

Terapêutica Centrada na Pessoa¹

C. Robert Cloninger
Kevin M. Cloninger

Tradução: Jovana Giacobbo Serra e Aline Ponzoni
Revisão da Tradução: Letícia Alminhana

RESUMO

A eficácia de um clínico no tratamento depende substancialmente de sua atitude em relação ao – e compreensão do – paciente como uma pessoa dotada de autoconsciência e determinação para direcionar seu próprio futuro. A avaliação da personalidade na sessão terapêutica é uma base fundamental para formar uma aliança de trabalho eficaz, compartilhando os mesmos objetivos. Ajudar uma pessoa a refletir sobre sua personalidade fornece um reflexo de suas fortalezas e vulnerabilidades na adaptação aos muitos desafios da vida. O Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) fornece uma maneira eficiente de descrever a personalidade minuciosamente e de prever os aspectos positivos e negativos da saúde. Forças e fraquezas nos traços de personalidade do ITC permitem sólidas previsões das diferenças individuais de todos os aspectos do bem-estar. Diversas técnicas terapêuticas, como dieta, exercícios, autorregulação do humor, meditação ou atos de gentileza influenciam a saúde e o desenvolvimento da personalidade de maneiras que são indistinguíveis umas das outras ou de tratamentos alopáticos eficazes. Assim, o desenvolvimento do bem-estar parece ser o resultado da ativação de um conjunto sinérgico de mecanismos de bem-estar, que são expressos por meio de funcionamento, plasticidade e virtude mais completos na adaptação aos desafios da vida.

Palavras-chave: tratamento; promoção da saúde; bem-estar; personalidade; terapia centrada na pessoa.

ABSTRACT

Person-centered Therapeutics

A clinician's effectiveness in treatment depends substantially on his or her attitude toward – and understanding of – the patient as a person endowed with self-awareness and the will to direct his or her own future. The assessment of personality in the therapeutic encounter is a crucial foundation for forming an effective working alliance with shared goals. Helping a person to reflect on their personality provides a mirror image of their strengths and weaknesses in adapting to life's many challenges. The Temperament and Character Inventory (TCI) provides an effective way to describe personality thoroughly and to predict both the positive and negative aspects of health. Strengths and weaknesses in TCI personality traits allow strong predictions of individual differences of all aspects of well-being. Diverse therapeutic techniques, such as diet, exercise, mood self-regulation, meditation, or acts of kindness, influence health and personality development in ways that are largely indistinguishable from one another or from effective allopathic treatments. Hence, the development of wellbeing appears to be the result of activating a synergistic set of mechanisms of well-being, which are expressed as fuller functioning, plasticity, and virtue in adapting to life's challenges.

Keywords: treatment; health promotion; well-being; personality; person-centered therapy.

1. Publicado originalmente no *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(1), pp. 43-52, 2011. Agradecemos aos autores e aos editores, pela gentileza de autorizar a tradução.

Sobre os Autores

C. R. C.
orcid.org/0000-0003-3096-4807
Washington University School of
Medicine - Washington, DC -
EUA
crcloninger44@gmail.com

K. M. C.
Anthropedia Foundation - St.
Louis, Missouri - EUA

Sobre os tradutores

J. G. S.
orcid.org/0000-0003-3365-074X
Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul - Porto
Alegre - RS
jovanaserra@ig.com.br

A. P.
orcid.org/0000-0002-8098-9976
Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul - Porto
Alegre - RS
ponzoni.aline@hotmail.com

L. A.
orcid.org/0000-0001-8829-4493
Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul - Porto
Alegre - RS
leticiaalminhana@gmail.com

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



O QUE É A TERAPÊUTICA CENTRADA NA PESSOA?

Terapêutica centrada na pessoa é o uso de uma relação interpessoal e de um diálogo humanista para orquestrar mudanças no estilo de vida e outros procedimentos necessários para curar ou prevenir doenças e promover a saúde (Tournier, 1977). Experimentos controlados e randomizados de tratamentos centrados na pessoa que promovem bem-estar têm menores taxas de abandono, recaída e recorrência do que outras abordagens de tratamento (Cloninger, 2006). Para que a terapêutica seja efetivamente centrada na pessoa, deve envolver uma consciência e respeito pela pessoa como um todo, cuja saúde é certamente mais do que seus sintomas de doença e sua história médica progressiva (WHO, 1946). As experiências, objetivos e valores únicos de cada pessoa são avaliados e tratados em uma relação terapêutica centrada na pessoa, a qual, idealmente, busca promover o bem-estar físico, mental, social, cultural e espiritual. A terapêutica centrada na pessoa atenta para as necessidades da pessoa (para a totalidade da saúde da pessoa, tanto para os aspectos positivos como para os desfavoráveis), e é acionada *pela* pessoa (com médicos oferecendo-se como seres humanos completos), *para* a pessoa (buscando a realização de aspirações relacionadas à saúde a projetos de vida da pessoa) e *com* a pessoa (em uma relação respeitosa e de empoderamento para com a pessoa que consulta) (Mezzich et al., 2010). Essencialmente, a terapêutica centrada na pessoa é a aplicação prática da ciência do bem-estar nos cuidados e na promoção da saúde (Cloninger, 2006; Cloninger, 2004; Mezzich et al., 2010).

UMA PESSOA É MAIS DO QUE SEUS SINTOMAS

Infelizmente, a maioria dos tratamentos médicos contemporâneos está focada no alívio dos sintomas agudos da doença, ao invés da promoção da saúde e do bem-estar (Cloninger, Zohar, & Cloninger, 2010; Wong & Cloninger, 2010). Como resultado, a prática médica contemporânea é ineficaz na prevenção e no tratamento de doenças crônicas, que são comuns e complexas em sua etiologia e terapêutica. As taxas de desistência, recaída e recorrência também são altas, mesmo para doenças agudas, quando os tratamentos não são direcionados para a promoção do bem-estar (Cloninger, 2006). Além disso, abordagens terapêuticas impessoais falharam em aumentar o nível médio de bem-estar físico, emocional ou social na população em geral, apesar dos avanços técnicos substanciais e dos gastos com saúde (Cloninger, 2004; Mezzich et al., 2010). Tratamentos direcionados aos sintomas agudos da doença, ao invés de suas causas, resultam em alívio temporário, recidivas e retornos frequentes, sem melhora duradoura na saúde

pública (Cloninger, 2006).

As inadequações das terapêuticas impessoais levaram a um interesse generalizado e crescente em terapias alternativas mais pessoais e holísticas. Tratamentos baseados em evidências, para população adulta e condições médicas, são muito diversos, incluindo: exercícios físicos, dieta, higiene do sono, exercícios de respiração profunda, relaxamento muscular, autorregulação do humor, visualizações guiadas, meditação e atos de gentileza e gratidão (Bertisch, Wee, Phillips, & McCarthy, 2009; Chiesa & Serretti, 2009; Servan-Schreiber, 2005). Tais tratamentos autorregulatórios e alternativos produzem resultados muitas vezes indistinguíveis de intervenções alopáticas mais convencionais, sugerindo que um mecanismo comum está sendo influenciado por vias complementares (Targ & Levine, 2002). O sucesso na autorregulação a partir de práticas repetidas em situações específicas, tais como exercícios para monitorar e melhorar a postura, monitorar e regular o humor ou monitorar e registrar a alimentação, conduz consistentemente a um maior autocontrole (ou seja, força de vontade ou livre-arbítrio) em outras situações não relacionadas a essa prática, novamente sugerindo um mecanismo subjacente comum, ou um conjunto sinérgico de mecanismos de bem-estar (Baumeister, Bauer, & Lloyd, 2010; Baumeister, Gailliot, DeWall, & Oaten, 2006; Muraven, Baumeister, & Tice, 1999).

ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA MELHORA OS RESULTADOS DO TRATAMENTO

As condições que promovem o bem-estar e a recuperação de doenças envolvem um conjunto de características comuns de saúde que incluem esperança, empatia e respeito por si mesmo e pelos outros (Amering & Schmolke, 2009). Essas características comuns de bem-estar emergem de uma visão autotranscendente da vida com um senso de unidade infinita com tudo o que existe ou por meio de uma conexão inseparável com a natureza e com as outras pessoas (Cloninger, 2004). As perspectivas e valores autotranscendentes são típicos de pessoas saudáveis e criativas em todas as culturas (Schwartz, 1992). Uma perspectiva de separatividade predispõe a pessoa a sentimentos de medo, alienação e orgulho ou vergonha, predispondo à insatisfação com a vida e à doença.

O tratamento centrado na pessoa promove a saúde ao fornecer a experiência de uma perspectiva de unidade na relação terapêutica, que pode ser mais tarde generalizada para além dessa relação. Uma perspectiva de unidade promove o bem-estar pela ativação de uma espiral sinérgica de autodirecionamento, cooperatividade e

autotranscendência (Cloninger, 2006; Cloninger, Svrakic, & Svrakic, 1997; Cloninger, 2004; Cloninger & Zohar, 2011; Cloninger et al., 2010). Apenas cerca de 15% da variação no resultado do tratamento é passível de ser atribuído a técnicas específicas das diferentes escolas psicoterapêuticas, enquanto que cerca de 85% da variação nos resultados da psicoterapia é explicada por fatores comuns compartilhados por diferentes abordagens (Joyce, Wolfaardt, Sribney, & Aylwin, 2006; Lambert, 2003, 2005). O que é atribuído aos fortes efeitos placebo observados na maioria dos estudos sobre drogas ou psicoterapia é substancialmente determinado por fatores psicossociais comuns, que podem ser tão grandes ou maiores do que os supostos tratamentos específicos (Lambert, 2005).

Os fatores comuns em todo tratamento incluem as características do paciente, as competências do terapeuta referentes a respeito (isto é, valorização, consideração positiva incondicional, aceitação, confiança), compreensão empática e fidedignidade (realismo, autenticidade) e a qualidade da relação terapêutica entre eles (objetivos compartilhados, envolvimento emocional e troca) (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Clarkson, 1994). Esses fatores comuns são característicos de todos os relacionamentos interpessoais verdadeiramente saudáveis (Strupp & Hadley, 1979) e são importantes para a manutenção e recuperação de todos os aspectos do bem-estar, sejam eles físicos, mentais ou espirituais (J. W. Burns, Glenn, Bruehl, Harden, & Lofland, 2003; John W. Burns & Evon, 2007; R. Cloninger, 2007). Alegações de evidências a favor da especificidade de técnicas particulares para distúrbios específicos raramente são justificadas por causa da avaliação inadequada desses fatores comuns (Joyce et al., 2006). No entanto, em pesquisa sob os auspícios da Anthropedia Foundation, descobrimos que é essencial ir além de uma simples abordagem de fator comum para avaliar e compreender os mecanismos pelos quais uma pessoa muda, como parte de um processo dinâmico de várias etapas, envolvendo uma espiral de mudanças sinérgicas no funcionamento, plasticidade e virtude (Cicchetti, 2010; Cloninger, 2006; Cloninger & Cloninger, 2011; Prochaska & Velicer, 1997; Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004).

Em outras palavras, a eficácia de um clínico no tratamento depende substancialmente de sua *atitude* em relação ao – e sua *compreensão* sobre o – paciente. As atitudes interpessoais de respeito, autenticidade e compreensão empática são cruciais para o desenvolvimento do bem-estar (Cloninger, 2006; Rogers, 1995). Quando os médicos confiam apenas no diagnóstico baseado em sintomas e tratam os pacientes sem uma troca respeitosa no diálogo, geralmente há altas taxas de abandono e descumprimento das prescrições de tratamento, bem como altos índices de

esgotamento do médico e estigmatização de pacientes (Cloninger, 2006). Consequentemente, a prática clínica eficaz depende de ferramentas que facilitem a avaliação não estigmatizada da personalidade, o rápido estabelecimento de uma aliança terapêutica e o desenvolvimento orientado da autoconsciência com a finalidade de as pessoas aprenderem a viver bem.

Aqui, descrevemos o exemplo de avaliação da personalidade conforme é usada no programa *Know Yourself* sobre bem-estar, promovido pela *Anthropedia* Foundation como ilustração para demonstrar os papéis ativos de pacientes e clínicos na terapêutica centrada na pessoa. Hoje, os médicos geralmente descrevem a doença de uma pessoa apenas em termos de uma lista de sintomas e, talvez, do curso de sua história médica pregressa, sem a integração de informações adicionais sobre a história pessoal, social, cultural e espiritual. Mesmo com um diagnóstico completo baseado em sintomas, a maioria dos médicos não aprecia realmente quem a pessoa é ou, se sabe intuitivamente, ainda não integrou a apreciação do paciente com a compreensão das causas das doenças ou do conjunto único de forças que permitirão à pessoa recuperar sua saúde.

Diferenças individuais de perspectiva sobre a vida determinam fortemente a capacidade de uma pessoa trabalhar, amar e servir aos outros com satisfação e saúde. A avaliação de personalidade ajuda o clínico a saber quem a pessoa é, estimula o paciente a refletir sobre suas fortalezas e fraquezas na regulação de suas emoções de acordo com seus objetivos e valores. Ao invés de apenas gerar um rótulo categórico pejorativo de traços e transtornos de personalidade (Cloninger, 2007), tanto o clínico quanto o paciente precisam entender como o perfil de personalidade do paciente é organizado e como pode contribuir para sua saúde e doença.

ENTÃO, O QUE É PERSONALIDADE?

Se uma pessoa é mais do que seus sintomas, então os médicos precisam de uma maneira de descrever a pessoa como um ser que aprende e se adapta às situações da vida. A personalidade é definida como a organização, dentro do indivíduo, dos sistemas psicobiológicos pelos quais ele se molda e se adapta a influências internas e externas que estão sempre em constante mudança (Allport, 1937; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). O Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) é uma ferramenta para avaliação de personalidade que foi desenvolvida para fornecer um modelo psicobiológico abrangente da personalidade e da forma que ela se desenvolve nos indivíduos (Cloninger et al., 1993). O modelo subdivide a personalidade em sete dimensões que

variam amplamente na população em geral, em vez de se concentrar apenas em patologias ou traços anormais (Strack, 2006). Contudo, foi projetado para ser igualmente aplicável a populações clínicas sem estigmatizar ou patologizar.

O ITC é baseado em um modelo psicobiológico de interações complexas entre variáveis genéticas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, ao invés de assumir que a personalidade pode ser decomposta em dimensões independentes (Cloninger, 2008, 2009). Estudos prospectivos de personalidade e a experiência clínica mostram consistentemente que o mesmo transtorno pode ter diferentes caminhos que levaram à sua manifestação. Essa é uma característica de sistemas abertos com desenvolvimento não linear chamada "equifinalidade" (Cicchetti & Rogosch, 1996; Cloninger & Zohar, 2011). Da mesma forma, clínicos experientes sabem que o mesmo conjunto de traços antecedentes pode se desenvolver de muitas maneiras diferentes que levam a resultados divergentes, outra característica do desenvolvimento não linear chamada "multifinalidade" (Cloninger et al., 1997). Infelizmente, a maioria dos inventários mais modernos para avaliar a personalidade são modelos lineares derivados por métodos fatoriais analíticos, que são realmente inválidos para sistemas não lineares como a personalidade. Sem alegar que esta é a única maneira de entender rigorosamente a personalidade, usamos o ITC sobretudo porque é um sistema de avaliação amplamente validado, o qual reconhece a natureza não linear do desenvolvimento da personalidade, que é crucial para o planejamento do tratamento e tem se mostrado útil e prático para uso clínico no tratamento de todo o espectro de patologias da personalidade e psicológicas (Cloninger, 2004; Cloninger & Zohar, 2011; Grucza & Goldberg, 2007; Svrakic, Whitehead, Przybeck, & Cloninger, 1993).

ENTENDENDO O INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER (ITC)

O ITC fornece uma rápida, confiável e significativa descrição clínica da pessoa que está consultando, de uma maneira respeitosa, que descreve sem julgar ou culpar. Nós, os autores, geralmente administramos o ITC na primeira ou segunda sessão, muitas vezes enquanto o paciente está aguardando a consulta. O teste tem 240 perguntas. Tanto o inventário com questões verdadeiro-falso ou o modelo que utiliza uma escala Likert de 5 pontos podem ser completados pelo paciente em 35 a 45 minutos. O paciente é solicitado a completar suas respostas de uma só vez, se possível. O teste é geralmente administrado e pontuado online de casa ou do consultório, tanto sozinho ou como parte de um programa psicoeducacional para promover o bem-estar (Anthropedia,

2009). Informações sobre a administração do inventário estão disponíveis online (<http://anthropedia.org>).

A pontuação automatizada do perfil autorrelatado do paciente pode então ser revisada e discutida com o paciente. A revisão e discussão do perfil de personalidade do paciente não só traz informações para o clínico, mas também permite ao paciente refletir sobre como ele ou ela descreveu a si mesmo. Essa discussão dá ao clínico e a seu paciente uma linguagem compartilhada para compreender quem ele é e quais são suas fortalezas e vulnerabilidades. Tal discussão permite que o paciente veja que o clínico compreende e pode prever coisas sobre ele ou ela mesmo antes de terem conversado explicitamente sobre isso.

Um estudo recente sobre as muitas previsões que podem ser feitas a partir dos perfis obtidos por meio do ITC é fornecido em um outro artigo (Cloninger et al., 2010). Por exemplo, pessoas que facilmente perdem o interesse pelas coisas (ficam entediadas) e agem impulsivamente têm maior probabilidade de ter experimentado drogas. A discussão das necessidades e vulnerabilidades do paciente, por meio de um diálogo mutuamente respeitoso, constrói rapidamente respeito, sintonia e uma relação terapêutica com metas de tratamento compartilhadas. A informação sobre a personalidade do indivíduo o convida a se envolver em mais reflexão, o que às vezes ativa uma recuperação rápida e espontânea.

Somando a isso, a esperança no diálogo com o paciente também proporciona uma maior consciência do caminho de transformação interior enquanto ele ou ela e o clínico mapeiam o percurso necessário para o desenvolvimento, diminuindo o impacto do que tem sido incômodo. Discussão acerca das fortalezas da pessoa, bem como sobre suas vulnerabilidades auxilia no reconhecimento das ferramentas e recursos disponíveis para alcançar maior satisfação com a vida, felicidade e bem-estar geral. O tratamento disponível para os pacientes pode incluir medicamentos prescritos por um médico, bem como outros exercícios, atividades e meditações que os ajudarão a entender a si mesmos e as suas condições mais plenamente.

DISTINGUINDO TEMPERAMENTO E CARÁTER

Temperamento refere-se a diferenças individuais na força dos impulsos subjacentes a emoções básicas, tais como medo, raiva, repulsa e surpresa, que são moderadamente estáveis ao longo da vida de uma pessoa. Em contraste, o caráter refere-se a diferenças individuais nos objetivos e valores de uma pessoa que se desenvolvem de uma forma paulatina enquanto ela amadurece sua visão de si, por meio das experiências ao longo de sua vida (Cloninger, 1994,

2003). As quatro dimensões do temperamento e as três dimensões de caráter, medidas pelo ITC, estão resumidas na

Figura 1.

Inicialmente, o temperamento foi descrito em termos de

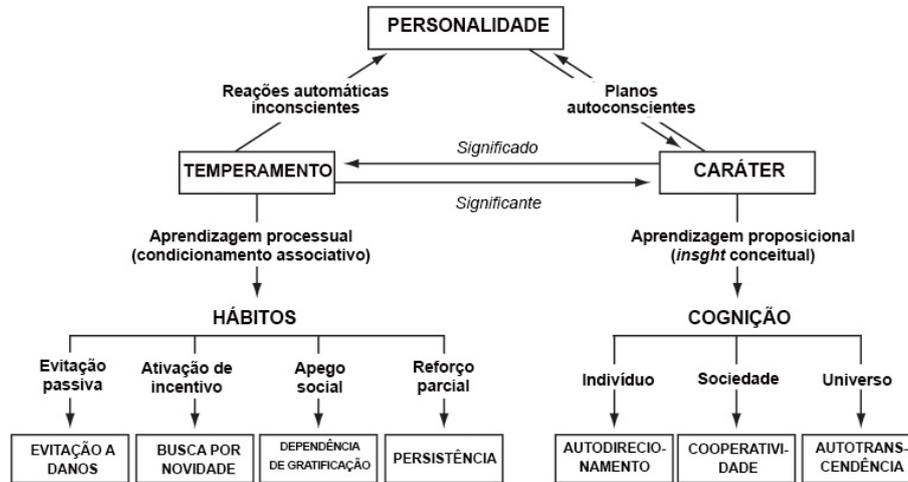


Figura 1. Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter (Reproduzido com permissão do Washington University Center for Well-Being).

três dimensões hereditárias: Evitação de Danos (ED); Busca por Novidade (BN) e Dependência de Gratificação (DG), conforme medido pelo Questionário Tridimensional da Personalidade (TPQ) (Cloninger, 1987).

Trabalhos posteriores identificaram uma quarta dimensão hereditária de temperamento chamada Persistência (P) (Heath, Cloninger, & Martin, 1994; Stallings, Hewitt, Cloninger, Heath, & Eaves, 1996). Esses quatro temperamentos correspondem a pessoas com tendência à ansiedade (isto é, alta Evitação de Danos, como no Grupo C do DSM-V, 2007), propensão à impulsividade e à raiva (ou seja, alta Busca por Novidade, como no Grupo B do DSM-V, 2007), o desapego social (isto é, baixa Dependência de Recompensa, como no Grupo A do DSM-V, 2007) e persistência ou obsessividade (ou seja, alta persistência, como em personalidades anancásticas; Cloninger, 2000; Conrad et al., 2007). Esses quatro grupos ficaram conhecidos como os "quatro A's": evitativos, antissociais, excêntricos e anancásticos (preocupação excessiva com regras e detalhes), respectivamente (Mulder & Joyce, 1997)¹. Configurações dessas dimensões fornecem uma maneira confiável de descrever o estilo emocional ou subtipo de transtornos de personalidade (Karwautz, Troop, Rabe-Hesketh, Collier, & Treasure, 2003; Svrakic et al., 1993).

Grupos de pessoas com diferentes configurações de temperamento estão representados na Figura 2. Cada uma dessas configurações de temperamento difere em média enquanto grupo, em relação ao nível de maturidade (Agrawal et al., 2008). Por exemplo, indivíduos que apresentam alto índice de Evitação de Danos (E) e Busca por Novidade (B), mas baixo índice de Dependência de Recompensa (d)², são descritos como tendo um perfil de temperamento explosivo ou limítrofe/borderline (BE_d). Eles são muito mais propensos a serem imaturos do que aqueles com outras configurações, mas há um número substancial de pessoas com um temperamento explosivo que são, no entanto, maduras e responsáveis (isto é, que não apresentam um transtorno de personalidade).

A identificação de configurações é útil porque elas são moderadamente estáveis na ausência de grandes traumas ou condicionamentos comportamentais. Identificar uma configuração também permite que um clínico considere as interações que provavelmente ocorram entre as dimensões de uma pessoa e, assim, influenciar o caminho que tomarão no desenvolvimento da narrativa de suas vidas (Cloninger & Svrakic, 1997; Cloninger et al., 1997).

Apenas o Temperamento não é adequado para determinar se uma pessoa tem ou não um transtorno de personalidade.

¹ Os "quatro A's" correspondem à letra A, inicial, em língua inglesa, das palavras *asthenic*, *antissocial*, *asocial* e *anankastic*, traduzidas aqui por evitativos, antissociais, excêntricos e anancásticos (N.T.).

² As letras que simbolizam cada uma das categorias de temperamento correspondem às letras iniciais dessas mesmas categorias como nomeadas em língua inglesa, quais sejam, H para *Harm Avoidance* (Evitação a Danos), N para *Novelty Seeking* (Busca por Novidade), R para *Reward Dependence* (Dependência de Gratificação) e P para *Persistence* (Persistência). As letras são grafadas maiúsculas quando representam altos índices da dimensão e, minúsculas quando representam baixos índices (N. T.).

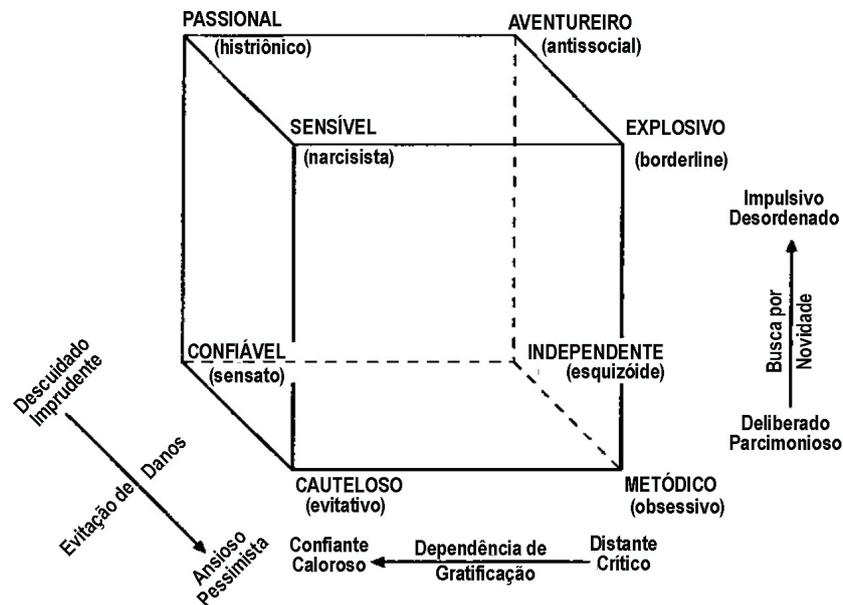


Figura 2. O Cubo ITC de Temperamento: Descritores das diferentes configurações de Evitação de Danos, Busca por Novidade e Dependência de Recompensa do ITC (Reproduzido com permissão do Washington University Center for Well-Being).

Alguém pode ser saudável e maduro independentemente do seu perfil de temperamento, ainda que grupos de perfis de temperamento difiram em maturidade na média, como mostra a Tabela 1. É por essa razão que as dimensões de Caráter do ITC foram desenvolvidas: para medir aspectos adicionais da personalidade que permitem às pessoas regular seus impulsos emocionais e conflitos de tal maneira que elas sejam maduras e saudáveis, independentemente do

temperamento.

Para compreender a pessoa que está em atendimento, é essencial avaliar tanto seu temperamento quanto seu caráter. Os traços de temperamento são predisposições para respostas emocionais que são totalmente desenvolvidas nos primeiros anos de vida e permanecem moderadamente estáveis a partir de então. Por outro lado, o caráter envolve

Tabela 1. A probabilidade de ser imaturo em Caráter em função da configuração dos traços de Temperamento do ITC (reproduzido com permissão do Washington University Center for Well-Being)

Tipo de Temperamento	Código da Configuração*	Número de Sujeitos	% Imaturos**
Explosivo	BEd	39	72
Metódico	bEd	44	59
Aventureiro	Bed	25	48
Sensível	BED	30	40
Média	-	15	33
Evitativo	bED	30	17
Independente	Bed	31	16
Passional	BeD	50	12
Confiável	beD	36	6
(Total)		(300)	(33)

Nota: *O código indica que a Busca por Novidade é alta (B) ou baixa (b), Evitação de Danos alta (E) ou baixa (e) e Dependência de Recompensa alta (D) ou baixa (d). **A imaturidade está baseada em estar no terço inferior da população em geral no somatório de Autodirecionamento e Cooperatividade, uma sólida medida para transtornos de personalidade ou imaturidade (Cloninger et al., 1993).

processos cognitivos superiores que se desenvolvem de forma paulatina ao longo do curso da vida para permitir que a pessoa regule as emoções, atinja determinados objetivos e expresse valores particulares. Inicialmente, pensava-se que o caráter era menos influenciado geneticamente do que o temperamento, mas estudos empíricos mostraram que ambos são moderadamente hereditários (Gillespie, Cloninger, Heath, & Martin, 2003). A diferença-chave é no padrão de desenvolvimento e no tipo de aprendizagem subjacente envolvida. A aprendizagem processual de hábitos e habilidades influencia no condicionamento do temperamento, e por isso, o temperamento permanece estável ao longo da vida, exceto quando em resposta ao condicionamento comportamental, que é único para cada indivíduo. Aprendizagem proposicional ou semântica de objetivos e valores influencia o desenvolvimento do caráter, sendo assim, perfis de caráter tendem à norma favorecida pela cultura em que a pessoa está inserida. Da mesma forma, a relação parental tem uma influência maior sobre o caráter do que sobre temperamento, além dos efeitos atribuíveis à herança genética. Tanto o temperamento quanto o caráter interagem um com o outro na consciência (*self-aware consciousness*), de forma que a pessoa possa manter um senso de continuidade de quem ela é, mesmo depois de muitas experiências, enquanto a história de sua vida se descortina.

DESCREVENDO TEMPERAMENTOS E SUAS INTERAÇÕES

O temperamento pode ser avaliado em termos das quatro dimensões do ITC mencionadas anteriormente. As quatro

dimensões de temperamento do ITC correspondem de forma aproximada aos antigos temperamentos gregos, descritos por Hipócrates e outros: Evitação de Danos corresponde ao humor melancólico; Busca por Novidade, ao humor colérico; Dependência de Gratificação, ao humor sanguíneo e Persistência, ao humor fleumático. Contudo, os antigos gregos pensavam nos humores como presentes ou ausentes, enquanto as dimensões do ITC são quantitativas, mais ou menos distribuídas em curva normal, com a maioria das pessoas próximas da média. Apenas o terço superior é notadamente "alto" e o terço inferior, "baixo".

As dimensões de temperamento do ITC estão descritas na Tabela 2, que mostra que cada característica se manifesta de maneira ligeiramente diferente, dependendo da situação. Timidez em situações sociais e medo em situações de risco ou perigosas são indicadores de propensão à ansiedade ou alto índice de Evitação de Danos. Uma situação depende tanto da perspectiva da pessoa, como das circunstâncias externas propriamente ditas. Por exemplo, uma pessoa é descrita com alto índice em Evitação de Danos se ela é facilmente fatigável, medrosa, tímida, pessimista e inibida. Por outro lado, uma pessoa é descrita com baixo índice em Evitação de Danos se é vigorosa, gosta de assumir riscos, é extrovertida, otimista e desinibida.

Entretanto, o nível de Evitação de Danos varia moderadamente entre situações. Por exemplo, algumas pessoas podem ser tímidas, mas não se cansarem facilmente, enquanto outras pessoas podem ser tímidas frente a estranhos e se arriscarem ao dirigir um automóvel. Os componentes da Evitação de Danos que são manifestos em diferentes situações são moderadamente

Tabela 2. *Descritores de pessoas que apresentam altos e baixos índices nas quatro dimensões do Temperamento do ITC (reproduzido com permissão do Washington University Center for Well-Being)**

Dimensão de temperamento	Descritores para pontuação alta	Descritores para pontuação baixa
Evitação de danos	Pessimista Temeroso Tímido Fatigável	Otimista Ousado Extrovertido Energético
Busca por novidade	Exploratório Impulsivo Extravagante Irritável	Reservado Rígido Comedido Estoico
Dependência de recompensa	Sentimental Sociável Afetivo Busca aprovação	Prático Distante Desapegado Independente
Persistência	Diligente Determinado Ambicioso Perfeccionista	Preguiçoso Mimado Despretensioso Irresoluto

Nota: *Cada descritor é medido por uma subescala específica do ITC.

correlacionados, por isso é útil para discussões gerais considerar tudo isso como parte de um traço maior (*higher order trait*) que é moderadamente hereditário e moderadamente estável ao longo do tempo e das situações. Da mesma forma, Busca por Novidade, Dependência de Recompensa e Persistência também são dimensões moderadamente hereditárias e estáveis de temperamento. Cada extremo das dimensões de Temperamento apresenta vantagens e desvantagens, sendo assim não há um “temperamento bom” e um “temperamento mau”, apenas diferentes estilos emocionais de adaptação. As interações entre cada par de temperamento foram descritas em detalhes em outro artigo (Cloninger, 1987).

DESCREVENDO TRAÇOS DE CARÁTER E SUAS INTERAÇÕES

A avaliação das três dimensões de caráter do ITC fornece uma descrição dos objetivos e valores de uma pessoa

(Tabela 3). Cada um dos traços de caráter é composto de componentes que são expressos em diferentes situações. As dimensões de caráter também correspondem a funções-chave do autogerenciamento de uma pessoa. Como resultado, o alto desenvolvimento de cada uma das dimensões de caráter do ITC é socialmente desejável, embora o desenvolvimento da Autotranscendência possa parecer contracultural em sociedades ocidentais materialistas. Apesar da ambivalência ocidental sobre espiritualidade e Autotranscendência, estudos indicam fortemente que, de fato, um alto desenvolvimento em Autotranscendência é extremamente importante para o bem-estar emocional, especialmente quando a pessoa enfrenta sofrimento ou morte (Cloninger et al., 2010; Coward & Reed, 1996; Ellermann & Reed, 2001; Runquist & Reed, 2007).

O Autodirecionamento fornece uma medida clínica útil em relação à capacidade executiva no sistema de autogoverno de uma pessoa (“Poder Executivo”). Uma pessoa autodirecionada é responsável, tem propósitos e é enghosa

Tabela 3. *Descritores de pessoas que apresentam altos e baixos índices nas três dimensões do Caráter do ITC (reproduzido com permissão do Washington University Center for Well-Being)**

Dimensão de Temperamento	Descritores para Pontuação Alta	Descritores para Pontuação Baixa
Autodirecionamento	Responsável Com propósitos Engenhoso Autoaceitação Disciplinado	Queixoso Sem rumo Inepto Pretencioso Autodestrutivo
Cooperatividade	Tolerante Empático Gentil Compassivo Com Princípios	Intolerante Insensível Hostil Vingativo Oportunista
Autotranscendência	Abnegado (leve) Holístico (transpessoal) Espiritual	Combativo (controlador) Individualista (defensivo) Secular (não religioso)

Nota: *Cada descritor é medido por uma subescala específica do ITC.

ao lidar com os desafios da vida. Como resultado, o Autodirecionamento de uma pessoa é um importante indicador de teste de realidade, maturidade e vulnerabilidade a perturbações de humor. O Autodirecionamento é alto em pessoas maduras e felizes, e baixo em pessoas com transtornos de personalidade e naquelas que são vulneráveis a psicoses e transtornos de humor.

A Cooperatividade fornece uma medida clínica da capacidade da pessoa de se relacionar bem com os outros.

Ela representa a capacidade de legislação do autogoverno, responsável por fazer as regras que nos permitem conviver com os outros (“Poder Legislativo”). Uma pessoa cooperativa é tolerante, empática, prestativa, compassiva e com princípios. Em contraste, uma pessoa não cooperativa é preconceituosa, egocêntrica, hostil, vingativa e injusta.

O terceiro aspecto do autogoverno mental é o judiciário (“Poder Judiciário”). A Autotranscendência é a capacidade de saber quando as regras se aplicam a uma situação particular.

As pessoas autotranscendentes são descritas como abnegadas (intuitivas e leves), transpessoais e espirituais ou buscadoras de sentido profundo em suas perspectivas. Já aqueles que são pobres em Autotranscendência são combativos (controladores), individualistas (defensivos) e seculares.

Cada um dos três poderes do autogoverno mental é essencial para o bem-estar. Ter um dos três poderes excessivamente desenvolvido e não "fiscalizado" pelos dois outros poderes, pode levar a determinadas patologias. As interações entre os três poderes do autogoverno estão representadas na Figura 3.

Por exemplo, imaginação excessiva associada a alta Autotranscendência frequentemente leva a aberrações

perceptivas e vulnerabilidade a ideias supervalorizadas ou psicose, se não houver o teste de realidade associado ao alto Autodirecionamento (Gendall, Joyce, F Sullivan, & Bulik, 1998; Smith, Cloninger, Harms, & Csernansky, 2008). Tal pensamento mágico é visto nas configurações dos caracteres desorganizado (esquizotípico) e temperamental (ciclotímico) na Figura 3. A menos que tanto o Autodirecionamento e a Autotranscendência sejam altos, é provável que uma pessoa tenha uma atitude de separatividade, o que leva ao pensamento supersticioso ou mágico sem as qualidades realistas e desinteressadas das atitudes verdadeiramente autotranscendentes, como altruísmo e benevolência para com os outros.

As configurações de caráter criativo e organizado

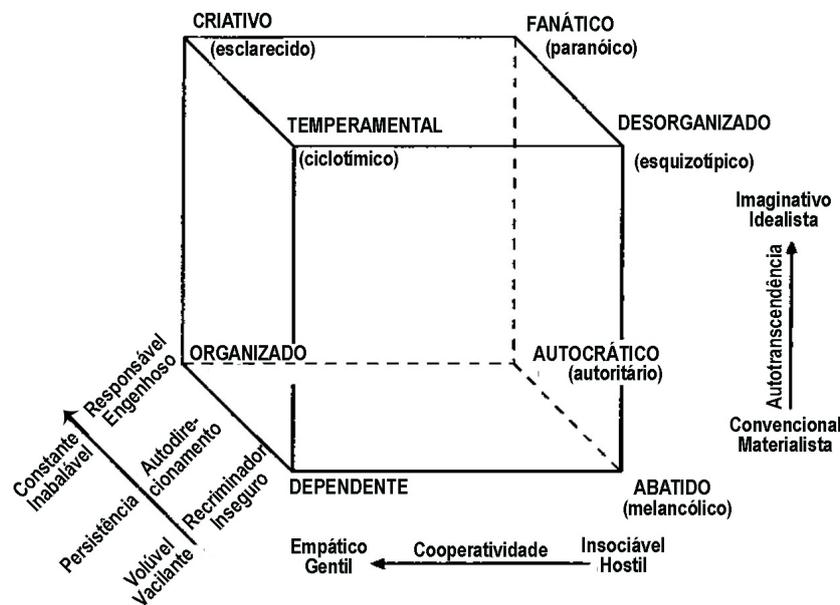


Figura 3. O Cubo do Caráter (Reproduzido com permissão do Washington University Center for Well-Being).

consistentemente têm os mais altos níveis de bem-estar, enquanto que as configurações de caráter abatido (melancólico) e desorganizado (esquizotípico) consistentemente têm os níveis mais baixos de bem-estar (Cloninger, 2004; Cloninger & Zohar, 2011). Pessoas abatidas são baixas em todos os três traços de caráter e costumam dizer "a vida é difícil", "as pessoas são más", e "então, você simplesmente morre!". Não é de surpreender que eles sejam infelizes, alienados, não saudáveis fisicamente, tenham medo da morte e apresentem altos índices de transtornos mentais e físicos (Cloninger & Zohar, 2011). Em contraste, as pessoas criativas são altas em todos os três traços de caráter, por isso muitas vezes consideram a vida cheia de oportunidades para aprender com seus erros e servir aos outros, gostam de

ajudar os outros com tolerância e compaixão e procuram aumentar a consciência sobre os mistérios inesgotáveis da vida e do que está além da existência humana.

No entanto, uma visão criativa da vida é muitas vezes associada a desafios e decepções, como exemplificado pelas vidas de filósofos positivos como Lamartine ou Gandhi (Cloninger, 2004). Fracasso e sofrimento são muitas vezes o estímulo para o desenvolvimento de maior bem-estar por meio de reflexão e contemplação sobre as causas de nosso mal-estar. Pessoas de caráter criativo são suficientemente autotranscendentes para aceitar a condição humana com suas inevitáveis decepções, sofrimentos e morte. Essa humilde aceitação das limitações humanas promove o bem-estar incentivando as pessoas a deixarem de apenas

reclamar e a abandonarem o esforço egoísta, de forma que elas possam ser mais gratas e desfrutar das maravilhas e dos mistérios da vida.

A saúde, a felicidade e a sabedoria das pessoas criativas vêm do fato de vivenciarem as três práticas do bem-estar: trabalhar a serviço de outros (isto é, atos de gentileza incondicional), deixar ir (ou seja, não lutar ou se preocupar) e crescer em consciência (isto é, buscar entender os mistérios e as maravilhas da vida e o que está além da existência humana) (Cloninger, 2004; <http://anthropedia.org>). Como resultado de suas perspectivas e de suas práticas, pessoas com uma configuração de caráter criativo têm integridade, resiliência e são satisfeitas com sua vida, apesar de todos os seus desafios, dificuldades e decepções. Sendo assim, um caráter criativo é um forte preditor de todos os aspectos do bem-estar, incluindo saúde, felicidade e virtude em estudos prospectivos de saúde mental e física (Cloninger & Svrakic, 1997; Cloninger et al., 1997; Cloninger et al., 2010).

ATIVANDO O MOTOR DE BEM-ESTAR

Os métodos para promover um desenvolvimento de caráter saudável foram descritos mais detalhadamente em outros artigos (Cloninger et al., 2010). A promoção do bem-estar deve começar pelo reconhecimento daquilo que traz saúde e satisfação duradoura para uma pessoa. Um diálogo sobre a autodescrição dos traços de personalidade de uma pessoa, permite a reflexão e a contemplação de qualquer discrepância entre como viver bem e como ela está vivendo atualmente.

O diálogo humanístico é a base para o desenvolvimento de objetivos compartilhados em uma relação terapêutica que levará ao bem-estar (Ryan & Deci, 2001; Tournier, 1977; Wong & Cloninger, 2010). O diálogo sobre a maneira como os componentes da personalidade interagem para produzir doença ou saúde é o que torna o encontro terapêutico verdadeiramente centrado na pessoa e frequentemente inicia um processo de mudança espontânea rápida (Wong & Cloninger, 2010). Em nossa experiência, a reflexão sobre as relações entre personalidade e saúde muitas vezes (mas nem sempre) leva à melhoria espontânea. Em algumas pessoas, embora nem sempre em todas, o aumento da autoconsciência potencializa automaticamente a sinergia entre o modo de funcionamento, a plasticidade e a virtude, como descrito em outro artigo (Cloninger & Cloninger, 2011). Mais estudos são necessários para reconhecer o que bloqueia essa sinergia em algumas pessoas.

Todo mundo tem uma necessidade espontânea de autorrealização, isto é, de se tornar um ser humano pleno (C.

Robert Cloninger, 2004; Rogers, 1995; Ryan & Deci, 2001). No entanto, pessoas diferentes podem ser receptivas e responsivas a diferentes tratamentos, dependendo de suas personalidades e das circunstâncias. Os tratamentos baseados em evidência usados por adultos para condições médicas são altamente diversificados, incluindo intervenções físicas, mentais e espirituais (Bertisch et al., 2009; Chiesa & Serretti, 2009; Servan-Schreiber, 2005). Tais tratamentos alternativos produzem resultados que muitas vezes são indistinguíveis uns dos outros e de intervenções alopáticas mais convencionais (quando estas são eficazes), sugerindo a operação de um sistema sinérgico ou ainda o funcionamento de um mecanismo comum que está sendo influenciado por caminhos complementares.

No entanto, frequentemente também há obstáculos para mudar de forma que uma pessoa deve aprender muitas coisas para viver bem (<http://anthropedia.org>). O que uma pessoa precisa e quer aprender deve ser “costurado” com a habilidade para suas necessidades individuais usando a terapêutica centrada na pessoa (Cloninger et al., 2010; Mezzich et al., 2010). Como resultado, uma terapêutica centrada na pessoa que seja efetiva baseia-se na descrição e na compreensão das personalidades das pessoas envolvidas em qualquer encontro terapêutico o mais rápido possível, preservando a vida da pessoa.

O cuidado centrado na pessoa promove a autoconsciência com um sentimento de conexão com uma perspectiva interpessoal de unidade. Por sua vez, uma perspectiva de unidade promove atitude de esperança, empatia e respeito. Tais mudanças de perspectiva facilitam o desenvolvimento de um funcionamento mais pleno, de plasticidade e de virtude, que são uma tríade sinérgica dos mecanismos do eu que promovem consistentemente o bem-estar.

Evidências indicam que a plasticidade, funcionamento e virtude são aspectos irreduzíveis do motor do bem-estar, o que significa que todos os três devem ser abordados para uma terapêutica clínica eficaz. Essa observação tem fortes implicações para a organização e objetivos da prática clínica. A maioria dos sistemas médicos contemporâneos tenta cuidar das pessoas concentrando-se apenas em sintomas, o que leva à insatisfação dos pacientes e clínicos, juntamente a fracos, transitórios e inconsistentes benefícios para a saúde. Se a medicina é dedicada à promoção da saúde, então não pode haver mérito em negligenciar qualquer dos aspectos que promovem o bem-estar. Pode-se esperar que tratamentos que sinergicamente potencializam a tríade do bem-estar promovam um florescimento da saúde além dos resultados de tratamentos convencionais.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

REFERÊNCIAS

- Agrawal, A., Hinrichs, A. L., Dunn, G., Bertelsen, S., Dick, D. M., Saccone, S. F., ... Bierut, L. J. (2008). Linkage scan for quantitative traits identifies new regions of interest for substance dependence in the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) Sample. *Drug and alcohol dependence*, 93(1-2), 12-20. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.08.015
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Nova Iorque: Holt, Rinehart & Winston.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in Mental Health Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Baumeister, R. F., Bauer, I. M., & Lloyd, S. A. (2010). Choice, free will, and religion. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(2), 67-82. doi: 10.1037/a0018455
- Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. (2006). Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of Personality*, 74(6), 1773-1801. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00428.x
- Bertisch, S. M., Wee, C. C., Phillips, R. S., & McCarthy, E. P. (2009). Alternative mind-body therapies used by adults with medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 511-519. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.12.003
- Burns, J. W., Glenn, B., Bruehl, S., Harden, R. N., & Lofland, K. (2003). Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: A replication and extension of a cross-lagged panel analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1163-1182.
- Burns, John W., & Evon, D. (2007). Common and specific process factors in cardiac rehabilitation: Independent and interactive effects of the working alliance and self-efficacy. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 26(6), 684-692. doi: 10.1037/0278-6133.26.6.684
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252. doi: 10.1017/S0033291709991747
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145-154.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. doi: 10.1017/S0954579400007318
- Clarkson, P. (Org.). (1994). *The Handbook of Psychotherapy* (1 edition). London; New York: Routledge.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Cloninger, C. R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: A proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99-108.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Cloninger, C. R. (2006). The science of well-being: An integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5(2), 71-76.
- Cloninger, C. R. (2006). The science of well being: An integrated approach to mental health and its disorders. *Psychiatria Danubina*, 18(3-4), 218-224.
- Cloninger, C. R. (2007). Spirituality and the Science of Feeling Good. *Southern medical journal*, 100, 740-743. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318070d177
- Cloninger, C. R. (2008). The psychobiological theory of temperament and character: Comment on Farmer and Goldberg (2008). *Psychological Assessment*, 20(3), 292-299; discussion 300-304. doi: 10.1037/a0012933
- Cloninger, C. R. (2009). Evolution of human brain functions: The functional structure of human consciousness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(11), 994-1006. doi: 10.3109/00048670903270506
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (1997). Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 60(2), 120-141.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cloninger, C. R., Svrakic, N. M., & Svrakic, D. M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9(4), 881-906.

- Cloninger, C. R., & Cloninger, K. M. (2011). Development of Instruments and Evaluative Procedures on Contributors to Illness and Health. *International journal of person centered medicine*, 1(3), 456–459. doi: 10.5750/ijpcm.v1i3.99
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128(1–2), 24–32. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.012
- Cloninger, C. R., Zohar, A. H., & Cloninger, K. M. (2010). Promotion of Well-Being in Person-Centered Mental Health Care. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 8(2), 165–179. doi: 10.1176/foc.8.2.foc165
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I., ... Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, 133(1–3), 197–209. doi: 10.1016/j.pain.2007.07.024
- Constitution of the World Health Organization. 1946. (2002). *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983–984.
- Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end of life. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 275–288.
- Ellermann, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middle-age adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 698–713. doi: 10.1177/01939450122045492
- Gendall, K., Joyce, P., F Sullivan, P., & Bulik, C. (1998). Personality and dimensions of dietary restraint. *The International journal of eating disorders*, 24, 371–379. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199812)24:43.0.CO;2-U
- Gillespie, N. A., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2003). The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1931–1946. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00042-4
- Grucza, R. A., & Goldberg, L. R. (2007). The comparative validity of 11 modern personality inventories: Predictions of behavioral acts, informant reports, and clinical indicators. *Journal of Personality Assessment*, 89(2), 167–187. doi: 10.1080/00223890701468568
- Heath, A. C., Cloninger, C. R., & Martin, N. G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: A comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 762–775.
- Joyce, A. S., Wolfaardt, U., Sribney, C., & Aylwin, A. S. (2006). Psychotherapy research at the start of the 21st century: The persistence of the art versus science controversy. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 51(13), 797–809. doi: 10.1177/070674370605101302
- Karwautz, A., Troop, N. A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 73–85.
- Lambert, M. J. (2003). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5a Edição). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects”. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855–869. doi: 10.1002/jclp.20130
- Mezzich, J. E., Salloum, I. M., Cloninger, C. R., Salvador-Carulla, L., Kirmayer, L. J., Banzato, C. E. M., ... Botbol, M. (2010). Person-centred integrative diagnosis: Conceptual bases and structural model. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(11), 701–708. doi: 10.1177/070674371005501103
- Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (1997). Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine*, 27(1), 99–106.
- Muraven, M., Baumeister, R. F., & Tice, D. M. (1999). Longitudinal improvement of self-regulation through practice: Building self-control strength through repeated exercise. *The Journal of Social Psychology*, 139(4), 446–457. doi: 10.1080/00224549909598404
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 12(1), 38–48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- Rogers, C. R. (1995). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Runquist, J. J., & Reed, P. G. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 25(1), 5–13; discussion 14–15. doi: 10.1177/0898010106289856
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 25, p. 1–65). doi: 10.1016/S0065-2601(08)60281-6
- Servan-Schreiber, D. (2005). *Healing Without Freud or Prozac: Natural approaches to curing stress, anxiety and depression*. London: Rodale International.

- Sexton, T. L., Ridley, C. R., & Kleiner, A. J. (2004). Beyond common factors: Multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(2), 131–149.
- Smith, M. J., Cloninger, C. R., Harms, M. P., & Csernansky, J. G. (2008). Temperament and Character as Schizophrenia-Related Endophenotypes in Non-psychotic Siblings. *Schizophrenia research, 104*(1–3), 198–205. doi: 10.1016/j.schres.2008.06.025
- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1996). Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: Three or four temperament dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(1), 127–140.
- Strack. (2006). *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (2nd edition). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry, 36*(10), 1125–1136. doi: 10.1001/archpsyc.1979.01780100095009
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50*(12), 991–999.
- Targ, E. F., & Levine, E. G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry, 24*(4), 238–248.
- Tournier, P. (1977). *The Best of Paul Tournier: Guilt and Grace; The Meaning of Persons; The Person Reborn; To Understand Each Other*. Iverson-Norman.
- Wong, K. M., & Cloninger, C. R. (2010). A Person-Centered Approach to Clinical Practice. *Focus (American Psychiatric Publishing), 8*(2), 199–215. doi: 10.1176/foc.8.2.foc199

Data de submissão: 26/09/2019
Primeira decisão editorial: 24/11/2019
Aceite em 10/06/2019