

ARTIGO DE REVISÃO

Acta Med Port 2010; 23: 655-662

PERSONALIDADE E TRANSPLANTE

Diogo TELLES-CORREIA, António BARBOSA, Inês MEGA

RESUMO

A associação entre o tipo de personalidade e vários aspectos relacionados com a doença médica tem sido objecto de abundante investigação.

Os modelos teóricos de personalidade que, hoje em dia, são mais utilizados neste contexto são de dois tipos: o modelo de três factores (Neuroticismo, Extroversão e Psicoticismo) e o modelo de 5 factores (neuroticismo e extroversão, a conscienciosidade, agradabilidade, e a abertura à experiência).

Os modelos que relacionam a personalidade com a doença médica situam-se entre três tipologias: Hiperreactividade induzida pela personalidade, Predisposição constitucional e Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade.

Na avaliação da personalidade no doente médico pode optar-se por vários tipos de abordagem: Abordagem Taxonómica vs Dimensional; Auto vs Hetero avaliação; Instrumentos específicos para uma população vs Inespecíficos. São explorados os argumentos que favorecem as várias formas de abordagem.

Entre os vários instrumentos disponíveis para avaliar a personalidade destacam-se o NEO-PI nas suas diferentes versões (NEO-PI original, NEO-PI-R, NEO-FFI-60). O NEO-PI-R e o NEO-FFI-60 estão validados para a população portuguesa.

Dos poucos estudos disponíveis sobre personalidade no transplante foi possível concluir que o neuroticismo se associava a uma menor qualidade de vida (física, mental, social) no período pós-transplante e a extroversão a uma maior qualidade de vida (física, social), que a personalidade de tipo D se associava a uma pior qualidade de vida e uma maior mortalidade e taxa de rejeição após o transplante e que as perturbações de personalidade não estavam relacionadas com um aumento da taxa de recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica.

SUMMARY

PERSONALITY AND TRANSPLANTATION

The association between personality and medical health has been subject of several studies.

The most accepted theoretical models of personality, in this context, are of two kinds: Three factor model (neuroticism, extraversion e psychoticism) and five factor model (neuroticism, extraversion, conscientiousness, agreeableness, and openness to experience).

There are three ways which can explain the interaction between personality and medical illness: Hyperactivity induced by personality, personality and illness independent predisposition, non-healthy behaviours induced by personality.

There are several ways of assessing personality in medical illness: taxonomic vs dimensional approaches; Auto vs hetero evaluation; Specific vs non-specific methods. We analyse the arguments against and favourable to any of these approaches.

Some of the most used instruments to assess personality in medical context are the NEO-PI versions (original NEO-PI, NEO-PI-R, NEO-FFI-60). NEO-PI-R and NEO-FFI-60 are validated to the Portuguese population.

According to the few published studies assessing personality in transplanted patients we concluded that neuroticism was associated to a poor quality of life (physical, mental, social) in post-transplantation period; extraversion to a better quality of life (physical,

D.T.C., I.M.: Unidade de Apoio Psiquiátrico ao Transplante. Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação. Hospital Curry Cabral. Lisboa A.B.: Serviço de Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

© 2010 CELOM

mental, social); type D personality to a worse quality of life and a increased mortality and rejection after transplantation. We also concluded that personality disorders were not associated to an increase of alcohol consumption in alcohol liver disease transplanted patients.

INTRODUÇÃO

Historicamente o termo personalidade tem origem na palavra latina *persona* (mascara de teatro usada na antiguidade para exprimir diferentes emoções e atitudes)¹.

Ainda que este conceito tenha sofrido uma evolução importante, não se encontra ainda completamente circunscrito e definido, tratando-se de um dos conceitos mais complexos em psiquiatria e psicologia¹.

Segundo Allport (1937) a personalidade é a organização dinâmica, no seio de um indivíduo, de sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento característico e os seus pensamentos².

Para Eysenk (1953), a personalidade corresponde à organização mais ou menos firme e durável do carácter, do temperamento e da inteligência e, que, determina a adaptação do indivíduo ao seu meio³.

Dentro da personalidade são distinguidos por muitos dos autores dois grandes componentes: o temperamento e o carácter. Enquanto que o primeiro corresponde aos traços inatos que surgem desde a infância (componente genética), o segundo relaciona-se com a aprendizagem social e cognitiva⁴.

Por outro lado é também frequente a distinção entre traço de personalidade, que representa uma característica durável, a disposição do indivíduo para se comportar de uma determinada maneira em diversas situações; e tipo de personalidade (ou dimensão), que corresponde a um conjunto estável de traços⁴.

A determinação da estrutura básica da personalidade tem sido motivo de muita investigação. Allport verificou que, na literatura anglosaxónica, podiam ser encontrados, em meados do século 20 perto de 18000 termos que correspondiam a traços de personalidade².

A associação entre o tipo de personalidade e vários aspectos relacionados com a doença médica tem sido objecto de abundante investigação.

Neste artigo pretende-se rever, com base na literatura existente, alguns modelos teóricos que enquadram o conceito de personalidade, as possíveis implicações dos tipos de personalidade sobre a saúde, a sua forma de avaliação, e a importância particular deste tema no transplante de órgãos.

MATERIALE MÉTODOS

Foi efectuada uma pesquisa da literatura anglosaxónica, de 1965 até 2006 através da MEDLINE utilizando como palavras-chave: *Theoretical models in personality, measures of personality, personality in medical illness, personality in transplantation*.

Também foram consultados nove livros de texto que contemplavam o tema. Os 32 artigos revistos incluem casos clínicos, revisões e artigos originais (estudos observacionais transversais e observacionais longitudinais).

RESULTADOS

1) Conceitos e Modelos de Personalidade no Contexto da Doença Médica

A primeira tentativa de definir um padrão ou configuração da personalidade sob a forma de traços foi feita por Aristóteles.

No entanto foi **Hipócrates** (460 AC) que desenvolveu este conceito, distinguindo vários tipos de personalidade que poderiam corresponder a diferentes tipos de doença: constituição magra *fogoso* e constituição gorda *aquosa*⁵.

Galeno postulou a existência de quatro tipos de temperamento: melancólico (*bilis negra*), optimista (*sanguíneo*), colérico (*bilis amarela*) e passivo fleumático (*fleuma*). Estes tipos de temperamento foram associados a diferentes tipos de doença⁵.

No século XX, **Kretschmer** (1888-1964), desenvolve uma teoria sobre a constituição física e o temperamento. Segundo o autor o tipo morfológico podia ser enquadrar-se em três grupos: pícnico (corresponde ao temperamento ciclotímico), asténico (corresponde ao temperamento esquizotímico), atlético (corresponde ao temperamento misto)⁵.

Sheldon (1898-1977) baseado em Kretschmer, desenvolve também três tipos de temperamento que vem a associar a três biótipos: endomórfico (viscerotonia: tolerância, sociabilidade, extroversão), mesomórfico (somatotonia: coragem, energia, actividade, assertividade, agressividade), ectomórfico (cerebrotonia: arte, sensibilidade, apreensão, introversão, ansiedade social)⁵.

Freud ainda na viragem do século XX alega que determinados perfis psicológicos, nomeadamente a histeria podem resultar em sintomas físicos, passando o seu tratamento por uma abordagem psicológica psicodinâmica (Freud 1955). O trabalho deste autor e seus seguidores como Alexander (1950) focava sobretudo o papel que a repressão das emoções podia ter sobre a saúde⁶.

Glass e Stinger, nos anos 50 distinguiram a personalidade tipo A (competição, assertividade, tensão) da personalidade tipo B (menos competição, evitamento da confrontação, menos tensão), alegando que a primeira poderia aumentar o risco de doença cardiovascular^{7,8}.

Mais recentemente um novo tipo de personalidade, tipo D, caracterizado por uma tendência em experienciar emoções negativas e, simultaneamente, inibir a autoexpressão em contextos sociais, tem vindo a ser novamente relacionada com um aumento de risco cardiovascular^{9,10}.

Alguns autores desenvolveram também o conceito de Personalidade tipo C (cancer-prone). Indivíduos com este tipo de personalidade apresentariam elevados níveis de introversão, agradabilidade, e seriam mais *conformados*¹.

Os modelos teóricos de personalidade que, hoje em dia, são mais utilizados em psicologia da saúde e psiquiatria de ligação são de dois tipos: o modelo de três factores e o de cinco factores.

O **modelo tridimensional** da personalidade, desenvolvido por Hans Eysenck (1967) tem como fundamentação três dimensões básicas da personalidade: neuroticismo, extroversão e psicoticismo³. O neuroticismo é um indicador da labilidade emocional e da hiper-reatividade, tendo os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para este item uma tendência para ter respostas hiper-reativas com dificuldade em regressar ao estado emocional prévio após experiências emocionais importantes¹¹. As pessoas que obtêm uma elevada pontuação para a extroversão são geralmente desinibidas, impulsivas, tendo muitos contactos sociais e participando frequentemente nas actividades de grupo¹¹. Os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para o psicoticismo são egocentros, agressivos, frios, carentes de empatia, impulsivos, pouco preocupados com os direitos e bem-estar dos outros¹¹. Alguns autores, referem que, dadas as características das pessoas deste grupo, é mais correcto a utilização do termo psicopatia do que psicoticismo¹².

Eysenck, 1990, demonstrou que alguns factores biológicos podem estar por trás destas dimensões de personalidade. Segundo este autor, os níveis de neuroticismo e extroversão podem relacionar-se com características do Sistema Nervoso Central (SNC), nomeadamente a reactividade do sistema nervoso autónomo à estimulação sen-

social, podendo, consequentemente estar associados a uma determinação genética¹³.

O **modelo dos cinco factores**, desenvolvido por vários autores como McCrae com base no modelo dos três factores, identifica como tipos básicos de personalidade além do neuroticismo e extroversão, a conscienciosidade, a agradabilidade, e a abertura à experiência¹⁴⁻¹⁶.

Os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para a conscienciosidade são mais bem organizados e determinados, aqueles que obtêm uma elevada pontuação para a agradabilidade são mais honestos, sinceros e com vontade de ajudar os outros e os que obtêm uma elevada pontuação para abertura à experiência são mais curiosos acerca do mundo exterior e interno, e abertos a novas ideias e experiências^{17,18}.

Segundo McCrae, 1992, baixas cotações nos itens conscienciosidade e agradabilidade corresponderão à dimensão de Psicoticismo no modelo tridimensional¹⁸.

Vários autores contemporâneos sublinham que a teoria das cinco dimensões, embora com algumas limitações, constitui um dos modelos mais válidos de personalidade para explorar a relação entre personalidade e saúde física e mental^{17,19,20}.

2) Relação Personalidade – Doença Médica

a) Modelos teóricos

Suls e Rittenhouse (1990) afirmam que podem haver três modelos fundamentais, através dos quais a personalidade se pode associar a um aumento do risco médico (embora se deva aceitar que os vários modelos poderão ocorrer simultaneamente): Hiperreactividade induzida pela personalidade, Predisposição constitucional, Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade.

1) Hiperreactividade induzida pela personalidade

Segundo este modelo, pessoas com determinadas características de personalidade respondem ao stress com uma reactividade fisiológica exagerada. A exposição crónica do organismo a uma hiperreactividade poderia através de mediadores neuroendócrinos estar na base de uma maior predisposição para determinadas patologias (nomeadamente a patologia cardiovascular). Este modelo está na base da teoria da personalidade do tipo A^{22,23}.

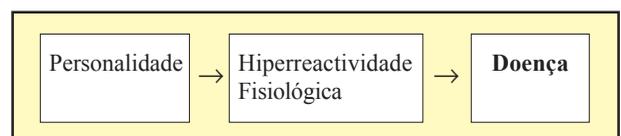


Fig. 1 – Hiperreactividade induzida pela personalidade

2) Predisposição constitucional

Este modelo tem sido muito pouco estudado. Segundo ele, determinados tipos de personalidade associadas a doença poderiam ser, simplesmente, marcadores de uma anormalidade ou predisposição inata a determinadas doenças. Assim, ambas a personalidade e a doença seriam consequência de uma determinada característica genética. Neste caso a personalidade estaria desprovida de qualquer acção directa sobre a saúde²⁴.

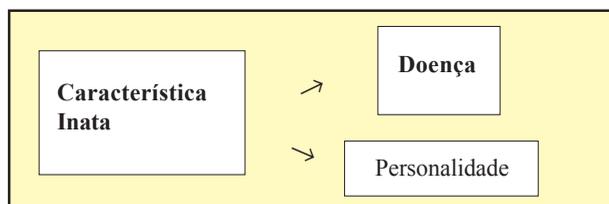


Fig. 2 – Predisposição constitucional

3) Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade

De acordo com este modelo, a personalidade poderá estar na base de determinados comportamentos deletérios que podem conduzir à doença (ou ao agravamento desta). Estes comportamentos podem corresponder a mecanismos de coping desajustados, a uma redução da adesão multidimensional (cumprimento da prescrição médica, ida às consultas, entre outros) ou à adopção de hábitos deletérios à saúde (como por exemplo os hábitos tabágicos). De acordo com Suls e Rittenhouse (1990), este mecanismo constitui um potencial factor de confundimento a qualquer dos modelos descritos²¹. A personalidade do tipo A, por exemplo com um padrão característico de hiperreactividade, poderá ter uma maior predisposição para a doença, simplesmente porque o padrão de hiperreactividade a expõe a comportamentos e situações de risco²⁵.

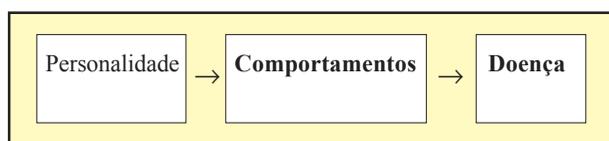


Fig. 3 – Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade

2.2) Alguns Problemas Metodológicos

Timothy Smith et al 2006, chama a atenção para o facto de a maioria dos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença médica não incluírem variáveis intermédias, que poderiam funcionar como mediadores entre os traços de personalidade e a saúde (nomeadamente os mecanismos de coping ou as crenças sobre a saúde/doença). Segundo este autor é fundamental que estes fac-

tores sejam contemplados nos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença²⁶.

Por outro lado, vários autores, referem que, estas variáveis intermédias e outras (variáveis de confundimento) que estão altamente correlacionadas com a personalidade podem influenciar os resultados da análise estatística pelo que esta deverá ser feita com particular cuidado^{26,27}. É importante que se compreenda os efeitos independentes da personalidade e das variáveis intermédias sobre a doença médica mas também a correlação que existe entre estes dois tipos de variáveis²⁶.

3) Avaliação da Personalidade na Doença Médica

3.1) Abordagem Taxonómica vs Dimensional

3.1.1) Abordagem Taxonómica

Foi desenvolvida pelos profissionais de saúde mental uma classificação taxonómica das doenças mentais com base em formulações mais descritivas e empíricas do que teóricas (no que se refere à etiologia e fisiopatologia). Esta classificação está compilada em manuais como o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Actualmente, e em investigação a classificação mais utilizada é a abrangida no DSM-IV-R²⁸.

Nesta classificação, as alterações de personalidade estão fundamentalmente representadas através de oito tipos de perturbações de personalidade:

Para a obtenção dos diagnósticos definidos pelo DSM-IV, podem ser utilizadas entrevistas estruturadas, entre as quais se destacam a MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) e a SCID (**Structured Clinical Interview for DSM Disorders**)²⁹.

Entre as desvantagens da utilização da abordagem taxonómica contam-se:

- a impossibilidade de obter dados sobre características não patológicas da personalidade^{30,31}.

- A dificuldade com a abordagem taxonómica em incluir, de forma rigorosa, níveis subclínicos de patologia da personalidade^{30,31}.

- A obtenção de variáveis contínuas, ao contrário das nominais ou ordinais (obtidas numa abordagem taxonómica) potencia os testes estatísticos³².

3.1.2) Abordagem Dimensional

Da mesma forma que Telles-Correia 2008, chama atenção na sua revisão bibliográfica para o facto do limiar dos níveis de ansiedade e depressão poder ser diferente entre aquele que é relevante para as condições psiquiátricas e o que pode interferir com os *outcomes* das doenças médicas³³, também outros autores referem que os critérios uti-

lizados na avaliação psicopatológica da personalidade não serem os mesmos que devem ser usados na pesquisa de relações entre a personalidade e a doença médica^{30,31}.

Este argumento parece ser o principal fundamento para a maioria dos autores preferir uma abordagem dimensional na investigação do impacto que a personalidade poderá ter sobre a evolução da doença médica. Porém, todas as limitações descritas para a classificação taxonómica são também superadas por esta diferente forma de abordagem.

3.2) Auto vs Hetero-avaliação

Wise e Derogatis chamam a atenção para o facto de nenhuma destas formas de abordagem ser universalmente mais aceite que a outra. Pelo contrário, cada uma tem as suas vantagens e desvantagens^{33,34}.

Entre as principais vantagens dos instrumentos de auto avaliação sublinham-se a sua facilidade de aplicação e o facto de a sua única fonte ser o indivíduo que experimenta o fenómeno que está a ser estudado (sem contaminação de um observador). Entre as desvantagens deste método destacam-se a desiderabilidade social, o facto do indivíduo poder responder algo premeditado na tentativa de um ganho secundário e a impossibilidade de administrar os instrumentos a doentes iletrados^{33,34}.

As principais vantagens e viéses dos instrumentos de hetero-avaliação, relacionam-se com o facto da sua aplicação depender exclusivamente do julgamento do observador. Por um lado, este facto pode oferecer aos instrumentos uma maior flexibilidade que permite, entre outros, que haja o esclarecimento de questões que sejam pouco claras. Por outro, é discutível que a interpretação do observador seja a única fonte do diagnóstico (ainda mais discutível é se o questionário for aplicado por mais do que um observador e em mais do que um momento)^{33,34}.

3.3) Instrumentos Específicos VS Inespecíficos

No passado, o principal enfoque das investigações enquadrava-se numa óptica psicopatológica das variáveis personalidade e saúde. As abordagens anteriores aos modelos dos três e dos cinco factores (que procuravam avaliar os possíveis efeitos da personalidade sobre um aspecto particular da saúde) recaíam no dogma de que um ou mais elementos de cariz psicopatológico da personalidade estariam associados ao aparecimento ou desenvolvimento de um determinado aspecto de doença, ignorando características que não ultrapassando os limites do psicopatológico pudessem influenciar positiva ou negativamente a saúde^{30,31}. Os modelos dos três e dos cinco factores vieram introduzir uma conceptualização dimensional sobre as características da pessoa ajustada e desajustada,

por oposição à agregação de sintomas a que os pensamentos, clínico e diagnóstico fazem apelo^{17,19,20,30,31}.

3.4) Escalas de avaliação de personalidade no contexto da doença médica

São inúmeros os instrumentos de medição da personalidade, baseados em diferentes pressupostos teóricos. São descritos os mais utilizados no contexto da doença médica e com o modelo teórico que mais se adequa a este contexto: o modelo dos cinco factores.

Originalmente foi desenvolvido por Costa & McCrae 1985, um questionário NEO-PI (Neuroticism, Extroversion, Openness Personality Inventory) com 145 itens e que contemplava mais especificamente estas três dimensões do modelo dos cinco factores³⁵. Mais tarde foi desenvolvido pelos mesmos autores um novo questionário, NEO-PI-R com 240 itens e que abarcava todas as cinco dimensões (Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Agradabilidade, Consciosidade)³⁶. Foi elaborado a partir deste último questionário, uma versão reduzida do NEO-PI-R, que devido às suas características psicométricas e facilidade em utilização constitui o instrumento mais utilizado neste âmbito. Este questionário, NEO-FFI-60, é constituído por 60 itens, correspondendo 12 a cada dimensão, usando uma escala do tipo Likert de cinco pontos³⁷.

O NEO-FFI encontra-se validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro 2004 (validade de conteúdo, validade de constructo, validade convergente, discriminante, consistência interna)³⁸, assim como o NEO-PI-R por Lima, 1997³⁹.

4) Personalidade e Transplante

A prevalência de perturbações da personalidade nos doentes transplantados é semelhante aquela da população em geral, rondando entre os 10 e os 26%^{40,41}.

O diagnóstico taxonómico (por perturbações de personalidade) clássico pode não ser útil para associar as características de personalidade à evolução clínica do doente transplantado, não só pelas razões descritas atrás, mas também porque algumas das perturbações de personalidade podem não se associar a mecanismos de coping necessariamente negativos (por exemplo a perturbação de personalidade obsessiva compulsiva, a perturbação de personalidade dependente, entre outras podem associar-se a alguns mecanismos de coping favoráveis no período pós-transplante)⁴².

Este aspecto pode também colocar alguma resistência em aceitar que a presença de uma perturbação de personalidade (sem especificação) seja contra-indicação relativa para transplante nalguns centros⁴².

Dos estudos revistos apenas um pequeno número faz referência à associação entre os traços de personalidade e a evolução de variáveis clínicas.

O modelo teórico mais utilizado nos estudos disponíveis é o das cinco dimensões de Eysenk, sendo o instrumento mais usado o NEO PI.

Foi possível concluir que enquanto o neuroticismo se associava a uma menor qualidade de vida (física, mental, social) no período pós-transplante a extroversão se associava a uma maior qualidade de vida (física, social)⁴³⁻⁴⁷.

Dois estudos concluíram que o tipo de personalidade D se associava a uma pior qualidade de vida e uma maior mortalidade e taxa de rejeição após o transplante^{44,48}.

Nos estudos que optaram por uma abordagem taxonómica clássica (perturbações de personalidade) verificou-se que a perturbação de personalidade narcísica se relacionava com uma maior taxa de recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica⁴⁵. Por outro lado noutro estudo concluiu-se que as perturbações de personalidade não estavam relacionadas com um aumento da taxa de recaída no consumo de

álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica⁴⁹.

CONCLUSÃO

1) Os modelos teóricos de personalidade que, hoje em dia, são mais utilizados em psicologia da saúde e psiquiatria de ligação são de dois tipos: o modelo de três factores (Neuroticismo, Extroversão e Psicoticismo) e o modelo de 5 factores (neuroticismo e extroversão, a conscienciosidade, agradabilidade, e a abertura à experiência).

Suls e Rittenhouse (1990) afirmam que podem haver três modelos fundamentais, através dos quais a personalidade se pode associar a um aumento do risco médico (embora se deva aceitar que os vários modelos poderão ocorrer simultaneamente): Hiperreactividade induzida pela personalidade, Predisposição constitucional, Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade.

Timothy Smith et al 2006, chama a atenção para o facto de a maioria dos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença médica não incluírem variáveis

Quadro 1 – Importância da personalidade na evolução do doente transplantado

Autores	Instrumento	Tipo de Transplante	N	Tipo de Estudo	Conclusões
O'Carroll, 2003 ⁴³	NEO PI	Hepático	70	Long Pro	+ Neuroticismo relacionado com redução da qualidade de vida (física e mental) após 1 ano de transplante
Pederse ^a , 2006 ⁴⁴	DS14	Cardíaco	530	Transv Retros	+ Personalidade D relacionada com redução da qualidade de vida (física e mental) após transplante (até 18 anos pós-transplante)
Walte ⁵ , 2002 ⁴⁵	GT(DSMIV)	Hepático	211	Transv Retros	+Perturbação de Personalidade Narcísica relacionada com recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica
Telles-Correia, 2008 ⁴⁶	NEO PI	Hepático	80	Transv	+Candidatos a transplante com doença hepática alcoólica scores mais baixos para conscienciosidade e agradabilidade. Estes doentes também mostram scores mais reduzidos para a adesão.
Zhang, 2008 ⁴⁷	NEO PI	Hepático	55	Long Pro	+ Extroversão positivamente correlacionado com a qualidade de vida (física) após transplante (1 ano). + Neuroticismo negativamente correlacionado com a qualidade de vida (mental) após transplante (1 ano). +Neuroticismo negativamente correlacionado e extroversão positivamente correlacionada com qualidade de vida (social) após transplante (1 ano).
Denollet, 2007 ⁴⁸	DS14	Cardíaco	51	Long Pro	+ Personalidade D relacionada com uma maior mortalidade e taxa de rejeição após o transplante (média 5,4 anos após)
Yates, 1998 ⁴⁹	DSMIV	Hepático	73	Long Pro	+ Perturbações de personalidade não relacionadas com recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica.

QA - Questionário de Autor; CO – Cope; Long Pro- Estudo longitudinal prospectivo; Trans- Estudo transversal

intermédias, que poderiam funcionar como mediadores entre os traços de personalidade e a saúde (nomeadamente os mecanismos de coping ou as crenças sobre a saúde/doença). Segundo este autor é fundamental que estes factores sejam contemplados nos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença.

2) Parece ser mais útil a abordagem dimensional (relativamente à taxonómica) da personalidade em saúde sendo uma vez que os critérios utilizados na avaliação psicopatológica da personalidade não são os mesmos que devem ser usados na pesquisa de relações entre a personalidade e porque esta abordagem possibilita a inclusão de características não patológicas da personalidade e níveis subclínicos de patologia da personalidade.

Nenhum dos métodos de avaliação (hetero ou autoavaliação) é universalmente mais aceite, possuindo cada um deles vantagens e desvantagens.

Originalmente foi desenvolvido por Costa & McCrae 1985, um questionário NEO-PI (Neuroticism, Extroversion, Openness Personality Inventory) que contemplava mais especificamente estas três dimensões do modelo dos 5 factores. Mais tarde foi desenvolvido pelos mesmos autores um novo questionário, NEO-PI-R e que abarcava todas as cinco dimensões (Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Agradabilidade, Conscienciosidade). Foi elaborado a partir deste último questionário, uma versão reduzida com 60 itens, o NEO-FFI-60, que devido às suas características psicométricas e facilidade em utilização constitui o instrumento mais utilizado neste âmbito. Este instrumento está validado para a população portuguesa.

3) A prevalência de perturbações da personalidade nos doentes transplantados é semelhante aquela da população em geral, rondando entre os 10 e os 26%.

O diagnóstico taxonómico clássico pode não ser útil para associar as características de personalidade à evolução clínica do doente transplantado, não só pelas razões descritas atrás, mas também porque algumas das perturbações de personalidade podem não se associar a mecanismos de coping necessariamente negativos.

Dos poucos estudos disponíveis sobre personalidade no transplante foi possível concluir que o neuroticismo se associava a uma menor qualidade de vida (física, mental, social) no período pós-transplante e a extroversão a uma maior qualidade de vida (física, social), que a personalidade de tipo D se associava a uma pior qualidade de vida e uma maior mortalidade e taxa de rejeição após o transplante e que as perturbações de personalidade não estavam relacionadas com um aumento da taxa de recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. HANSENE M: Psychologie de la personnalité. Ed. De Boeck Université. Bruxelles 2003
2. ALLPORT G: Personality: A psychological interpretation. Ed Holt. NY 1937
3. EYSENCK J: The structure of human personality. Ed Wiley. NY 1953
4. CLONNINGER C, SVRAKIC D, PRZYBECK T: A psychological model of temperament and character. Arch General Psychiatry 1993;50:975-990
5. FRIEDMAN H: Personality and Disease. Ed. Eiley Series on Health Psychology/Behavioral Medicine. NY 1990
6. FREUD S: Collected works: Vol. 2. Studies of Hysteria. Ed Hogarth Press. NY 1955
7. GLASS D: Behavior patterns stress, and coronary heart disease. Ed. Enbaum. Hillsdale 1977
8. FRIEDMAN M, ROSENMAN R: Type A behaviour and your heart. Ed Knopf. NY 1974
9. DENOLLET J, KUPPER N: Type-D personality, depression, and cardiac prognosis: cortisol dysregulation as a mediating mechanism. J Psychosom Res 2007;62(6):607-9
10. SHER L: Type D personality: the heart, stress, and cortisol. QJM 2005;98(5):323-9 Epub 2005 Apr 8. Review
11. EYSENCK H: Development of a theory. Personality, genetics and behaviour. Ed. Spielberger. NYork 1982
12. ZUCKERMAN M, KUHLMAN D, CAMAC C: What lies beyond E and N? Factor analysis of scales believed to measure basic dimensions of personality. J Personality Social Psychol 1988;54:96-107
13. EYSENCK H: Biological dimensions of personality. Handbook of personality theory: theory, and research. Ed. LA Pervin. NY 1990
14. DIGMAN JM: Personality structure: emergence of the five-factor model. An Rev Psychol 1990;41:417-440
15. GOLDBERG LR: The structure of phenotypic personality traits. Am Psychologist 1993;48:26-34
16. MCCRAE RR, COSTA PT: Conceptions and correlates of openness to experience. Handbook of personality psychology: 825-847. Ed. R Hogan, J Johnson, SR Briggs. Academic Press. San-Diego 1997
17. MCCRAE RR, COSTA PT: Validation of a five-factor model of personality across instruments and observers. J Personality Social Psychol 1987;52:81-90
18. MCCRAE RR, JOHN OP: An introduction to the five-factor model and its applications. J Personality 1992;60:175-215
19. MCADAMS DP: The five-factor model of personality: a critical appraisal. J Personality 1992;60:329-361
20. MARSHAL GN, WORTMAN CB, VICKERS RR, KUSULAS JW, HERVIG LK: The five-factor model of personality health research. J Personality Social Psychol 1994;67:278-286
21. SULS J, RITTENHOUSE J: Models of Linkages Between Personality and Disease. Personality and Disease: 38-64. Ed. Howard Friedman. Wiley Series on Health Psychology. NY 1990

22. CONTRADA RJ, KRANTZ DS: Stress reactivity and Type A behaviour: Current status and future directions. *An Behav Med* 1988;10:64-70
23. DEMBROSKI TM, COSTA PT: Coronary-prone behaviour: Components of Type A pattern and hostility. *J Personality* 1987; 55:211-236
24. FRIEDMAN M, BOOTH-KEWLY S: The disease-prone personality. *Am Psychologist* 1987;42:534-555
25. SMITH T: Interactions, transactions and the type A pattern: Additional avenues in the research for coronary-prone behaviour. In AW Siegman, TM Dembroski, eds. *In search of coronary-prone behaviour; Beyond Type A Hillsdale, NJ* 1989;pp91-116
26. SMITH T, MACKENZIE J: Personality and Risk of Physical Illness. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 2006;2:435:467
27. PHILIPS AN, DAVEY SMITH G: How independent are independent effects? Relative risk when correlated exposures are measured imprecisely. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1223-31
28. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Revised Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington (DC): Am Psychiatric Publishing 1994
29. SHEEHAN BV, LECRUBIER Y, SHEENAN KH et al: The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33
30. RIBEIRO J: *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Climepsi. Lisboa 1999
31. BOTELHO T: *Personalidade e saúde uma década revisitada. In Perspectivas em psicologia da saúde*. Ed Isabel Leal. Quarteto. Lisboa 2006
32. HILL MM, HILL A. *Investigação por Questionário*. Ed. Sílabo. Lisboa 2005
33. TELLES-CORREIA D: *Ansiedade e Depressão e, Medicina: Modelos Teóricos e Avaliação*. Acta Med Port 2009;22(1)89-98
34. DEROGATIS LR, WISE TN: *Screening and Psychological Assessment of Anxiety and Depression*. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. American Psychiatric Press. Washington 1988;Chap 3:73-97
35. COSTA PT, MCCRAE RR: *The NEO Personality Inventory Manual*. Psychological Assessment Resources. Odessa 1985
36. COSTA PT, MCCRAE RR: *The NEO PI revised*. Personality Inventory Manual. Psychological Assessment Resources. Odessa 1990
37. MCCRAE RR, COSTA PT: A contemplated revision of the NEO-FFI. *Personality and Individual Differences*. 1989;36:587-596
38. BERTOQUINI V, PAIS-RIBEIRO J: *Estudo de formas reduzidas do NEO-PI-R*. Psicologia. Teoria Investigação e Prática 2006;11:85-102
39. LIMA M: *de NEO-PI-R – Contextos Teóricos e Psicométricos: «Ocean» ou «Iceberg»*. Coimbra 1997, ed. aut 1997; p 424
40. CHACKO RC, HARPER RG, GOTTO J et al: Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival. *Am J Psychiatry* 1996;153:1607-12
41. DOBBELS F, PUT C, VANHAECKE J: Personality disorders: a challenge for transplantation. *Prog Transplant* 2000;10:226-232
42. DIMARTINI A, DEW MA, TRZEPACZ P: Organ Transplantation. In *Essentials f Psychosomatic Medicine* pp 285-311. Ed. James Levenson. American Psychiatric Publishing, Inc. Washintgon 2007
43. O'CARROL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES P: Psychological Outcome and Quality of Life Following Liver Transplantation: A prospective, nacional sibgle-center study. *Liver Transplantation* 2003;9:712-720
44. PEDERSEN SS, HOLKAMP PG, CALISKAN K, VAN DOMBURG RT, ERDMAN RA, BALK AH: Type D personality is associated with impaired health-related quality of life 7 years following heart transplantation. *J Psychosom Res* 2006;61:791-5
45. WALTER M, SCHOLLER G, MOYZES D, HILDEBRANDT M et al: Psychosocial prediction of abstinence from ethanol in alcoholic recipients following liver transplantation. *Transplant Proc* 2002;34:1239-41
46. TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E: Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid neuropathy and those with alcoholic liver disease. *Prog Transp* 2008;18(2):134-5
47. ZHANG SJ, HUANG LH, WEN YL, HU ZH, JIN J: Impact of personality and coping mechanisms on health-related quality of life in liver transplantation recipients. *Hepatobiliary Pancreatic Dis Intl* 2005;4:356-9
48. DENOLLET J, HOLMES RV, VRINTS CJ, CONRAADS VM: Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type D personality. *J Heart Ling Transplant* 2007;26:152-8
49. YATES WR, LABRECQUE DR, PFAB D: Personality disorder as a contraindication for liver transplantation in alcoholic cirrhosis. *Psychosomatics* 1998;39:501-511