



ARTIGO ORIGINAL

Estabilidade de quatro anos da personalidade tipo D em pacientes com psoríase moderada a grave e suas implicações para o comprometimento psicológico^{☆,☆☆}



Paula Aguayo-Carreras ^{id}^a, José Carlos Ruiz-Carrascosa ^{id}^a, Ricardo Ruiz-Villaverde ^{id}^a e Alejandro Molina-Leyva ^{id}^{b,*}

^a Departamento de Dermatologia, Hospital San Cecilio, Granada, Espanha

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Espanha

Recebido em 12 de dezembro de 2020; aceito em 9 de fevereiro de 2021

PALAVRAS-CHAVE

Ansiiedade;
Depressão;
Personalidade tipo D;
Psoríase

Resumo

Fundamentos: A psoríase é uma doença autoinflamatória sistêmica relacionada a risco aumentado de comorbidades orgânicas e psicológicas. O tipo D é um traço de personalidade estável em indivíduos saudáveis, mas não há dados sobre sua estabilidade em pacientes com psoríase moderada a grave.

Objetivos: Avaliar a estabilidade da personalidade tipo D em pacientes com psoríase moderada a grave, bem como avaliar a influência da personalidade tipo D na ansiedade e depressão.

Métodos: Este é um estudo de coorte prospectivo. Foram incluídos no estudo 40 pacientes com psoríase com personalidade tipo D e 66 pacientes com psoríase sem personalidade tipo D. Os participantes completaram o teste DS14 e HADS na linha basal e quatro anos depois.

Resultados: Na linha basal, a prevalência de personalidade tipo D foi de 37,7% e na semana 208 foi de 27,3%. A estabilidade da personalidade tipo D foi maior em pacientes com escolaridade incompleta e naqueles separados/divorciados ou viúvos. Durante o seguimento, 15% dos pacientes desenvolveram personalidade tipo D. Sexo masculino, receber tratamento tópico, presença de depressão anterior, ansiedade e altos níveis de afetividade negativa na linha basal aumentam o risco de desenvolver personalidade tipo D.

Limitações do estudo: O tamanho da amostra; restrição da gravidade da psoríase a moderada a grave; e todos os pacientes estarem sob tratamento para psoríase.

Conclusões: A presença de personalidade tipo D varia ao longo do tempo em pacientes com psoríase. Portanto, a personalidade do tipo D é possivelmente mais um estado do que uma

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.02.005>

☆ Como citar este artigo: Aguayo-Carreras P, Ruiz-Carrascosa JC, Ruiz-Villaverde R, Molina-Leyva A. Four years stability of type D personality in patients with moderate to severe psoriasis and its implications for psychological impairment. An Bras Dermatol. 2021;96:558–64.

☆☆ Trabalho realizado na Unidade de Psoríase, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Espanha.

* Autor para correspondência.

E-mail: alejandra.molina.sspa@juntadeandalucia.es (A. Molina-Leyva).

característica da personalidade, modificado por fatores ambientais. A personalidade do tipo D está associada a maior risco de ansiedade.

© 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A afetividade negativa (AN) e a inibição social (IS) são os traços que caracterizam a personalidade “angustiosa” do tipo D. A pessoa é incapaz de obter suporte social adequado, em parte por causa da alta AN que experimenta.¹ A prevalência de personalidade tipo D (PTD) em indivíduos saudáveis em vários estudos varia entre 20% e 24,1%.^{2,3} De acordo com pesquisas recentes, a frequência de PTD é aumentada em pacientes com psoríase, em contraste com a população em geral, na faixa de 25% a 38,7%; em pacientes com psoríase também há uma prevalência maior de ansiedade e depressão.⁴⁻⁶ O dano psicológico que se acumula ao longo dos anos em uma doença crônica como a psoríase pode estar relacionado, pelo menos em parte, a uma prevalência mais alta de PTD em pacientes com psoríase.⁷

Como essas são construções dinâmicas do desenvolvimento, os traços de personalidade estão sujeitos a mudanças, mas também à estabilidade ao longo da vida.⁸ De acordo com Kupper et al., a estabilidade da PTD ao longo do tempo é determinada por fatores genéticos e ambientais.⁹ Um estudo de Loosman et al. afirma que a PTD é variável ao longo do tempo, e sua estabilidade está relacionada à estabilidade dos sintomas de ansiedade e depressão.¹⁰ Os autores sugerem que a personalidade tipo D pode ser mais um estado do que um fenômeno característico.

Não há dados sobre a estabilidade da PTD em pacientes com psoríase moderada a grave, que podem apresentar alterações na presença ou ausência da doença ao longo do tempo. Conden et al. mostram que a prevalência da PTD foi de 25,1% um mês após infarto do miocárdio e, em relação à estabilidade, 6,1% dos pacientes mantiveram a PTD durante a hospitalização e um mês e 12 meses depois.¹¹ Martens et al. mostram que a prevalência da PTD foi de 18,3% durante a hospitalização por infarto do miocárdio e 23,2% após 18 meses do infarto do miocárdio.¹² Entretanto, os estudos mostraram resultados contraditórios; a caracterização do tipo D mudou antes e após a cirurgia cardíaca em cerca de 60% dos pacientes.¹³ Em contraste com eventos agudos, como infarto do miocárdio ou cirurgia cardíaca, a psoríase é uma doença crônica e, portanto, a estabilidade da PTD pode ser maior, com as consequências que isso acarreta.

O objetivo deste estudo é determinar: (1) a estabilidade da PTD ao longo de um período de quatro anos em pacientes com psoríase moderada a grave; (2) os fatores associados à sua estabilidade; (3) a associação desses traços de personalidade com depressão e ansiedade; e (4) os fatores associados ao novo aparecimento de PTD e a influência da mesma na ansiedade e depressão.

Métodos

Desenho e população do estudo

Este é um estudo de coorte prospectivo. A amostra foi recrutada consecutivamente em pacientes com psoríase

moderada a grave que compareceram às consultas de seguimento agendadas na Unidade de Psoríase do Hospital Universitario San Cecilio. A unidade de psoríase atende todos os pacientes com psoríase moderada a grave em nossa clínica dermatológica. Todos os participantes forneceram consentimento informado para participar do estudo. O Comitê de Ética do Hospital Universitario San Cecilio aprovou o estudo (REF: 1505-N-19).

Nossa amostra é representativa de pacientes com psoríase que podemos encontrar em uma consulta dermatológica, pois foi extraída da unidade de psoríase que atende todos os pacientes com a doença moderada a grave na clínica de dermatologia, com uma população de referência de 450.000 habitantes.

Um questionário com os testes DS14 e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS, do inglês *Hospital Anxiety and Depression Scale*) foi fornecido na linha basal e na semana 208.

Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de psoríase cutânea moderada a grave, idade ≥ 18 anos e consentimento informado fornecido.

A gravidade da psoríase foi avaliada de acordo com o documento de consenso da Academia Espanhola de Dermatologia.¹⁴

“Psoríase moderada a grave é aquela que exige ou já exigiu tratamento sistêmico; isso inclui medicamentos convencionais, agentes biológicos ou fotoquimioterapia. O tratamento sistêmico é indicado em pacientes com psoríase nas seguintes situações: (a) doença não controlada com tratamentos tópicos; (b) doença extensa (ASC > 5-10%) (c) PASI > 7-15; (d) agravamento rápido; (e) envolvendo áreas visíveis; (f) comprometimento funcional (envolvimento palmoplantar, ungueal, genital ou couro cabeludo); (g) percepção subjetiva de gravidade (DLQI > 6-10); (h) eritrodermia extensa ou psoríase pustulosa; e (i) doença associada à doença articular psoriásica.”

Crítérios de exclusão

Estão resumidos no seguinte: recusa em participar do estudo, doenças dermatológicas ativas que não a psoríase, tratamento com drogas psicoativas, deficiência intelectual, doença maligna ativa e abuso de álcool.

Todos os parâmetros biométricos e dados sociodemográficos foram coletados por meio de entrevistas clínicas e exames físicos. Hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus* foram três comorbidades físicas consideradas para a análise, contanto que o paciente estivesse em tratamento ativo. A gravidade da psoríase foi avaliada por um dermatologista treinado por meio de entrevista clínica, exame físico, revisão de prontuários médicos, cálculo de ASC afetada pela psoríase e Índice de Área e Gravidade da Psoríase (PASI, do inglês *Psoriasis Area and Severity Index*).¹⁵

Principais tópicos de interesse e fontes de informação

As principais variáveis de interesse foram a presença de PTD avaliada pelo questionário DS14, e a presença de ansiedade e depressão, medida pela HADS.

O questionário DS14, validado na população espanhola, é amplamente utilizado para avaliar a presença de personalidade tipo D.¹ É composto por 14 itens, sete relacionados à AN e sete à IS. Cada um recebe um escore de 0 a 4; e um escore ≥ 10 em ambas as subescalas se traduz em uma personalidade tipo D. O DS14 foi traduzido para diferentes idiomas e demonstrou alta confiabilidade e consistência interna. A versão em espanhol do DS14 apresenta propriedades psicométricas adequadas com valores de coeficiente alfa de Cronbach superiores a 0,80 na escala de AN e IS.¹⁶ O teste DS14 demonstrou ter qualidades psicométricas adequadas, ser uma escala estável ao longo do tempo e ter uma boa consistência interna, independente do humor e do estado de saúde, como mostram estudos recentes.^{1,12,17}

Os níveis de ansiedade e depressão foram avaliados pela HADS.¹⁸ O teste HADS também já foi validado na população espanhola.¹⁹ É composto por 14 itens divididos em duas escalas de sete itens. Cada sintoma recebe um escore de 0 a 3 em uma escala Likert de 4 pontos, de acordo com sua força. Escores > 7 nas subescalas indicam sinais de ansiedade ou depressão; quando os escores ultrapassam 10, eles se traduzem em um problema clínico. A prevalência de ansiedade e/ou depressão é deduzida de escores > 7 .

Análise de dados

Estatísticas descritivas foram utilizadas para explorar as características dos pacientes. Os dados contínuos foram expressos como média e desvio-padrão (DP). Para as variáveis qualitativas, foram estimadas as distribuições de frequência absoluta e relativa. Para comparar dados quantitativos entre pacientes psoriásicos com e sem personalidade tipo D, o teste U de Man-Whitney foi realizado. O teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher foi usado para variáveis qualitativas, quando necessário. A significância foi estabelecida em $p < 0,05$. Os principais desfechos de interesse foram PTD e presença de ansiedade e depressão. A PTD foi avaliada de forma binária, como presente quando escore DS14 > 10 em ambas as subescalas, ou ausente quando escore < 10 . Da mesma maneira, a HADS é uma escala binária com a qual a prevalência de ansiedade e/ou depressão foi considerada para escores > 7 em cada subescala.

Resultados

Características basais da amostra

Um total de 154 pacientes com psoríase moderada a grave foi convidado a participar do estudo. Vinte e um pacientes não atenderam aos critérios de inclusão e foram excluídos. Três questionários foram excluídos por estarem incompletos. Portanto, 130 pacientes foram incluídos no estudo. Na semana 208, houve 24 (18,5%) não respondedores – dois pacientes morreram e 22 não quiseram participar. Quarenta

pacientes com psoríase com PTD e 66 pacientes com psoríase sem PTD foram incluídos para análise. A [tabela 1](#) resume as características basais da população na semana 0.

Estabilidade da personalidade tipo D

A prevalência de PTD para os participantes foi de 37,7% (95% IC 29,08%-47,23%) na linha de base e 27,3% (95% IC 19,77%-36,52%) na semana 208. Um total de 47,5% (95% IC 32,9%-62,05%) dos pacientes mantiveram a PTD. A estabilidade da PTD foi maior em pacientes com escolaridade incompleta vs. ensino fundamental e médio e em pacientes com estado civil separado, divorciado ou viúvo vs. solteiro ou casado ([tabela 2](#)). Um escore de PASI mais alto na semana 208 e níveis mais altos de AN na semana 0, $\beta = 0,14$ (0,07), $p = 0,04$ também se correlacionaram com maior estabilidade de PTD. Não foi observada associação com idade, sexo, tempo de evolução, IMC, tratamento ou redução absoluta do escore do PASI a partir da semana 0.

Incidência de personalidade tipo D

A [tabela 3](#) resume os dados de incidência de PTD ao longo das 208 semanas de seguimento. Durante o seguimento, 15,15% (10/66) dos pacientes que não tinham PTD na semana 0 desenvolveram a mesma. Sexo masculino, presença de depressão anterior, ansiedade e níveis elevados de AN na linha basal, 0,17 (0,06), $p = 0,004$ aumentam o risco de desenvolver PTD. Em nossa amostra, 18 dos 77 pacientes sem PTD (23,4%) obtiveram um escore > 10 na subescala de AN na semana 208.

Implicações psicológicas da personalidade tipo D

A incidência de ansiedade em pacientes com PTD foi de 33,3% (5/15) vs. 10,87% (5/46) em pacientes sem PTD, $p = 0,413$. Não houve diferenças em relação à depressão – 9,52% (2/21) vs. 5,66% (3/53), $p = 0,55$. As frequências absolutas de ansiedade e depressão foram maiores em pacientes com PTD na linha basal início e na semana 208. A prevalência de ansiedade e depressão em relação ao *status* de PTD é mostrada na [tabela 4](#).

Discussão

O presente estudo avalia a estabilidade da PTD em pacientes com psoríase moderada a grave ao longo de 208 semanas de seguimento e sua relação com o desenvolvimento de ansiedade e depressão.

Diversos estudos demonstraram a estabilidade da PTD ao longo do tempo. Zoha et al. encontraram estabilidade temporal para a prevalência do tipo D em adultos israelenses saudáveis, com uma prevalência basal de 25,3%, o que não foi estatisticamente diferente da prevalência seis anos depois.²⁰ Um estudo de Jellesma et al. mostra que a prevalência da PTD permaneceu estável em escolares holandeses por um período de 18 meses.²¹ Ossola et al., de modo semelhante, mostrou que a prevalência do tipo D foi estável ao longo de 12 meses em pacientes italianos com doença coronária em terapia intensiva.²²

Tabela 1 Características basais da população na semana 0

| | PTD (n = 40) | Sem PTD (n = 66) | p-valores |
|--|-----------------|---------------------|-----------|
| Idade (anos) | 52,30 ± 1,97 | 51,46 ± 1,53 | 0,74 |
| Proporção sexo masculino:feminino | 21:19 | 10:13 | 0,41 |
| IMC | 28,50 ± 0,95 | 28,6 ± 0,74 | 0,92 |
| Nível de escolaridade (%) | | | 0,15 |
| Ensino Fundamental incompleto | 7 (17,50) | 4 (6,06) | |
| Ensino Secundário | 21 (52,50) | 36 (54,55) | |
| Ensino Superior | 12 (30) | 26 (39,39) | |
| Estado civil (%) | | | 0,66 |
| Solteiro | 5 (12,50) | 12 (18,18) | |
| Casado | 30 (75) | 48 (71,21) | |
| Outros | 5 (12,50) | 6 (10,61) | |
| Artropatia (%) | | | 0,69 |
| Sim | 13 (32,50) | 19 (28,79) | |
| Anos de evolução | 22,20 ± 1,93 | 24,14 ± 1,44 | 0,41 |
| Tratamento para psoríase (%) | | | 0,68 |
| Tópico | 7 (17,50) | 9 (13,64) | |
| Medicamentos sistêmicos clássicos | 14 (35,00) | 20 (30,30) | |
| Medicamentos biológicos | 19 (47,50) | 37 (56,06) | |
| PASI basal | 4,48 ± 0,79 | 4,14 ± 0,62 | 0,74 |
| HADS-A > 8 basal | 25 (62,5) | 20 (30,30) | 0,001 |
| HADS-D > 8 basal | 19 (47,50) | 13 (19,70) | 0,002 |

PTD, personalidade tipo D consiste em uma tendência a inibir a expressão de emoções ou comportamento para evitar reações negativas de outras pessoas (inibição social, IS), em combinação com a tendência estável de experimentar afetividade negativa (AN). Os dados são expressos em média ± desvio padrão e em número (porcentagem). IMC, índice de massa corporal; PASI, *Psoriasis Area and Severity Index*; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety* (HADS-A) e *Depression* (HADS-D). Os valores de p referem-se à comparação de pacientes com ou sem personalidade tipo D.

Tabela 2 Estabilidade da personalidade tipo D após 208 semanas de seguimento

| | PTD estável (n = 19) | Perda da PTD (n = 21) | p-valor |
|--|--------------------------|--------------------------|---------|
| Idade (anos) | 52,78 ± 2,5 | 51,8 ± 2,38 | 0,78 |
| Proporção sexo masculino:feminino | 9:10 | 12:9 | 0,53 |
| IMC | 28,22 ± 1,62 | 28,75 ± 1,54 | 0,81 |
| Nível de escolaridade: fundamental incompleto vs. ensino médio/superior | 6 (31,58) vs. 13 (68,42) | 1 (4,76) vs. 20 (95,24) | 0,03 |
| Estado civil casado/solteiro vs. divorciado/viúvo(a) | 14 (73,68) vs. 5 (26,32) | 21 (100,00) vs. 0 (0,00) | 0,02 |
| PASI (basal) | 5,14 ± 1,08 | 3,88 ± 1,02 | 0,40 |
| PASI (semana 208) | 3,67 ± 0,79 | 1,47 ± 0,76 | 0,05 |
| HADS-A > 8 (%) | 13 (68,42) | 12 (57,14) | 0,46 |
| HADS-D > 8 (%) | 11 (57,89) | 8 (38,10) | 0,20 |
| Tratamento basal da psoríase (%) | | | 0,29 |
| Tópico | 3 (15,79) | 4 (19,05) | |
| Medicamentos sistêmicos clássicos | 9 (47,37) | 5 (23,81) | |
| Medicamentos biológicos | 7 (36,84) | 12 (57,14) | |
| Tratamento final da psoríase (%) | | | 0,39 |
| Tópico | 1 (5,26) | 4 (19,05) | |
| Medicamentos sistêmicos clássicos | 2 (10,53) | 2 (9,52) | |
| Medicamentos biológicos | 16 (84,21) | 15 (71,43) | |

PTD, personalidade tipo D, consiste em uma tendência a inibir a expressão de emoções ou comportamento para evitar reações negativas de outras pessoas (inibição social: IS), em combinação com a tendência estável de experimentar afetividade negativa (AN). Os dados são expressos em média ± desvio padrão e em número (porcentagem). IMC, índice de massa corporal; PASI, *Psoriasis Area and Severity Index*; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety* (HADS-A) e *Depression* (HADS-D). Os valores de p referem-se à comparação de pacientes nos quais a personalidade tipo D permanece estável e naqueles que a perdem.

Tabela 3 Dados de incidência de personalidade Tipo D ao longo das 208 semanas de seguimento

| | Iniciou PTD (n = 10) | Sem PTD (n = 56) | p-valores |
|--|-------------------------|---------------------|-----------|
| Idade (anos) | 51,20 ± 4,2 | 51,51 ± 1,8 | 0,95 |
| Proporção sexo masculino:feminino | 1:4 | 19:9 | 0,004 |
| IMC | 27,63 ± 1,69 | 28,79 ± 0,71 | 0,51 |
| Nível de escolaridade (%) | | | 0,37 |
| Ensino Fundamental incompleto | 1 (10,0) | 3 (5,36) | |
| Ensino Secundário | 7 (70,0) | 29 (51,79) | |
| Ensino Superior | 2 (20,0) | 24 (42,86) | |
| Estado civil (%) | | | 0,97 |
| Solteiro | 2 (20,0) | 10 (17,86) | |
| Casado | 7 (70,0) | 41 (73,21) | |
| Divorciado | 1 (10,0) | 5 (8,93) | |
| PASI (basal) | 4,04 ± 1,68 | 4,16 ± 0,71 | 0,94 |
| Autor para correspondência (semana 208) | 1,00 ± 0,72 | 1,63 ± 0,30 | 0,42 |
| HADS-A > 8 basal | 6 (60,0) | 14 (25,0) | 0,03 |
| HADS-D > 8 basal | 5 (50) | 8 (14,29) | 0,01 |
| Tratamento basal da psoríase (%) | | | 0,92 |
| Tópico | 1 (10,0) | 8 (14,29) | |
| Medicamentos sistêmicos clássicos | 3 (30,0) | 17 (30,36) | |
| Medicamentos biológicos | 6 (60,0) | 31 (55,36) | |
| Tratamento final da psoríase (%) | | | 0,14 |
| Tópico | 3 (30,0) | 5 (9,09) | |
| Medicamentos sistêmicos clássicos | 0 (0,0) | 4 (7,27) | |
| Medicamentos biológicos | 7 (70,0) | 46 (83,64) | |

PTD, personalidade tipo D, consiste em uma tendência a inibir a expressão de emoções ou comportamento para evitar reações negativas de outras pessoas (inibição social: IS), em combinação com a tendência estável de experimentar afetividade negativa (AN). Os dados são expressos em média ± desvio padrão e em número (porcentagem). IMC, índice de massa corporal; PASI, *Psoriasis Area and Severity Index*; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety* (HADS-A) e *Depression* (HADS-D). Os valores de p referem-se à comparação de pacientes que desenvolvem o tipo D e aqueles que não o fazem.

Tabela 4 Prevalência de ansiedade e depressão nas semanas 0 e 208

| | Semana 0 | | p-valores | Semana 208 | | p-valores |
|------------|-----------------|---------------------|-----------|-----------------|---------------------|-----------|
| | PTD (n = 40) | Sem PTD (n = 66) | | PTD (n = 29) | Sem PTD (n = 77) | |
| HADS-A > 8 | 25 (62,50) | 20 (30,30) | 0,001 | 16 (55,17) | 19 (24,68) | 0,035 |
| HADS-D > 8 | 19 (47,50) | 13 (19,70) | 0,002 | 9 (31,03) | 7 (9,10) | 0,076 |

PTD, personalidade tipo D, consiste em uma tendência a inibir a expressão de emoções ou comportamento para evitar reações negativas de outras pessoas (inibição social, IS), em combinação com a tendência estável de experimentar afetividade negativa (AN). Os dados são expressos em número (porcentagem). HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety* (HADS-A) e *Depression* (HADS-D). Os valores de p referem-se à comparação de pacientes com ou sem personalidade tipo D.

Lim et al. descobriram que em pacientes coreanos a prevalência de PTD foi semelhante em pacientes com doença cardiovascular (DCV) em relação a pacientes com hipertensão arterial e sem DCV e em relação aos controles.^{23,24} De acordo com o exposto, o presente estudo mostra uma estabilidade da PTD de 47,5% ao longo dos quatro anos de seguimento.

As características de uma personalidade são traços dinâmicos que, ao longo da vida, podem passar por períodos de mudança e estabilidade.⁸ Ainda não sabemos por que os pacientes com PTD são mais vulneráveis, mas isso poderia estar relacionado não apenas a fatores biológicos, mas também a fatores comportamentais. Bratko e Butkovic

mostraram que os fatores genéticos eram os principais responsáveis pela estabilidade de quatro anos dos traços de personalidade de Eysenck – extroversão, neuroticismo e psicoticismo – no período de transição da adolescência para a idade adulta jovem,²⁵ enquanto as mudanças nos traços de personalidade durante esse período foram determinadas por fatores ambientais. A estabilidade da PTD, portanto, parece ser decorrente em grande parte de fatores genéticos, e esses fatores podem contribuir para a mudança de um traço bem como para sua continuidade.⁹ Há também alguns fatores ambientais envolvidos – parece lógico que a escolaridade incompleta faça com que o indivíduo compreenda menos a doença, o que favorece a persistência da PTD. Do mesmo

modo, ela pode ser afetada por fatores vitais, como a perda do(a) parceiro(a).

Dentro da PTD, o traço mais associado à sua estabilidade é ter altos níveis de AN. O alto nível de AN faz com que a pessoa experimente mais sentimentos de ansiedade, disforia e irritabilidade, o que gera uma perspectiva negativa de si mesmo e da realidade, percebendo assim problemas iminentes que ainda não são reais. Em nossa amostra, 23,4% dos pacientes que não atenderam aos critérios de PTD obtiveram um escore acima de 10 na subescala de AN.

Uma pesquisa recente mostrou um aumento da prevalência de PTD em pacientes com psoríase em comparação com populações saudáveis.⁴⁻⁶ Em nosso estudo, a prevalência de PTD é alta (27,3%-37,7%), especialmente considerando que estão sob tratamento como pacientes de uma unidade de psoríase. A prevalência também é comparável à da população com doença cardíaca (13,5%-35%).²⁶

A personalidade consiste em um conjunto de traços que refletem consistências ao longo do tempo no nível afetivo geral e no comportamento dos indivíduos.²⁷ No estudo de Mols et al., observou-se que os níveis de ansiedade eram mais elevados em pacientes com câncer e PTD em comparação com os sem PTD.²⁸ Isso é consistente com a literatura em pacientes com e sem DCV e na população em geral. A PTD e o humor estão consistentemente relacionados, favorecendo níveis mais elevados de ansiedade e depressão nesses pacientes. A PTD está consistentemente relacionada ao humor, favorecendo a presença de ansiedade e depressão.^{12,29,30} Como já sabemos, a interrelação de ansiedade, estresse e cortisol por meio do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal é um fator que agrava a psoríase. Indivíduos com PTD e, em particular, seu subcomponente de AN, estão mais propensos a experimentar emoções negativas, depressão, ansiedade, hostilidade, irritabilidade, níveis mais baixos de autoconfiança e mais uso de resignação ou estratégias de enfrentamento por retraimento.² Na presente amostra, a incidência de ansiedade é três vezes maior em pacientes com PTD durante o seguimento. Além disso, 23,4% dos pacientes que não atenderam aos critérios de PTD obtiveram um escore acima de 10 na subescala de AN.

A PTD representa um fator de risco para um prognóstico desfavorável e morte em pacientes com doença cardíaca.^{1,11} Sua prevalência em pacientes com DCV varia entre 13,5% e 35%.²⁹ Essa vulnerabilidade, embora permaneça desconhecida, pode ser explicada por fatores genéticos e comportamentais.³¹

Não há dados anteriores sobre a incidência de PTD em doenças crônicas como a psoríase, em que os pacientes podem experimentar mudanças na presença ou ausência da doença ao longo do tempo e apenas em processos agudos.^{11,12,29} Consideramos que uma incidência de 15% seja alta, por se tratar do fato de que são pacientes em tratamento na unidade de psoríase. Parece que os indivíduos mais vulneráveis para a PTD são do sexo masculino, que recebem subtratamento, aqueles com alterações de humor na forma de ansiedade e depressão e, novamente, parece que a AN aumenta o risco de PTD.

A PTD é um marcador de comorbidade psicológica consistente ao longo do tempo e, portanto, os pacientes com psoríase e PTD podem ser candidatos a cuidados de equipe multidisciplinar, incluindo cuidados psicológicos e terapia cognitivo-comportamental. Poderíamos considerar

o tratamento cognitivo-comportamental uma estrutura promissora de intervenção. De acordo com estudos anteriores, isso poderia reduzir a percepção de estigmatização em doenças que afetam a pele – e, assim, a melhora tanto dos resultados psicológicos quanto dos relacionados à doença em pacientes com psoríase também ajudaria a trabalhar a sensação de desamparo nesses pacientes. Tudo isso está significativamente correlacionado com o impacto da doença.³²⁻³⁴ É necessário reavaliar periodicamente a presença de PTD em pacientes com psoríase moderada a grave, pois novos casos podem se desenvolver com o tempo.

Os resultados do presente estudo devem ser vistos com cautela em razão de algumas limitações metodológicas: (1) tamanho limitado da amostra; (2) gravidade da psoríase limitada a moderada a grave; e (3) os pacientes estavam sob tratamento para psoríase.

Conclusão

O presente estudo fornece mais evidências de que a PTD está sendo conceitualizada como uma síntese mental de personalidade estável, em vez de um fenômeno de traço de personalidade. A PTD pode representar um perfil de personalidade frequente em pacientes com psoríase, o que pode identificar indivíduos mais vulneráveis à comorbidade psicológica e que podem se beneficiar de um tratamento cognitivo-comportamental. É necessário reavaliar periodicamente a presença de PTD em pacientes com psoríase moderada a grave, pois novos casos podem se desenvolver com o tempo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Paula Aguayo-Carreras: Conceitos; projeto; definição de conteúdo intelectual; busca na literatura; estudos clínicos; aquisição de dados; análise de dados; análise estatística; preparação do manuscrito; edição do manuscrito; revisão do manuscrito; avalista.

José Carlos Ruiz-Carrascosa: Conceps; definição de conteúdo intelectual; estudos clínicos; aquisição de dados; análise estatística; preparação do manuscrito; edição do manuscrito; revisão do manuscrito; avalista.

Ricardo Ruiz-Villaverde: Conceps; definição de conteúdo intelectual; estudos clínicos; aquisição de dados; análise estatística; preparação do manuscrito; edição do manuscrito; revisão do manuscrito; avalista.

Alejandro Molina-Leyva: Conceitos; projeto; definição de conteúdo intelectual; estudos clínicos; aquisição de dados; análise de dados; análise estatística; preparação do manuscrito; edição do manuscrito; revisão do manuscrito; avalista.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosom Med*. 2005;67:89–97.
- Borkoles E, Kaiseler M, Evans A, Ski CF, Thompson DR, Polman RCJ. Type D personality, stress, coping and performance on a novel sport task. *PLoS One*. 2018;13:1–15.
- Zohar AH, Denollet J, Ari LL, Cloninger CR. The Psychometric Properties of the DS14 in Hebrew and the Prevalence of Type D Personality in Israeli Adults. *Eur J Psychol Assess*. 2011;27:274–81.
- van Beugen S, van Middendorp H, Ferwerda M, Smit JV, Zeeuwen-Franssen MEJ, Kroft EBM, et al. Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2017;176:687–94.
- Basińska MA, Woźniewicz A. The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol*. 2013;30:381–7.
- Molina-Leyva A, Caparros-Delmoral I, Ruiz-Carrascosa JC, Naranjo-Sintes R, Jimenez-Moleon JJ. Elevated prevalence of Type D (distressed) personality in moderate to severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: A comparative pilot study. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2015;29:1710–7.
- Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren R, Augustin M. Psoriasis: Is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2010;24:989–1004.
- Roberts BW, Caspi A. The cumulative continuity model of personality development: striking a balance between continuity and change in personality traits across the life course. In: Staudinger UM, Lindenberger U, editors. *Understanding Human Development*. Boston: Springer; 2003. p. 183–214.
- Kupper N, Boomsma DI, de Geus EJC, Denollet J, Willemsen G. Nine-year stability of type D personality: Contributions of genes and environment. *Psychosom Med*. 2011;73:75–82.
- Loosman WL, de Jong RW, Haverkamp GLG, van den Beukel TO, Dekker FW, Siegert CEH, et al. The Stability of Type D Personality in Dialysis Patients. *Int J Behav Med*. 2018;25:85–92.
- Condén E, Rosenblad A, Eksetius L, Åslund C. Prevalence of Type D personality and factorial and temporal stability of the DS14 after myocardial infarction in a Swedish population. *Scand J Psychol*. 2014;55:601–10.
- Martens EJ, Kupper N, Pedersen SS, Aquarius AE, Denollet J. Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period. *J Psychosom Res*. 2007;63:545–50.
- Dannemann S, Matschke K, Einsle F, Smucker MR, Zimmermann K, Joraschky P, et al. Is type-D a stable construct? An examination of type-D personality in patients before and after cardiac surgery. *J Psychosom Res*. 2010;69:101–9.
- Llamas-Velasco M, de la Cueva P, Notario J, Martínez-Pilar L, Martorell A, Moreno-Ramírez D. Psoriasis moderada Propuesta de definición. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:911–7.
- Robinson A, Kardos M, Kimball AB. Physician Global Assessment (PGA) and Psoriasis Area and Severity Index (PASI): Why do both? A systematic analysis of randomized controlled trials of biologic agents for moderate to severe plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:369–75.
- Alcaraz S, Hidalgo MD, Godoy C, Fernández E. Spanish validation of the type d personality scale (DS14). *Behav Psychol Psicol Conduct*. 2018;26:195–209.
- Svansdottir E, Denollet J, Thorsson B, Gudnason T, Halldorsdottir S, Gudnason V, et al. Association of type D personality with unhealthy lifestyle, and estimated risk of coronary events in the general Icelandic population. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20:322–30.
- Stern AF. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occup Med (Lond)*. 2014;64:393–4.
- Navinés R, Castellví P, Moreno-España J, Gimenez D, Udina M, Cañizares S, et al. Depressive and anxiety disorders in chronic hepatitis C patients: Reliability and validity of the Patient Health Questionnaire. *J Affect Disord*. 2012;138:343–51.
- Zohar AH. Is type-D personality trait(s) or state? An examination of type-D temporal stability in older Israeli adults in the community. *Peer J*. 2016;4:e1690.
- Jellesma FC. Health in young people: Social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29:94–100.
- Ossola P, De Panfilis C, Tonna M, Ardissino D, Marchesi C. DS14 is more likely to measure depression rather than a personality disposition in patients with acute coronary syndrome. *Scand J Psychol*. 2015;56:685–92.
- Berg M, Svensson M, Brandberg M, Nordlind K. Psoriasis and stress: A prospective study. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2008;22:670–4.
- Lim HE, Lee MS, Ko YH, Park YM, Joe SH, Kim YK, et al. Assessment of the type D personality construct in the Korean population: A validation study of the Korean DS14. *J Korean Med Sci*. 2011;26:116–23.
- Bratko D, Butkovic A. Stability of genetic and environmental effects from adolescence to young adulthood: Results of Croatian longitudinal twin study of personality. *Twin Res Hum Genet*. 2007;10:151–7.
- Grande G, Romppel M, Barth J. Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2012;43:299–310.
- Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1994;103:18–31.
- Mols F, Thong MSY, De Poll-Franse LJV, Roukema JA, Denollet J. Type D (distressed) personality is associated with poor quality of life and mental health among 3080 cancer survivors. *J Affect Disord*. 2012;136:26–34.
- Romppel M, Herrmann-Lingen C, Vesper JM, Grande G. Type D personality and persistence of depressive symptoms in a German cohort of cardiac patients. *J Affect Disord*. 2012;136:1183–7.
- Hausteiner C, Klupsch D, Emeny R, Baumert J, Ladwig KH. Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: Prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker. *Psychosom Med*. 2010;72:163–71.
- Pelle AJ, Schiffer AA, Smith OR, Widdershoven JW, Denollet J. Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *Int J Cardiol*. 2010;142:65–71.
- Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol*. 1999;72:385–96.
- Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Griffiths CEM. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol*. 2002;146:458–65.
- Fortune DG, Richards HL, Griffiths CEM, Main CJ. Targeting cognitive-behaviour therapy to patient's implicit model of psoriasis: Results from a patient preference-controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2004;43:65–82.