology and pathogenesis. In J. H. Klippel, J. H. Stone, L. J. Crofford, & P. H. White (Eds.), *Primer on rheumatic diseases* (pp. 200-208). USA: Springer.
- Brenner, G., Melamed, B., & Panush, R. (1994). Optimism and coping as determinants of psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *1*, 115-134.
- Brown, M. A. (2007). Human leucocyte antigen-B27 and ankylosing spondylitis. *Internal Medicine Journal*, *37*, 739-740.
- Callin, A. (1995). The individual with ankylosing spondylitis: Defining disease status and the impact of the illness. *Journal of Rheumatology*, *34*, 663-672.
- Calin, A. (2004). Ankylosing spondylitis. In D. A. Isenberg, P. J. Maddison, P. Woo, & D. N. Glass (Eds.), *Oxford Textbook of Rheumatology* (Vol.2, pp. 1058-1070). Oxford: Oxford University Press.
- Canhão, H. (2002). Artrite reumatóide: Co-morbilidade e mortalidade. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (Vol.2, pp. 15-18). Lisboa: Lidel.
- Cashman, J. N. (2000). Current pharmacoterapeutic strategies in rheumatic diseases and other pain states. *Clinical Drug Investigation*, *2*(suppl.2), 9-20.
- Chorus, A., Miedema, H., Boonen, A., & Van Der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Annals of rheumatic diseases*, *62*(12), 1178-1184.
- Cornell, P., & Oliver, S. (2004). Ankylosing spondylitis: Clinical update. *Musculoskeletal Care*, *2*(3), 187-193.
- Dalyan, M., Güner, A., Tuncer, S., Bilgic, A., & Arasil, T. (1999). Disability in ankylosing spondylitis. *Disability and Rehabilitation*, *21*(2), 74-79.
- DeVellis, B., Revenson, T., & Blalock, S. (1997). Rheumatic disease and women's health. In S. Gallant, G. P. Keita, & R. Royak-Schaler (Eds.), *Psychosocial & Behavioral Factors in*

- Women's Health: A handbook for medical educators, practitioners and psychologists.* Washington, DC: American Psychological Assoc. Press.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Dubey, S., & Gaffney, K. (2005). Management of early rheumatoid arthritis. *Clinical Medicine*, 5, 211-214.
- Elias, K., Siegel, R., & O'Shea, J. (2008). Molecular and cellular basis of immunity and immunological diseases. In J. H. Klippel, J. H. Stone, L. J. Crofford, & P. H. White (Eds.), *Primer on rheumatic diseases* (pp. 94-107). USA: Springer.
- Evers, A., Kraaimaat, F., Geenen, R., & Bijlsma, J. (1997). Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(5), 489-504.
- Fifield, J., Mcquillan, J., Armeli, S., Tennen, H., Reisine, S., & Affleck, G. (2004). Chronic strain, daily work stress and pain among workers with rheumatoid arthritis: Does job stress make a bad day worse? *Work & Stress*, 18(4), 275-291.
- Figueirinhas, J. (2002). Epidemiologia das doenças reumáticas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (Vol.1, pp. 79-94). Lisboa: Lidel.
- Fitzpatrick, R. (1993). The measurement of health status and quality of life in rheumatological disorders. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 7, 297-317.
- Gilworth, G., Emery, P., Barkham, N., Smyth, M., Helliwell, P., & Tennant, A. (2009). Reducing work disability in ankylosing spondylitis – Development of a work instability scale for AS. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 10-68.
- Gonzalez, S., Martina-Barra, J., & Lopez-Larrea, C. (1999). Immunogenetics. HLA-B27 and spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol*, 11, 257-264.
- Gough, S., & Simmonds, M. (2007). The HLA region and autoimmune disease: Associations and mechanisms of action. *Current Genomics*, 8, 453-465.
- Gran, J., & Husby, G. (1993). The epidemiology of ankylosing spondylitis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 22, 9-34.
- Grant, M., Foster, N., Wright, C., Barlow, J., & Cullen, L. (2004). Being a parent or grandparent with back pain, ankylosing spondylitis or rheumatoid arthritis: A descriptive postal survey. *Musculoskeletal Care*, 2(1), 17-28.
- Hazes, J., & Silman, A. (1990). Review of UK data on the rheumatic diseases-2: Rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 29, 310-312.
- Heijde, D. (2008). Ankylosing spondylitis: Clinical features. In J. H. Klippel, J. H. Stone, L. J. Crofford, & P. H. White (Eds.), *Primer on rheumatic diseases* (pp. 193-199). USA: Springer.
- Hill, J. (2005). Adherence with drug therapy in the rheumatic diseases. Part one: A review of adherence rates. *Musculoskeletal Care*, 3(2), 61-73.
- Holden, W., Taylor, S., Stevens, H., Wordsworth, P., & Bowness, P. (2005). Neck pain is a major clinical problem in ankylosing spondylitis, and impacts on driving and safety. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 34(2), 159-160.
- Hommel, K., Wagner, J., Chaney, J., & Mullins, L. (2001). Prospective contributions of attributional style and arthritis helplessness to disability in rheumatoid arthritis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(3), 208-219.
- Howe, H. S. (2008). HLA and Non-HLA genes in ankylosing spondylitis and seronegative spondyloarthritis in Asia. *Current Rheumatology Reviews*, 4, 95-98.

- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2007). *Psicologia de la Enfermedad para cuidados de la salud*. México D.F.: Manual Moderno.
- Khan, M. A. (2002a). *Ankylosing spondylitis – The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Khan, M. A. (2002b). Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med*, 136, 896-907.
- Kvien, T., Uhlig, T., Odegard, S., & Heiberg, M. (2006). Epidemiological aspects of rheumatoid arthritis: The sex ratio. *Annals New York Academy of Sciences*, 1069(11), 212-222.
- Lee, D., & Weinblatt, M. (2001). Rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 358, 903-911.
- Liang, M., Logigian, M., & Sledge, C. (1992). *Rehabilitation of early rheumatoid arthritis*. Boston: Little Brown & Co.
- Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. (2009). Rheumatoid arthritis patients' knowledge of the disease and its treatments: A descriptive study. *Musculoskeletal Care*, 7(1), 31-44.
- McCabe, C. S. (2004). Pain mechanisms and the rheumatic diseases. *Musculoskeletal Care*, 2(2), 75-89.
- McQuade, D. V. (2002). Negative social perception of hypothetical workers with rheumatoid arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(3), 205-217.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 155-164.
- Naidoo, P., & Pretorius, T. (2006). The moderating role of helplessness in rheumatoid arthritis, a chronic disease. *Social Behavior and Personality*, 34(2), 103-112.
- Nurullah, A., & Muhammad, A. (2005). Etiopathogenic role of HLA-B27 alleles in ankylosing spondylitis. *APLAR Journal of Rheumatology*, 8, 146-153.
- Odegard, S., Kvien, T., Finset, A., Mowinckel, P., & Uhlig, T. (2005). Physical and psychological predictors for work disability over seven years in patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 34, 441-447.
- Patten, S., Williams, J., & Wang, J. (2006). Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25, 7-37.
- Pincus, T., & Callahan, L. (1992). Early mortality in RA predicted by poor clinical status. *Bulletin on the Rheumatic Diseases*, 41, 1-4.
- Pires, A., & Joyce-Moniz, L. (2008). Significações de doença, confronto sintomático e adaptação em pacientes de reumatologia e ortopedia: Uma abordagem desenvolvimentista e dialética. *Análise Psicológica*, 2, 309-326.
- Queiroz, M. V. (1996a). Artrite reumatóide. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia Clínica* (pp. 231-246). Lisboa: Lidel.
- Queiroz, M. V. (1996b). Aspectos psico-sociais das doenças reumáticas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia Clínica* (pp. 441-445). Lisboa: Lidel.
- Queiroz, M. V. (1996c). Classificação das doenças reumáticas. Reumatismo e saúde pública. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia Clínica* (pp. 29-40). Lisboa: Lidel.
- Queiroz, M. V. (1996d). Espondilartrites sero-negativas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia Clínica* (pp. 287-303). Lisboa: Lidel.
- Queiroz, M. V. (2002a). Classificação das doenças reumáticas e seus impactos médico, social e económico. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (Vol.1, pp.67-78). Lisboa: Lidel.
- Queiroz, M. V. (2002b). Espondilartrite anquilosante. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (Vol.2, pp.230-240). Lisboa: Lidel.

- Queiroz, M. V. (2002c). O sistema imunitário e as doenças reumáticas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (Vol.1, pp.33-38). Lisboa: Lidel.
- Rahman, A., & Stollar, B. (2008). Origin and structure of autoantibodies and antigens in autoimmune rheumatic diseases. *Lupus*, 17, 232-235.
- Rosa, C. M. (2002). Sistema HLA e doenças reumáticas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (Vol.1, pp.39-46). Lisboa: Lidel.
- Rose, G. (2006). Why do patients with rheumatoid arthritis use complementary therapies? *Musculoskeletal Care*, 4(2), 101-115.
- Schumacher, H. R. (1993). Classification of the rheumatic diseases. In H. R. Schumacher (Ed.), *Primer on the rheumatic diseases* (pp. 36-37). Atlanta (GA): Arthritis Foundation.
- Simon, L., Lipman, A., Jacox, A., Caudill-Slosberg, M., Gill, L., Keefe, F., Kerr, K., Minor, M., Sherry, D., Vallerand, A., & Vasudevan, S. (2002). *Guideline for the management of pain in osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and juvenile chronic arthritis*. Glenview, IL: American Pain Society.
- Sinaky, M., & Mokri, B. (2000). Low back pain and disorders of the lumbar spine. In R. L. Braddom (Ed.), *Physical Medicine and Rehabilitation* (pp. 853-893). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Söderlin, M., Hakala, M., & Nieminen, P. (2000). Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29, 177-183.
- Spector, T. (1990). Rheumatoid arthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 16, 513-537.
- Tehirian, C., & Bathon, J. (2008). Rheumatoid arthritis: Clinical and laboratory manifestations. In J. H. Klippel, J. H. Stone, L. J. Crofford, & P. H. White (Eds.), *Primer on rheumatic diseases* (pp. 114-121). Lisboa: Lidel.
- Teixeira, J. A. (2002). Depressão e doenças reumáticas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (Vol.1, pp. 457-460). Lisboa: Lidel.
- Tsai, W. (2008). The role of HLA-B27 in the pathogenesis of ankylosing spondylitis. *Current Rheumatology Reviews*, 4, 99-112.
- Vaeroy, H., Tanum, L., Bruaset, H., Morkrid, L., & Forre, O. (2005). Symptoms of depression and anxiety in functionally disabled rheumatic pain patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 109-113.
- Van Der Linden, S., Van Der Heijde, D., & Braun, J. (2005). Ankylosing spondylitis. In E. D. Harris, R. Budd, M. Genovese (Eds.), *Kelley's textbook of rheumatology* (pp. 1125-1141). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Van der Werf, S., Evers, A., Jongen, P., & Bleijenberg, G. (2003). The role of helplessness as mediator between neurological disability, emotional instability, experienced fatigue and depression in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 9, 89-94.
- Waldburger, J., & Firestein, G. (2008). Rheumatoid arthritis: Epidemiology, pathology, and pathogenesis. In J. H. Klippel, J. H. Stone, L. J. Crofford, & P. H. White (Eds.), *Primer on rheumatic diseases* (pp. 122-132). USA: Springer.
- Ward, M. (1999). Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: A survey of 175 patients. *Arthritis Care & Research*, 12, 247-255.
- Williams, D. (1998). Rheumatoid arthritis: Autoantibodies in rheumatoid arthritis. In J. H. Klippel, & P. A. Dieppe (Eds.), *Rheumatology* (Vol.2, section 5, pp. 9.1-9.8). London: Mosby.
- Wolfe, F., Mitchell, D., & Sibley, J. (1994). The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 37, 481-494.

- Yelin, E., Lubeck, D., Holman, H., & Epstein, W. (1987). The impact of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: The activities of patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared to controls. *Journal of Rheumatology*, 14, 710-717.
- Young, A., Dixey, J., Kulinskaya, E., Cox, N., Davies, P., Devlin, J., Emery, P., Gough, A., James, D., Prouse, P., Williams, P., Winfield, J. (2002). Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow-up in 732 patients from the early RA study (ERAS). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61, 335-340.
- Zink, A., Braun, J., Listing, J., & Wollenhaupt, J. (2000). Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis – Results from the german rheumatological database. *The Journal of Rheumatology*, 27, 613-622.

Procedures of self-suggestion in the confrontation with two self-immune rheumatic diseases: rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis

Complementary to the medical treatment for self-immune rheumatology, the efficacy of a strategy of self-suggestion involving relaxation and reactive self-monitoring was applied during 12 weeks to 22 patients with rheumatoid arthritis and 8 with ankylosing spondylitis for confronting symptoms of pain, fatigue and functional disability. For this aim, the intensity of prevailing symptoms, their perceived control, and the number and duration of the longest symptomatic episode were evaluated. Results indicate that this strategy provided an increasing perception of self-control over the prevailing symptoms and a decreasing of their intensity, frequency and duration.

KEY-WORDS: Self-suggestion, Reactive self-monitoring, Relaxation, Rheumatoid arthritis, Ankylosing spondylitis, Symptomatic coping.

Procédures d'autosuggestion dans la confrontation avec les deux maladies rhumatismales auto-immunes: arthrite rhumatoïde et la spondylite ankylosante

Complétant le traitement médical du rhumatisme auto-immune, l'efficacité d'une stratégie d'autosuggestion comprenant la relaxation et l'auto-observation réactive a été appliquée pendant 12 semaines à 22 patients souffrant de l'arthrite rhumatoïde et 8 de la spondylite ankylosante pour confronter des symptômes de douleur, fatigue et incapacité fonctionnelle. Dans ce but, l'intensité des symptômes prépondérants, la quantité et la durée de l'épisode symptomatique le plus long ont été évaluées. Les résultats indiquent que cette stratégie a produit une augmentation de la perception de l'autocontrôle sur les symptômes prépondérants ainsi qu'une diminution de leur intensité, fréquence et durée.

MOTS-CLÉS: autosuggestion, auto-observation réactive, relaxation, arthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante, confrontation symptomatique.