

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

# **Narcisismo e Perturbação de Personalidade Narcísica: Aspetos Clínicos e Diagnósticos**

Ana Sofia do Carmo Miranda

**M**

2020





# **Narcisismo e Perturbação de Personalidade Narcísica: Aspetos Clínicos e Diagnósticos**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

## **Ana Sofia do Carmo Miranda**

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: [anasofiamirandaa@gmail.com](mailto:anasofiamirandaa@gmail.com)

## **Orientador: Professora Doutora Liliana Correia de Castro**

Professora Assistente Convidada de Psiquiatria, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto, Porto

Afiliação: Médica Especialista em Psiquiatria, Assistente Hospitalar, Hospital de Magalhães Lemos, EPE, Porto.

Endereço: [lilianacorreiadecastro@gmail.com](mailto:lilianacorreiadecastro@gmail.com)

Junho 2020



*Olhos postos na terra, tu virás  
no ritmo da própria primavera,  
e como as flores e os animais  
abrirás nas mãos de quem te espera.*

Eugénio de Andrade, As Mãos e Os Frutos



# Resumo

A perturbação de personalidade narcísica (PPN) é definida no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Edition* (DSM-5) como um padrão de sentimentos de grandiosidade e superioridade, fantasias de sucesso e poder ilimitados e a sensação de direito a tratamento e favores especiais. Ao mesmo tempo, estes indivíduos tendem a explorar e manipular as relações interpessoais que estabelecem com os outros, devido à sua excessiva necessidade de admiração e inveja.

Recentemente, uma compreensão mais abrangente acerca das manifestações clínicas da PPN tem vindo a ser reconhecida na comunidade científica. Têm sido descritos dois principais funcionamentos desta personalidade, que incluem não só expressões de grandiosidade, exibicionismo e necessidade de admiração, mas também hipersensibilidade, vulnerabilidade e angústia interna. Assim, esta área da psiquiatria tem atraído o interesse de vários grupos, reacendendo o debate acerca da construção psicanalítica do narcisismo patológico, das descrições ou variantes clínicas grandiosas e vulneráveis, das ferramentas diagnósticas e da melhor gestão dos doentes. Alguns autores têm defendido, face à nova visão clínica da PPN, a utilização do modelo dimensional descrito na secção III – “Modelos e Medidas Emergentes” do DSM-5 para o diagnóstico.

Esta mudança de paradigma levanta novas questões, principalmente quanto à verdadeira prevalência da PPN e quanto à sua avaliação, gestão e tratamento de comorbilidades. Com a redefinição dos critérios diagnósticos a prevalência aumentará, uma vez que passará a incluir indivíduos que não seriam identificados anteriormente. A abordagem e o tratamento de doenças como depressão, ansiedade e abuso de substâncias podem precisar de ser alterados, quando comórbidas com a PPN. Porém, apesar do novo diagnóstico ter a vantagem de ser capaz de abranger mais pessoas com PPN, o aumento da sobreposição com outras perturbações de personalidade (PP) pode tornar-se uma desvantagem.

Por fim, dado esta patologia ser de tratamento extremamente difícil, algumas dessas dificuldades são apresentadas e são citadas algumas psicoterapias atualmente utilizadas.

Conclui-se que existe um consenso quanto à existência de duas principais manifestações clínicas da PPN: um narcisismo grandioso e um narcisismo vulnerável. Esta nova visão sobre a perturbação torna inadequado o sistema de diagnóstico hoje em dia proposto no DSM-5, e exige uma outra forma de avaliar a PPN que inclua ambas as apresentações. Devido a isso, grandes mudanças estão a ocorrer na área pois um novo sistema de diagnóstico traz implicações nos valores da prevalência, na abordagem de comorbilidades e no tratamento.

**Palavras-chave:** “Personality Disorders”, “Narcissism”, “Narcissistic Personality Disorder”, “Grandiose Narcissism”, “Vulnerable Narcissism”, “Psychotherapy on Narcissistic Personality Disorder” e “DSM-5”.

# Abstract

Narcissistic personality disorder is defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5) as a pattern of feelings of grandiosity and superiority, fantasies of unlimited success and power and a sense of entitlement. At the same time, these individuals tend to explore and manipulate the interpersonal relationships they establish with others, due to their excessive need for admiration and envy feelings.

Recently, a more comprehensive understanding of the clinical manifestations of PPN has been recognized in the scientific community. Two main functionings of this personality have been described, which include on one hand, expressions of grandeur, exhibitionism and on the other hand, the need for admiration, but also hypersensitivity, vulnerability and internal anguish. Thus, this area of psychiatry has attracted the interest of several groups, lightning a debate about the psychoanalytic construction of pathological narcissism, the grandiose and vulnerable clinical descriptions, the diagnostic tools and the management of patients. Some authors have defended the use of the dimensional model described in section III - "Emerging Measures and Models" of the DSM-5 for the diagnosis.

This paradigm shift raises new questions, mainly regarding the true prevalence of PPN and its evaluation, management and treatment of comorbidities. With the redefinition of the diagnostic criteria, the prevalence will increase, since it will include individuals who would not be previously identified. The approach of diseases such as depression, anxiety and substance abuse may need to be changed, when comorbid with PPN. However, although the new diagnosis has the advantage of being able to reach more individuals with PPN, the increased overlap with other personality disorders can become a disadvantage.

Finally, since this pathology is extremely difficult to treat, some of these difficulties are presented and some currently used psychotherapies are mentioned.

It is concluded that there is an agreement on the existence of two main clinical manifestations of PPN: a grandiose narcissism and a vulnerable narcissism. This new view on the disorder makes the diagnostic system proposed in the DSM-5 inadequate, and requires another way of assessing PPN that includes both presentations. Because of this, major changes are taking place in the area because a new diagnostic system has implications for the prevalence values, the approach to comorbidities and the treatment.

**Keywords:** "Personality Disorders", "Narcissism", "Narcissistic Personality Disorder", "Grandiose Narcissism", "Vulnerable Narcissism", "Psychotherapy on Narcissistic Personality Disorder" e "DSM-5".

## Símbolos e Acrónimos

DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3<sup>th</sup> Edition</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Edition</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Edition</i>
ICD-10	<i>International Classification of Diseases – 10<sup>th</sup> edition</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PP	Perturbação de Personalidade
PPAS	Perturbação de Personalidade Antissocial
PPB	Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i>
PPN	Perturbação de Personalidade Narcísica
PPH	Perturbação de Personalidade Histriónica
PPP	Perturbação de Personalidade Paranóide



# Índice

Resumo.....	vii
Abstract .....	ix
Símbolos e Acrónimos.....	xi
Índice.....	xiii
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas .....	xvi
Capítulo 1 .....	1
Introdução.....	1
1.1 Porquê a Perturbação de Personalidade Narcísica .....	1
1.1 Metodologia .....	3
Capítulo 2 .....	5
Construção do narcisismo e da perturbação de personalidade narcísica .....	5
2.1 Revisão histórica do conceito de narcisismo .....	5
2.2 Psicopatologia - Contribuições de Kohut e Kernberg.....	6
2.3 Conclusões.....	9
Capítulo 3 .....	11
Manifestações Clínicas e Diagnóstico de Narcisismo.....	11
3.1 Grandiosidade <i>versus</i> Vulnerabilidade.....	11
3.2 Perturbação de Personalidade Narcísica no DSM.....	15
3.3 Epidemiologia da Perturbação de Personalidade Narcísica.....	17
3.4 Comorbilidades .....	18
3.5 Conclusões.....	21
Capítulo 4 .....	23
Desafios no tratamento da perturbação de Personalidade Narcísica .....	23
4.1 Tratamentos e reações.....	23
4.2 Conclusões.....	25

Capítulo 5 .....	27
Conclusões.....	27
5.1    As respostas às perguntas .....	27
5.2    As questões em aberto.....	31
Referências Bibliográficas .....	33

# Lista de Figuras

FIGURA 1 - “NARCISO” DE CARAVAGGIO. 1599 – ÓLEO SOBRE TELA (110 X 92CM) – LOCALIZAÇÃO: GALERIA NACIONAL DE ARTE ANTIGA, ROMA (ITÁLIA).....	37
FIGURA 2 - DEFINIÇÃO DAS DIVERSAS PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE NO DSM-5, NA SECÇÃO II – DEFINIÇÃO CATEGÓRICA (QUADRO ESQUERDO) E NA SECÇÃO III – DEFINIÇÃO DIMENSIONAL (QUADRO DIREITO). A PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE NARCÍSICA ESTÁ RELACIONADA COM TRAÇOS COMO GRANDIOSIDADE E NECESSIDADE DE ATENÇÃO, INCLUÍDOS NO ANTAGONISMO .....	39
FIGURA 3 - IMAGEM RETIRADA DA TABELA DE MILLER ET AL. (2017) “CONTROVERSIES IN NARCISSISM”, ANNUAL REVIEW OF CLINICAL PSYCHOLOGY. SEMELHANÇAS ENTRE A PPN E AS OUTRAS PP. OS NÚMEROS POSITIVOS REPRESENTAM UMA CORRELAÇÃO POSITIVA ENQUANTO QUE OS NÚMEROS NEGATIVOS, UMA CORRELAÇÃO NEGATIVA. ....	40

# Lista de Tabelas

TABELA I - CLASSIFICAÇÕES DAS VÁRIAS APRESENTAÇÕES FENOTÍPICAS AO LONGO DO TEMPO ORGANIZADAS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS GRANDIOSAS OU CARACTERÍSTICAS VULNERÁVEIS. TABELA READAPTADA DO ARTIGO DE PINCUS ET AL. 2010 <sup>5</sup> . .....	37
TABELA II – EXEMPLOS CLÍNICOS DOS DOIS FENÓTIPOS DE PPN DESCRITOS NA LITERATURA NOS ÚLTIMOS ANOS. OS EXEMPLOS FORAM TRANSCRITOS DO ARTIGO DE E. CALIGOR, K. LEVY E F.YEOMANS DE 2015, COM TÍTULO “NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER: DIAGNOSTIC AND CLINICAL CHALLENGES” PUBLICADO NA AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 38	38
TABELA III - CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE NARCÍSICA DESCRITOS NA SECÇÃO II DO DSM-5. ....	39

# Capítulo 1

## Introdução

### 1.1 Porquê a Perturbação de Personalidade Narcísica

O narcisismo é uma das construções de personalidade mais antigas conhecidas. Todavia, continua a ser fonte de discussão científica, nomeadamente nas áreas da teoria clínica, do diagnóstico psiquiátrico e da psicologia social de personalidade.

Embora o conceito de narcisismo como característica de personalidade já existisse no final do século XIX, foi apenas em 1914 que Freud o caracterizou, explicou e estudou a existência do narcisismo patológico<sup>1</sup>. Porém, foi só durante a década de 60 que Heinz Kohut e Otto Kernberg deram as suas contribuições sobre o tema, atualizando as conceptualizações de narcisismo e aprimorando o conceito de perturbação de personalidade narcísica (PPN)<sup>1,2</sup>.

Na última década do presente século, a investigação sobre narcisismo aumentou, catalisada por um crescente interesse acerca das diversas formas segundo as quais o narcisismo se pode manifestar clinicamente. De facto, o conceito de narcisismo patológico traduzia, até então, alguém com excessiva autoestima, sentimentos de superioridade, fantasias de grandiosidade e poder ilimitados, ausência de empatia e uma forte inveja do sucesso dos outros, com os quais não conseguia estabelecer nenhum tipo de relação interpessoal para além da exploração e manipulação. Todavia, o paradigma tem vindo a mudar e atualmente a PPN começa a ser entendida na comunidade científica como uma perturbação muito mais abrangente, com diversos fenótipos e com várias comorbilidades psiquiátricas associadas. Tal entendimento tem permitido o desenvolvimento de algumas terapias a ser usadas em indivíduos com PPN, apesar de ainda não haver uma terapia específica.

Apesar dos avanços na psiquiatria, ainda existem algumas lacunas e inconsistências na compreensão da PPN, o que fundamenta a necessidade de um estudo aprofundado sobre o assunto, de forma a conseguir-se uma melhor integração das elaborações teóricas já existentes acerca desta perturbação, um diagnóstico mais preciso e, conseqüentemente, melhor oferta terapêutica.

Esta tese aborda o problema de um ponto de vista de revisão bibliográfica, na busca de uma síntese refletindo o conhecimento presente sobre a PPN.

Nesta revisão serão apresentadas as duas hipóteses psicopatológicas para a construção da personalidade narcísica que mais contribuíram para moldar a noção moderna de narcisismo patológico e que mais inspiraram a visão da PPN, explicando a relação desta patologia com um *self* frágil. Serão também apresentados os avanços conquistados na área durante a última década: o aparecimento de uma visão mais abrangente das manifestações clínicas da PPN, dando atenção aos dois principais funcionamentos que incluem tanto expressões de grandiosidade, exibicionismo e necessidade de admiração, como hipersensibilidade, vulnerabilidade e angústia interna. O trabalho focar-se-á em integrar estes desenvolvimentos com um novo sistema de diagnóstico dimensional proposto na secção III do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Edition* (DSM-5). Questões quanto à definição das características centrais versus periféricas do narcisismo, quanto ao papel defensivo da perturbação e quanto ao melhor método de diagnóstico serão discutidas. Aquando a elaboração do DSM-5, o comité responsável pelas perturbações de personalidade (PP) propôs que a PPN fosse retirada do manual como PP autónoma<sup>3</sup>; porém, a pesquisa para esta tese incidiu apenas no conjunto de autores que sustentam a permanência desta perturbação como entidade separada.

Estes avanços recentes trouxeram uma nova perspetiva sobre a prevalência e distribuição da PPN na comunidade e em populações psiquiátricas e abriu portas à investigação das comorbilidades existentes com PPN, que também serão aqui discutidas.

Finalmente, serão apresentadas as principais dificuldades no tratamento da PPN, tanto ao nível da obtenção de melhoria clínica como para os profissionais, que experienciam muitas vezes sensações negativas em relação a estes pacientes.

Para conduzir e delimitar o trabalho de pesquisa e síntese, foram elaboradas várias questões de investigação, que se enunciam seguidamente. Assim, o Capítulo 2 busca perspetivar historicamente a compreensão do conceito e fundamentos da PPN e contribuir para uma resposta às questões:

- Qual a evolução do conceito de narcisismo patológico até ser considerada uma PP independente?
- Quais as explicações psicopatológicas teóricas prevaletentes?

No Capítulo 3, as questões colocadas focam-se nos avanços mais recentes, relativamente a manifestações e diagnóstico:

- Qual o consenso que existe sobre a caracterização da perturbação?
- Que alterações no diagnóstico têm sido exigidas?
- Qual o consenso sobre a prevalência?

- Quais as considerações a dar a comorbilidades?

Considerações quanto ao tratamento são abordadas no Capítulo 4:

- Quais os tratamentos preconizados?
- Quais os desafios do processo de tratamento?

O Capítulo final reúne, em síntese, as conclusões do trabalho, na forma de respostas às questões de investigação e, em função de uma análise crítica das mesmas, indicia algumas das questões ainda em aberto, quer por não terem merecido ainda resposta consensual quer por emergirem como novos desafios, face à análise efetuada.

## 1.1 Metodologia

O trabalho reportado nesta tese caracteriza-se como pesquisa de base bibliográfica. Os seus âmbito e horizonte temporal limitados obrigaram a uma definição da base de busca e do método de seleção de publicações, que agora se descreve. Assim, na elaboração desta revisão bibliográfica foi realizada uma pesquisa de artigos em inglês entre setembro de 2019 e abril 2020, através de bases de dados online, nomeadamente da PubMed/MEDLINE, PsycINFO e Google Scholar. Foram pesquisados os termos “Personality Disorders”, “Narcissism”, “DSM-5”, “Narcissistic Personality Disorder”, “Grandiose Narcissism”, “Vulnerable Narcissism”, “Malignant Narcissism”, e “Psychotherapy on Narcissistic Personality Disorder”. Destes termos, apenas o primeiro, segundo e o terceiro aparecem como termos MeSH.

A partir desta seleção preliminar, foi analisada a respetiva lista de referências bibliográficas, de forma a identificar fontes bibliográficas pertinentes. Foi também consultado o DSM-5, especialmente a secção II e a Secção III relativas às Perturbações da Personalidade.

Os artigos escolhidos para análise foram artigos publicados, em inglês, entre 2001 e abril de 2020, relevantes para os desenvolvimentos na área. Em casos especiais, foram incluídos alguns artigos mais antigos, mas de referência imprescindível, uma vez que, aquando a sua publicação, marcaram a temática das perturbações de personalidade, principalmente da PPN, e cujas ideias ainda prevalecem. A pesquisa dos artigos bibliográficos também teve em conta um critério reputacional, identificando os trabalhos publicados por investigadores de renome nesta área tais como Otto Kernberg, Heinz Kohut, Elsa Ronnisngstam, Frank Yeomans, Aaron Pincus e Joshua Miller.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) artigos cujo tema consistia na explicação das perturbações de personalidade no geral; (2) artigos que, apesar de se referirem ao narcisismo, não

fossem sobre perturbação de personalidade narcísica; (3) artigos referentes à perspetiva social do narcisismo; (4) artigos de estudos biológicos sobre a PPN.

As matérias publicadas foram então analisadas e os conteúdos agrupados, de modo a permitir sínteses e conclusões na forma de resposta às questões de investigação propostas.

## Capítulo 2

# Construção do narcisismo e da perturbação de personalidade narcísica

### 2.1 Revisão histórica do conceito de narcisismo

Os conceitos de egoísmo excessivo e de egocentrismo têm sido reconhecidos e reformulados ao longo da história. O termo "narcisismo" deriva do grego *Nárke*, que significa entorpecimento, torpor, e foi adotado do mito grego de Narciso, popularizado por Ovídio na obra "Metamorfoses", escrita aproximadamente no ano 8 d.C.<sup>1,4,5</sup>. O mito conta a história de Narciso, um jovem de beleza incomparável que, ao nascimento, recebera a seguinte profecia: "Narciso pode viver muito tempo, a não ser que aprenda a conhecer-se a si mesmo."<sup>4</sup>. Admirado por muitos, mas incapaz de se aproximar de quem o amava e de um egoísmo imensurável, negou-se a Eco, uma ninfa que se apaixonara por ele. A deusa da vingança e do destino, Némesis, castigou-o, fazendo com que Narciso, ao ver o seu reflexo espelhado na superfície da água de um lago se apaixonasse perdidamente pela imagem dele próprio, condenando-o a um amor frustrado que nunca poderia ser correspondido, levando-o desesperado até à morte, eventualmente, em algumas versões do mito, pelo suicídio<sup>4</sup>. O mito de Narciso introduz já muitas das características complexas que acompanham o indivíduo narcísico. Um egoísmo latente, a falta de empatia, a dificuldade na criação de relações interpessoais e o amor unicamente por si próprio são exemplos dessas características. Contudo também é exposto neste mito o quão limitante e restrito esse amor próprio pode ser, uma vez que nunca é realmente encontrado, perdendo-se na contemplação e na idealização. O tema do mito de Narciso serviu de fonte de inspiração a muitos artistas, pintores, escritores desde a altura do Renascimento até ao século XIX (Figura 1).

Contudo, foi apenas em 1898 que Havelock Ellis descreve o narcisismo como uma entidade clínica, onde descreve estados e tendências anormais de autoerotismo. E só no início do século XX se começou a definir amplamente o conceito de narcisismo e de perturbação de personalidade narcísica (PPN) em termos psicológicos e psicanalíticos<sup>1</sup>. Por volta do ano de 1911, Otto Rank relaciona o narcisismo com a autoadmiração e vaidade e coloca-o dentro do desenvolvimento normal dos seres humanos. Em 1914, Sigmund Freud interessa-se sobre o tema do narcisismo e publica o texto "On Narcissism: An Introduction" onde descreve a função defensiva do narcisismo, ao proteger o indivíduo de sentimentos como baixa autoestima, e explica pela primeira vez o

narcisismo como um estado psicológico contínuo que vai desde o normal ao patológico<sup>1</sup>. Freud teoriza assim a existência de um narcisismo primário ligado ao amor-próprio e à autopreservação, que pertence a um estadio de desenvolvimento normal da criança, e de um narcisismo secundário<sup>6</sup>. Este último corresponde a estados patológicos onde persiste um impedimento de amar outro exterior a si, voltando o sujeito, regressivamente, a ser o seu próprio objeto de amor, ou seja, há um desinvestimento da libido nos objetos externos e um reinvestimento em si próprio<sup>4,6</sup>, isto como mecanismo de defesa de sentimentos de baixa auto-estima<sup>1</sup>.

As teorias dos psicanalistas Heinz Kohut e Otto Kernberg, já na década de 60, talvez tenham sido as que mais influenciaram as atuais conceptualizações do narcisismo e que mais contribuíram para moldar a noção moderna de narcisismo patológico e a construção do conceito de PPN<sup>1,2</sup>.

## 2.2 Psicopatologia - Contribuições de Kohut e Kernberg

Atualmente, o pensamento psicanalítico divergiu em várias linhas, teorias e escolas que se separaram devido a diferentes perspectivas que envolvem as causas, etiologias e explicações para as organizações psíquicas das personalidades, os tipos de abordagem e tratamentos. No estudo da PPN, vários contributos têm sido feitos por diversos investigadores, dos quais se destacam no século XX Heinz Kohut e Otto Kernberg<sup>1</sup> e que serão abordados nesta dissertação. Ambos contribuíram para o entendimento teórico da construção psíquica da personalidade narcísica e, conseqüentemente, desenvolveram terapias psicanalíticas para estes pacientes, que tinham sido anteriormente considerados por Freud como inadequados para a terapia analítica<sup>6</sup>. Os autores têm alguns pontos de vista comuns, todavia divergem em algumas posições que são contraditórias e até incompatíveis<sup>2,6</sup>.

Nas suas formulações, ambos entendem que o desenvolvimento da PPN está relacionado com um *self* anômalo e um sentido de *self* grandioso e que este se relaciona com uma experiência afetiva onde não existe uma relação mãe-filho "suficientemente boa" devido a uma parentalidade inadequada principalmente durante a infância precoce<sup>2,6</sup>. Todavia, podemos afirmar que Kohut tem uma visão mais positiva da perturbação, enquanto Kernberg vê a PPN de um modo mais pessimista e negativo. O primeiro, assume a PPN como uma paragem no desenvolvimento normal, havendo uma fixação num estadio inicial do desenvolvimento narcísico e persistência inalterada no tempo do *self* narcísico e da imagem parental idealizada<sup>2,6,7</sup>. Por outro lado, o segundo não vê a PPN apenas como uma fixação do desenvolvimento num narcisismo infantil, mas entende que tem que existir uma estrutura patológica do *self*<sup>2,6,8</sup>.

Heinz Kohut foi um psiquiatra e psicanalista, nascido em 1913 na Áustria, mas que desenvolveu grande parte da sua carreira científica nos Estados Unidos da América (EUA), onde acabou por

morrer em 1981. Kohut inscreve-se na corrente teórica da “Psicologia do *self*”, desenvolvida, em parte, no seu trabalho com doentes com características de funcionamento narcísico. Para Kohut, o narcisismo apresenta-se inicialmente como um período no processo de desenvolvimento natural na infância que deve ser saudavelmente vivido, ao qual ele denominou de narcisismo saudável<sup>2</sup>. Ou seja, no início do desenvolvimento existe um narcisismo primário onde a criança não diferencia o “Eu” e o “Tu”, os cuidadores da criança são vividos como extensões dela própria que satisfazem as suas necessidades e que respondem emocionalmente aos seus comportamentos<sup>2</sup>. Contudo, esta perfeição é perturbada por certas falhas inevitáveis do cuidado materno/parental, o que obriga a criança a criar um novo sistema de perfeição formado por um *self* grandioso e exibicionista que se manifesta na expectativa de obter admiração e gratificação dos outros e por uma imagem parental idealizada onde os cuidadores são vistos como objetos onnipotentes<sup>2, 6, 9</sup>. A partir daí, num desenvolvimento saudável, o exibicionismo e a grandiosidade do *self* são progressivamente dominados e integrados na personalidade adulta onde contribuem para aspetos da autoestima, ambições e ideais<sup>7</sup>. De igual modo, a imagem idealizada dos cuidadores é gradualmente frustrada a cada falha parental detetada pela criança e por isso, integrada na personalidade adulta, sendo introjetadas as qualidades idealizadas no ideal do ego<sup>2, 7, 9</sup>.

Contudo, quando estas transformações necessárias para a superação do narcisismo primário são suspensas, este permanece inalterado na idade adulta, havendo uma retenção do *self* grandioso dando origem ao narcisismo patológico na idade adulta. Tal acontece quando a criança sofre graves traumas narcísicos<sup>7</sup>. Deste modo, respetivamente, o *self* grandioso não se funde com o ego e a imagem parental idealizada não é transformada numa estrutura psíquica reguladora de tensão<sup>7</sup>. Isto pode acontecer quando o cuidador principal é extremamente frio e distante, quando rejeita a criança ou é agressivo, não se cumprindo a necessidade da criança experienciar a satisfação de ser valorizada. Por sua vez, a persistência da imagem parental ideal impede o indivíduo de, na vida adulta, estender a idealização a um outro<sup>6</sup>. Assim, para Kohut, a estrutura do *self* nas personalidades narcísicas representa, portanto, um estadio de desenvolvimento que foi interrompido e se fixou num *self* primitivo arcaico. Este *self* não é propriamente anormal, é antes um *self* que ainda se estará a expressar<sup>6, 9</sup>.

Dada esta conceptualização, Kohut crê que o tratamento analítico deve encorajar os desejos e as necessidades narcísicas dos doentes, fornecendo ao doente a oportunidade de desenvolvimento ao integrar estruturas psicológicas primitivas numa personalidade madura e desta forma completar o desenvolvimento que teria ficado interrompido<sup>2, 9</sup>. Na prática, o analista permite o aparecimento do *self* grandioso/exibicionista e a imagem parental idealizada, encoraja a transferência de ilusões narcísicas e reflete um eco desta grandiosidade, da necessidade de aprovação e admiração,

precisamente o que o indivíduo não recebeu na infância. Do mesmo modo, perante a imagem parental idealizada, o analista deve providenciar uma transferência “idealizada” na qual o doente idealize o analista. O objetivo final é que ele consiga internalizar elementos da estrutura psíquica do analista e consiga assim desenvolver gradualmente uma autopercepção saudável<sup>2, 7</sup>.

Por sua vez, Kernberg defende que a fixação num estágio primitivo de desenvolvimento ou a falta de desenvolvimento de estruturas intrapsíquicas específicas, como afirma Kohut, não são suficientes para explicar as características das personalidades narcísicas.

Otto Kernberg é psicanalista, nascido em 1928, atualmente professor na Weil Cornell Medical College, tendo dedicado grande parte da sua investigação às perturbações de personalidade, nomeadamente à Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB) e à PPN, que o autor considera ser um tipo específico da primeira. Kernberg, ao contrário de Kohut, segue a linha de pensamento de Freud, mas também de Melanie Klein, no entendimento do desenvolvimento na infância. Assim, ele descreve o narcisismo como um investimento libidinal do *self*<sup>2, 10, 11</sup>. Salaria que o narcisismo infantil normal deve ser superado para que se forme um superego que integre as imagens do *self* ideal e do objeto ideal num todo coerente e a par com a realidade<sup>2</sup>. Contudo, Kernberg afirma que a PPN implica a construção de um *self* grandioso patológico, diferente de um narcisismo normal, que deriva de relações objetais patológicas e que é constituído pela combinação de imagens do *self* ideal, do objeto ideal e do *self* real<sup>2, 11</sup>, o que faz com que o ego e o superego não se diferenciem de forma adequada<sup>2</sup>. O *self* grandioso patológico aparece como um mecanismo de defesa contra uma grave frustração na relação mãe-criança, onde o cuidador, normalmente a mãe, é experienciado como indiferente, distante, insensível, agressivo e inconsistente<sup>11</sup>. Kernberg acrescenta ainda que a PPN é um subtipo da PPB e refere que esta construção do *self* grandioso permite uma organização e integração do ego, ao contrário do que se passa com os pacientes *borderline*<sup>6</sup>, conferindo estabilidade ao indivíduo. Cria-se assim um mundo interno ideal, grandioso e autossuficiente, enquanto os objetos externos são desvalorizados, e explorados para benefício próprio<sup>11</sup>. Estes indivíduos exibem superficialmente uma extrema satisfação pessoal, grandiosidade, excessiva preocupação com eles próprios e uma necessidade de serem admirados, acompanhada por uma incapacidade de depender e de amar os outros. Porém, Kernberg afirma que estas sensações são contraditoriamente acompanhadas a um nível mais profundo por uma sensação de vazio interno, de raiva, inveja e de frustração, que são evitadas ao máximo através da desvalorização e da destruição dos outros<sup>11</sup>.

O tratamento psicoterapêutico difere entre os dois autores. Como já referido, Kohut foca-se na necessidade de se completar um desenvolvimento que ficou estagnado, enquanto Kernberg

defende o uso de estratégias de confrontação do paciente. O seu objetivo é mostrar ao paciente que o *self* grandioso, que é expressado e mobilizado na transferência, tem uma função protetora e defensiva<sup>2,6</sup>. Neste processo, o analista deve interpretar tanto os aspectos positivos como os aspectos negativos da transferência<sup>6</sup>, tendo em conta que os últimos, funcionam para proteger o paciente da raiva e inveja e conseqüentemente da culpa<sup>6</sup>.

## 2.3 Conclusões

O conhecimento de ambas as conceptualizações psicanalíticas da PPN, tanto de Kohut como de Kernberg, é importante no sentido que faz com que seja possível olhar para os indivíduos com esta perturbação da personalidade (PP) de forma mais compreensiva. Apesar de teorias e abordagens terapêuticas diferentes, ambas têm mostrado algum sucesso no tratamento da PPN<sup>2</sup>. Sendo elas até contraditórias em certos pontos, é interessante questionar se deve ser dada a preferência de uma em detrimento da outra para cada indivíduo concreto; o que faz com que cada uma funcione para cada caso; e se há forma de, *a priori*, decidir qual das abordagens será mais apropriada para cada indivíduo diagnosticado com PPN. As respostas a estas perguntas necessitam de uma melhor compreensão da própria patologia, de como se expressa e de como pode ser identificada.



## Capítulo 3

# Manifestações Clínicas e Diagnóstico de Narcisismo

### 3.1 Grandiosidade *versus* Vulnerabilidade

Apesar do narcisismo como construção psíquica ser mencionado já na literatura desde o início do século XX, ainda existem falhas na integração do conhecimento científico e clínico entre as várias áreas dedicadas à investigação desta temática, tais como a teoria clínica, o diagnóstico psiquiátrico e a psicologia social de personalidade<sup>12</sup>.

A pessoa narcísica, na visão comum, é considerada uma pessoa com uma grande autoestima e com uma autoimagem muito positiva, que normalmente desvaloriza os comportamentos e as qualidades dos outros que a rodeiam. Existe a percepção de que estas pessoas acreditam que merecem mais e melhor para si, quer sejam empregos, bens, notoriedade ou reconhecimento, e por isso exploram os que as rodeiam, para benefício próprio. Estes indivíduos desejam estar constantemente no centro das atenções, gabando-se dos seus feitos grandiosos. Porém investigação tem mostrado que a construção e a conceptualização da personalidade narcísica são muito mais complexas.

Primeiramente, é importante distinguir traços narcísicos normais presentes em pessoas sem qualquer tipo de organização da personalidade mal adaptativa do narcisismo patológico<sup>5</sup>. Um narcisismo adaptativo é saudável, uma vez que pode conferir ao indivíduo uma autoestima positiva, resiliência perante críticas, capacidade de reagir perante dificuldades e motivação para o sucesso<sup>5</sup>. Porém, o narcisismo torna-se patológico quando os indivíduos demonstram dificuldades em lidar com deceções e ameaças à sua autoimagem exageradamente positiva<sup>5,13</sup>.

O que ainda não é claro nem consensual na literatura é se o narcisismo se expressa ao longo de um *continuum* desde o narcisismo normal e adaptativo<sup>14</sup> até ao narcisismo patológico com inúmeras deficiências funcionais e relacionais ou se o narcisismo adaptativo e o patológico são duas dimensões distintas de personalidade ou dois tipos separados de narcisismo<sup>15</sup>. Esta distinção é extremamente importante, porém é necessário alertar que, por vezes, apesar destes indivíduos aparentarem um certo grau de normalidade e funcionamento e não reportarem qualquer tipo de angústia psicológica, muitas vezes induzem bastante sofrimento nos outros devido à forma como se relacionam<sup>12</sup>.

Nesta dissertação, apenas o narcisismo patológico, sob a forma de PNN, será abordado. Assim, sempre que for referido o narcisismo, será um narcisismo patológico e conseqüentemente um tipo de narcisismo que poderia potencialmente ser abordado terapêuticamente.

À medida que o interesse científico nesta perturbação da personalidade (PP) aumentou, foram surgindo diferentes concepções e entendimentos entre os vários grupos de investigação, que tinham como denominador comum o facto da PPN se poder apresentar na forma de diferentes variantes, dimensões e níveis de gravidade<sup>12</sup>.

Ao longo dos últimos anos, vários grupos de investigação foram descrevendo diversas apresentações narcísicas observadas. Cain *et al.* em 2008<sup>16</sup> e Pincus *et al.* em 2010<sup>5</sup> identificaram várias classificações distintas na literatura usadas para descrever padrões de variabilidade dentro da patologia narcísica (Tabela I). Porém, a falta de entendimento e as divergências entre os diferentes grupos de investigação quanto aos conceitos relacionados com as apresentações da PPN podem ser prejudiciais para a construção de conhecimento na área e os autores defendem que é necessário chegar a um consenso na literatura acerca dos fenótipos existentes na PPN<sup>5, 16, 17</sup>.

Em 1972, Kohut explica teoricamente a existência de pelo menos dois tipos de narcisismo aos quais ele se refere como narcisismo derivado de uma clivagem horizontal, mais grandioso, e derivado de uma clivagem vertical, com autoestima vulnerável e com sentimentos de vergonha<sup>18</sup>. Por sua vez, Herbet Rosenfeld em 1986, cujo entendimento do narcisismo passava pelo entendimento do papel da agressividade nesta patologia, descreveu também duas apresentações narcísicas, ao que ele chamou de “*thick-skinned*” e “*thin-skinned*”, referindo-se a indivíduos distantes, rejeitando qualquer relação de dependência do outro e intensamente invejosos e a indivíduos frágeis, vulneráveis, sensíveis com dificuldades em lidar com o fracasso, respetivamente<sup>19, 20</sup>. Por volta da mesma altura, Gabbard identifica, dentro da patologia narcísica, doentes inconscientes das reações dos outros, arrogantes e agressivos, egoístas que procuram centrar todas as atenções em si e por outro lado, doentes hipervigilantes às reações dos outros, envergonhados e intolerantes e sensíveis à crítica, que veem como humilhante<sup>21</sup>.

Já no século XXI, Green elabora a existência de um narcisismo positivo e um narcisismo negativo. O primeiro caracterizado por fantasias grandiosas, de autossuficiência, carregadas de egoísmo e exibicionismo onde os outros são desvalorizados. O segundo estaria relacionado com aspetos autodestrutivos, onde muitas vezes coexiste com depressão profunda, sentimentos de culpa e desapontamento, vazio interno, ausência de relacionamentos sociais, onde o doente se vê a si próprio como o único no universo digno de desprezo e sofrimento<sup>22</sup>. Mais recentemente, Ronningstam descreve a existência de um tipo de indivíduo narcísico tímido e hipersensível à

rejeição e à crítica, para além do narcísico típico arrogante, agressivo, invejoso e com uma visão de si próprio exageradamente superior aos outros<sup>23</sup>.

Em 2007, Otto Kernberg descreve a existência de diversos graus de severidade na PPN<sup>8</sup>, sendo que cada grau possuiria características específicas. Este autor identifica um tipo de PPN que considera pouco severa, onde os indivíduos têm um funcionamento razoável, apesar de apresentarem alguns problemas a longo prazo nas relações profissionais e íntimas. O segundo grau de severidade seria a apresentação da síndrome narcísica típica. Com maior grau de gravidade, o autor refere-se a dois síndromes narcísicos: um associado à ansiedade, criatividade reduzida e de difícil controlo de impulsos, o que o autor refere como funcionamento narcísico a um nível *borderline* evidente. O segundo síndrome engloba indivíduos com características antissociais, violentas e paranóides, a que o autor chama narcisismo maligno<sup>8</sup>. Ainda nessa década, Russ *et al.* descrevem também três subtipos de narcisismo dentro da PPN<sup>24</sup>: (1) narcisismo funcionante/exibicionista, onde os indivíduos são competitivos, grandiosos, sexualmente sedutores, ambiciosos; (2) o narcisismo grandioso/maligno que é carregado de raiva e agressividade, ausência de remorsos, em que sentem a obtenção de privilégios como um direito seu tal como a exploração dos outros; (3) o narcisismo frágil, cujos indivíduos são donos de sentimentos de grandiosidade mas também de sentimentos de inadequação, havendo uma alternância entre as representações cognitivas do self, sendo que a grandiosidade desempenha um papel defensivo, nomeadamente quando confrontados com fracassos.

Numa tentativa de unificar estes conceitos, vários autores concluíram recentemente que dois grandes tipos de disfunção narcísica, rotulados de grandiosidade narcísica e vulnerabilidade narcísica, poderiam ser sintetizados ao longo da literatura e que poderiam servir de ponto de partida para a evolução das conceptualizações do narcisismo<sup>5, 16</sup>. Atualmente, em geral ao longo da literatura, já é aceite que o narcisismo patológico abrange pelo menos estas duas apresentações fenotípicas: a grandiosidade e a vulnerabilidade<sup>1, 5, 12, 15, 16, 25, 26</sup>.

Indivíduos que apresentam o fenótipo grandioso da PPN são vistos normalmente como arrogantes, pretensiosos e manipuladores nas suas relações interpessoais, negligenciando e ignorando os sentimentos dos outros. São donos de uma autoimagem positiva exagerada e envolvem-se em fantasias de poder ilimitado e de superioridade. São exibicionistas, exigem a atenção e a admiração por parte dos que os rodeiam, apesar de serem alheios às suas necessidades. Esta forma grandiosa está também ligada a altos níveis de agressividade<sup>15, 16, 25, 27-29</sup>. Normalmente estas expressões de grandiosidade são demonstradas de forma mais aberta e declarada e estão associadas a níveis baixos de ansiedade<sup>29</sup>. Todavia este subtipo tem de ser entendido segundo a perspetiva de que

comportamentos “abertos” ou declarados da pessoa narcísica poderem ser altamente diferentes da experiência subjetiva interna, onde a grandiosidade pode ocultar um sentimento subjacente de vazio, impotência, vergonha e inadequação<sup>1, 27</sup>.

Por sua vez, a faceta mais vulnerável da PPN é caracterizada por uma extrema sensibilidade à crítica, ao escrutínio e à rejeição pelos outros. São indivíduos mais instáveis, impulsivos, ansiosos e com grande labilidade emocional, o que levou a alguns autores a se referirem a este narcisismo como narcisismo com funcionamento *borderline*<sup>8, 30</sup>. Muitas vezes angustiados e tímidos, padecem frequentemente de um leque maior de sintomas psicopatológicos, em comparação com os narcísicos grandiosos<sup>31</sup>. A vergonha sentida como reação ao facto das suas necessidades narcísicas de reconhecimento e admiração não serem satisfeitas é muito típica e a necessidade de protegerem a sua secreta sensação de importância faz com que evitem situações que os desafiem<sup>1, 12, 29</sup>. Miller *et al.* referem que o narcisismo vulnerável está interligado com a característica de neuroticismo<sup>32, 33</sup>.

Na tabela II estão transcritas duas vinhetas clínicas retiradas de um artigo publicado por E. Caligor, K. Levy e F. Yeomans em 2015<sup>29</sup>, que ilustram ambas as apresentações acima citadas.

Há autores que defendem que cada uma destas apresentações é própria de cada indivíduo com PPN, enquanto outros grupos de investigação defendem que o mesmo indivíduo pode oscilar entre as duas apresentações, grandiosidade ou vulnerabilidade conforme as circunstâncias<sup>34</sup>. Pincus *et al.* em 2010 referem até que, segundo a sua experiência, ambos os pacientes narcísicos, os grandiosos e os vulneráveis, exibem padrões de grandiosidade declarada ou secreta<sup>5</sup>.

Todavia, estas duas variações fenotípicas parecem quase opostas ou mesmo paradoxais. Por isso, é necessário entender quais as características centrais da PPN que conseguem integrar a grandiosidade e a vulnerabilidade num único modelo estrutural de narcisismo<sup>5, 25</sup>. A maioria dos autores refere que a característica nuclear principal da PPN é a existência de um sentido de *self* e de autorregulação frágeis, sendo os indivíduos possuidores de um profundo sentimento de inferioridade, do qual se defendem ao preservar uma visão de si mesmos como alguém excepcional e rejeitando a realidade externa<sup>1, 5, 29</sup>. A manutenção desta carapaça narcísica implica a negação de tudo o que a ameace, deixando os indivíduos extremamente dependentes de pessoas externas para regularem a sua autoestima. Assim, os indivíduos com apresentações mais grandiosas tendem a desenvolver relações pobres e superficiais, enquanto que os mais vulneráveis evitam qualquer tipo de situação social<sup>1, 29</sup>.

Parece então, que existem dois padrões de expressão da PPN. Estes têm sido identificados ao longo do tempo por vários grupos e têm vindo a ser consolidados na literatura científica, mudando assim

o paradigma do entendimento da PPN, que deixa de ser vista apenas na sua forma mais óbvia grandiosa, mas passa a compreender uma outra faceta vulnerável e sensível. O entendimento entre os grupos de investigação quanto a estes conceitos é importante para o avanço científico neste campo da psiquiatria. Contudo, apesar desta mudança de paradigma, o diagnóstico da PPN ainda é difícil.

## 3.2 Perturbação de Personalidade Narcísica no DSM

A PPN foi pela primeira vez introduzida, em 1980, na 3ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) como uma entidade própria<sup>1, 6, 15</sup>. Desde aí, várias revisões foram feitas de onde surgiram pequenas modificações nos critérios de diagnóstico, numa tentativa de diminuir a sobreposição que havia com outras PP, nomeadamente a *Borderline*, a Histriónica e a Anti-social<sup>16</sup>. Contudo, muitos autores referem que a utilidade clínica do diagnóstico de PPN continua baixa, mesmo na última edição do DSM, uma vez que os critérios de diagnóstico e os sintomas descritos continuam a focar-se exclusivamente em aspetos relacionados com a grandiosidade da PPN<sup>16, 31</sup>. Têm sido, assim, sistematicamente excluídas as características relacionadas com o aspeto mais vulnerável desta PP, o que contrasta com as apresentações que se encontram em grande parte da literatura e da prática clínica<sup>1, 5, 16, 24</sup>.

Atualmente no DSM-5 as PP vêm descritas na secção II, que não sofreu alterações desde a edição anterior. As PP, que são ao todo dez, organizam-se em três *clusters*, numa tentativa de agregar aquelas que se correlacionam em algumas características. A PPN pertence ao *cluster* B, juntamente com a *Borderline*, Antissocial e Histriónica. Padrões de pensamento, comportamento e afetividade algo teatrais, emotivos, impulsivos e erráticos caracterizam este grupo de PP<sup>35</sup>. A PPN em concreto vem descrita no DSM-5 como uma expressão de grandiosidade, uma necessidade de admiração e falta de empatia, sistematizados em nove pontos, dos quais, a presença de cinco, fazem o diagnóstico<sup>35</sup> (Tabela III). Este modelo descritivo organizado segundo categorias que refletem as diferentes síndromes tem sido criticado por conter uma cobertura insuficiente das diversas PP, por existir uma grande taxa de comorbidades interperturbações e pela dificuldade, por vezes, em distinguir o que é normal ou não<sup>26</sup>.

Por isso, a secção III do DSM-5, denominada “Modelos e Medidas Emergentes”, apresenta pela primeira vez um modelo alternativo de conceptualização das perturbações de personalidade, onde a descrição das PP é diferente. Estas são então conceptualizadas segundo diversas dimensões entre o normal e o desadaptativo<sup>26</sup>. Neste novo modelo, as dez PP anteriores foram redefinidas em seis e o comprometimento do funcionamento pessoal e interpessoal juntamente com os traços de

personalidade patológicos são valorizados em relação às simples características descritivas diagnósticas de cada uma das perturbações, usadas na secção II<sup>29,35</sup>. Assim, cada PP é definida pelo défice de funcionamento da personalidade, tanto na identidade, autodireção, empatia e intimidade (Critério A), e por um padrão de traços de personalidade particulares de cada perturbação (Critério B)<sup>26, 35, 36</sup>. Os vinte e cinco traços de personalidade do critério B estão distribuídos em 5 domínios: (1) Afetividade negativa, (2) Desligamento, (3) Antagonismo, (4) Desinibição e (5) Psicoticismo (Figura 2). Os critérios C, D e E envolvem respetivamente: C - estabilidade da personalidade ao longo do tempo e em diversas situações, D - distinção entre características culturais normais de patológicas e E - exclusão de possíveis causas médicas.

Segundo este novo modelo apresentado no DSM-5, os traços relacionados com a PPN são sobretudo a Grandiosidade e a Necessidade de Atenção, que se incluem no domínio do Antagonismo<sup>35-37</sup>. Para além disso, é descrito também um prejuízo na sua identidade, pautada por uma autodefinição e autoestima desreguladas e vulneráveis, que exigem por isso uma exagerada necessidade de atenção, aprovação e admiração como forma de regulação, repercutindo-se em relacionamentos superficiais, onde o indivíduo é incapaz de sentir empatia com aqueles com quem se relaciona<sup>35</sup>. Adicionalmente, esta secção descreve alguns especificadores tais como tendências para perturbações depressivas e ansiosas, que não são obrigatórios para o diagnóstico, mas podem estar presentes na PPN com apresentações mais vulneráveis<sup>35</sup>.

Contudo, alguns autores como Hopwood *et al.* (2012)<sup>37</sup>, Morey *et al.* (2015)<sup>36</sup> e Miller *et al.* (2015)<sup>26</sup> discutem se deveriam, ou não, ser incluídos neste modelo dimensional da PPN traços de insensibilidade, a manipulação, o engano e a hostilidade. Por um lado, estes traços parecem estar alinhados e associados com a perturbação; mesmo já na 4ª edição do DSM (DSM-IV), são importantes caracterizadores e fornecem informação adicional acerca desta PP. Contudo, estes autores também discutem que, se incluídos estes mesmos traços, uma grande sobreposição diagnóstica entre a PPN e outras perturbações de personalidade como a Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS) passaria a existir, mesmo que essa sobreposição tenha a vantagem de conferir uma continuidade entre os diversos traços de personalidade e de se alinhar mais com alguns modelos teóricos sobre as construções das PP<sup>37</sup>. Para além disso, Cain *et al.* (2008)<sup>16</sup>, Pincus *et al.* (2010)<sup>5</sup> e Miller *et al.* (2013, 2017)<sup>12, 31</sup> mostraram que características dos domínios de afetividade negativa e do desligamento, tais como a labilidade emocional, a ansiedade, o afastamento e a anedonia se correlacionavam com um narcisismo vulnerável, mas não com o grandioso, e portanto, o foco apenas neste último comprometeria o diagnóstico desta PP, tal como já acontecia no sistema categórico anteriormente usado na secção II do DSM-IV e no DSM-5. Miller *et al.* (2013) vão mais longe e reforçam a importância de incluir no diagnóstico uma forma de avaliar

o grau de narcisismo vulnerável, sugerindo que indivíduos com apresentações mais centradas na grandiosidade e indivíduos com apresentações mais vulneráveis apresentariam comportamentos diferentes, teriam etiologias diferentes para a sua patologia e consequentemente abordagens terapêuticas diferentes<sup>31</sup>. Além disso, a inclusão de um diagnóstico abrangente que englobe ambos os aspetos grandiosos e vulneráveis da PPN teria impacto na prevalência desta PP e talvez se aproximasse mais ao que é observado na prática clínica<sup>5, 36</sup>.

Por sua vez, é interessante observar que o sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o *International Classification of Diseases – 10<sup>th</sup> edition* (ICD-10), tendo a última versão sido editada em 2016, inclui a PPN num grupo a que chama “*Other specific personality disorders*”<sup>38</sup>, não existindo neste sistema nenhuma categoria própria destinada a esta perturbação.

### 3.3 Epidemiologia da Perturbação de Personalidade Narcísica

Atualmente existe algum debate também quanto à prevalência da PPN e tal deve-se ao facto do seu diagnóstico ser difícil, complexo e multidimensional, como foi discutido anteriormente. O DSM-IV e o DSM-5 referem que as estimativas de prevalência variam de 0 a 6,2% em amostras da comunidade, com uma prevalência média de 1,2%<sup>1, 35, 39</sup>, o que é relativamente baixo. Todavia muitos autores questionam se esses números não serão diferentes devido a várias razões. Primeiramente, como a PPN pode não trazer sofrimento interno diretamente ao próprio indivíduo, pode-se especular que parte destes indivíduos não recorram frequentemente a serviços de saúde e desta forma não sejam contabilizados, uma vez que há falta de bibliografia que avalie a prevalência da PPN na população geral<sup>1</sup>. Para além disso, se o diagnóstico da PPN for baseado apenas nos critérios de diagnóstico da secção II do DSM-5, os vários espectros, nomeadamente os mais vulneráveis, desta perturbação podem ser facilmente excluídos, como já foi referido, obtendo-se um valor de prevalência inferior ao que na realidade existe<sup>1, 5, 15</sup>. Outro fator a ter em conta é que a maioria destes indivíduos, na procura de ajuda, recorre principalmente a médicos ou psicoterapeutas particulares, onde devido à própria patologia, acreditam vir a ter um tratamento especial, em detrimento dos serviços públicos<sup>1</sup>. Por último, a prevalência relativamente baixa, mas bastante heterogénea entre estudos também pode ser explicada pelo facto do diagnóstico e avaliação da PPN não ser ainda consistente pois há grupos de investigação a utilizar ferramentas de avaliação e inquéritos diferentes<sup>40</sup>.

Um dos estudos mais recentes acerca da prevalência da PPN realizado nos EUA refere que uma prevalência 6,2% no global, com taxas mais elevadas nos homens do que nas mulheres (7,7% vs. 4,8%, respetivamente)<sup>41</sup>. Contudo, esta prevalência aumenta quando analisadas populações de

doentes psiquiátricos ou populações cujos indivíduos são acompanhados em clínicas privadas. No primeiro caso foram descritas prevalências de 1 – 17%<sup>34, 41, 42</sup> ou de 2,3 – 37,5%<sup>39</sup> em doentes internados em instituições psiquiátricas e no segundo, uma frequência de 8,5-20% na população dos doentes de clínicas privadas<sup>42, 43</sup>. Tais prevalências demonstram uma variabilidade muito grande entre os vários estudos, tanto na população de doentes internados como em doentes de instituições privadas, o que levanta novamente a questão acerca da falta de clareza perante o diagnóstico desta perturbação.

Em relação às diferenças da PPN quanto ao género, existem estudos como já referido que apontam uma maior prevalência no sexo masculino<sup>41</sup>, porém é discutido se não se deve também a fatores sociais, educacionais e culturais dos países ocidentais, nomeadamente devido aos papéis sociais tradicionais associados a cada género<sup>40</sup>. Uma meta-análise dos EUA debruçou-se sobre o estudo dessas diferenças e confirmou que existem níveis de narcisismo maiores nos homens do que nas mulheres e que essa diferença se mantinha estável em diferentes grupos etários. Para além disso, os autores investigaram se as várias características dentro do narcisismo mostravam diferenças de prevalência entre os géneros e concluíram que quando o narcisismo se exprimia sob a forma de exploração dos outros e demonstração de poder, a prevalência era significativamente maior nos homens do que nas mulheres. Contudo, também mostraram que quando o narcisismo se centrava em características mais relacionadas com neuroticismo, representando a forma do narcisismo vulnerável, não havia diferenças na prevalência entre os géneros<sup>40</sup>. Infelizmente, ainda são escassos os estudos epidemiológicos da PPN em países europeus, o que impossibilita a comparação com a população americana.

Estas diferenças vêm comprovar a necessidade de se definir concretamente não só as diversas apresentações narcísicas, mas também entender as características nucleares desta perturbação.

### 3.4 Comorbilidades

A PPN, como já foi mencionado, é difícil de avaliar devido ao facto dos indivíduos com este tipo de personalidade raramente recorrerem a ajuda psiquiátrica<sup>12</sup>. Todavia, a instabilidade da sua autoestima, por vezes grandiosa, por vezes vulnerável e frágil, faz com que muitos indivíduos sejam extremamente sensíveis e intolerantes à crítica, desencadeando sentimentos de raiva e contra-ataque desafiador, humilhação, vergonha, retraimento social e humor deprimido<sup>35, 44</sup>.

A PPN está bastante associada a perturbações psiquiátricas do Eixo I, tais como perturbações de humor, de ansiedade ou abuso de substâncias mas também existe concomitantemente com outras

perturbações de personalidade, sendo as mais comuns as perturbações do mesmo *cluster* da PPN: PPB, PPAS e perturbação de personalidade histriónica (PPH)<sup>12, 35, 36</sup>. O entendimento destas relações torna-se importante pois tem implicações na avaliação e no tratamento das doenças mentais. Sabe-se por exemplo que doentes depressivos com perturbações da personalidade exibem uma pior resposta ao tratamento e maior prejuízo no funcionamento<sup>45-47</sup>. As patologias comórbidas com maior relevância que serão discutidas nesta dissertação são a depressão, o abuso de substâncias e a combinação da PPN com a PPAS<sup>12</sup>.

Como já descrito, a PPN caracteriza-se por fantasias de grandiosidade, expectativas de poder ilimitado e por uma necessidade exagerada e mal adaptativa de admiração e reconhecimento pelos outros. Todavia, quando essa necessidade de admiração ou quando essas expectativas não são cumpridas, a pessoa com PPN sente o seu ego ameaçado, uma ferida narcísica, podendo sofrer uma desregulação emocional e comportamental<sup>45, 48</sup>. Vários estudos têm encontrado uma correlação positiva entre o narcisismo patológico e a perturbação depressiva<sup>29, 45, 49, 50</sup>. Pincus *et al.* esclarecem ainda que a perturbação depressiva em indivíduos patologicamente narcísicos apresenta-se principalmente caracterizada por anedonia, ausência de sentido, sentimentos de vazio e de inutilidade, em detrimento de sentimentos melancólicos e de tristeza<sup>45, 51</sup>. Além disso, muitos autores têm vindo a verificar que a perturbação depressiva está mais presente quando a PPN se apresenta na sua forma vulnerável, enquanto expressões mais grandiosas e exibicionistas não parecem ter esse risco, fazendo com que as primeiras procurem com maior frequência ajuda clínica<sup>5, 12, 44, 52, 53</sup>.

Quanto à relação entre o risco de suicídio e de comportamentos autolesivos e a PPN, a bibliografia existente é ainda escassa e controversa. Alguns grupos de investigação referem que os doentes narcísicos podem ter um risco aumentado de exibir comportamentos autoagressivos e até suicídio<sup>43, 54</sup>, principalmente quando, para além da PP existem outras perturbações psiquiátricas como perturbações de humor ou ansiedade, pois estas realçam na vulnerabilidade narcísica os sentimentos de vergonha, derrota e impotência que lhe estão associados<sup>43</sup>. Contudo, outros grupos de investigação identificaram que a PPN, quando aliada a uma impulsividade baixa, poderá servir como fator protetor. Ou seja, grandiosidade, sentimentos de autoaperfeiçoamento e uma autoestima amplificada podem impedir e proteger a pessoa de comportamentos autodestrutivos<sup>55, 56</sup>. Ronningstam *et al.* têm estudado especificamente as relações entre o narcisismo patológico e os comportamentos parasuicidas e suicidas. A investigadora reconhece que, na PPN, o risco de suicídio ainda é pouco entendido uma vez que identifica o aumento do risco de suicídio com a existência de outras perturbações psiquiátricas para além da PPN, mas paralelamente, concilia-se com outros autores, defendendo que indivíduos com PPN podem realmente ser menos propensos a realizar

ameaças ou tentativas de suicídio desorganizadas<sup>43</sup>. Por exemplo, Ronningstam considera que algumas fantasias suicidas em indivíduos com PPN podem exercer uma função de autorregulação ao dar aos indivíduos uma sensação de controle e autonomia que diminua o seu sofrimento interno<sup>43, 54</sup>. Todavia, este grupo de investigação também identifica que, em indivíduos patologicamente narcísicos, quando passam para ação as suas ideias suicidas, estas são muitas vezes súbitas, sem quaisquer sinais de aviso e recorrendo a meios de maior letalidade<sup>43, 55</sup>. Um estudo publicado em 2018<sup>44</sup> descreve que a existência de narcisismo patológico no contexto de um paciente *borderline*, leva a que os indivíduos apresentem menos comportamentos autolesivos e menor risco de suicídio, quando comparados com pacientes com PPB apenas. Este resultado dá a entender, que nestes casos, a PPN e o seu *self* grandioso servem como estabilizadores do *self* e funcionam como fatores protetores. Este achado é interessante, pois encaixa-se na conceção de Kernberg<sup>11</sup> de que a PPB e a PPN têm o mesmo tipo de organização, porém na última desenvolvem-se mecanismos compensatórios da sua fragmentação que permitem aos indivíduos alcançar um certo nível de funcionamento.

Analogamente, vários estudos associam a PPN ao abuso de substâncias<sup>41, 44</sup>, porém, as outras PP do *cluster* B são também associadas a esta perturbação<sup>57</sup>. Pouco ainda se entende acerca das razões que levam à existência desta relação, mas recentemente um artigo identifica sentimentos de vergonha, típicos da faceta mais vulnerável do narcisismo patológico, como potenciadores do consumo de substâncias como álcool ou drogas<sup>58</sup>.

Por fim, muitos estudos referem a existência concomitante de várias PP, dependendo da presença dos vários traços de personalidade em cada indivíduo. Clinicamente, as PP que mais se relacionam com a PPN são a PPH e a PPAS<sup>1, 12, 35</sup>, causando muitas vezes dificuldades no diagnóstico. Miller *et al.*<sup>12</sup> mostram as similaridades entre as várias PP e a PPN, com base nos traços definidos no modelo dos 5 fatores e identificam que a PPN se aproximava da PPAS e da PPH. Contudo, quando avaliado apenas o fenótipo mais do tipo grandioso, este correlacionava-se principalmente com a PPH. Por sua vez, quando analisadas apresentações mais vulneráveis, a sobreposição era grande na maioria das PP, destacando-se a PPB, perturbação de personalidade esquizotípica (PPE) e perturbação de personalidade paranóide (PPP) (Figura 3).

A relação entre a PPN e a PPAS será aqui aprofundada devido à sua intimidade e à dificuldade de tratamento.

A PPN e a PPAS têm várias características comuns, nomeadamente, a superficialidade das relações, falta de empatia e o uso de estratégias de manipulação para seu próprio benefício, apesar de na PPAS, os indivíduos não necessitarem da validação admirativa dos outros<sup>12, 35, 59</sup>. Na PPN, a

regulação da autoestima é suportada pela adoção de comportamentos antissociais, cuja função é de proteger a sua autoimagem engrandecida<sup>16</sup>. Alguns autores têm defendido que os indivíduos patologicamente narcísicos que reúnem características da PPAS formam um tipo específico de narcisismo: o narcisismo maligno<sup>60</sup>. Embora o termo tenha sido criado por Eric Fromm na década de 60, tem sido desenvolvido por alguns psicoterapeutas, nomeadamente Otto Kernberg<sup>8, 61</sup>. Kernberg afirma que estes indivíduos reúnem as seguintes características: PPN, com comportamentos antissociais, traços paranóides e agressão egossintónica<sup>8, 60</sup>. Por haver um *self* grandioso, com sentimentos de superioridade e de inveja, juntamente com componentes de agressividade, os indivíduos apresentam tipicamente uma crueldade sádica dirigida aos outros. Isto, juntamente com os traços antissociais leva a que estes doentes desrespeitem comportamentos considerados socialmente apropriados ou conduza mesmo à vontade de dominar os outros socialmente de forma sádica<sup>62</sup>. Todavia, esta forma de narcisismo não vem descrita individualmente no DSM-5 pois não existe como entidade diagnóstica própria. A sua particularidade deve-se ao facto de ser extremamente refratária aos tratamentos e abordagem psicoterapêuticas, com um nível de compromisso pessoal grave<sup>62</sup>.

Todas estas comorbilidades possíveis, tanto do Eixo I como do Eixo II e o seu conhecimento podem ter implicações diagnósticas e terapêuticas<sup>45, 47</sup> e por isso a sua compreensão pode levar à adoção de diferentes abordagens terapêuticas, mais individualizadas para cada indivíduo e consequentemente com maior taxa de sucesso.

### 3.5 Conclusões

A análise bibliográfica permite evidenciar um quadro ainda fluido no diagnóstico da PPN, desde incerteza de classificação até ao próprio reconhecimento da PP como entidade autónoma. Esta falta de consolidação dos critérios de diagnóstico, incluindo o atendimento a comorbilidades, tem reflexos na identificação precisa dos casos clínicos e, consequentemente, na adoção de estratégias terapêuticas adequadas. Estes aspetos serão abordados no capítulo seguinte.



## Capítulo 4

# Desafios no tratamento da perturbação de Personalidade Narcísica

### 4.1 Tratamentos e reações

Atualmente não existe nenhum tratamento específico preconizado para a PPN<sup>63</sup>. Os psicofármacos têm demonstrado poucos resultados no tratamento das PP, sendo úteis apenas perante a existência concomitante de outras doenças mentais como depressão, ansiedade, perturbação bipolar ou abuso de substâncias<sup>1, 64</sup>. Por isso têm sido tentadas diversas abordagens psicoterapêuticas, tendo umas demonstrado mais sucesso do que outras, apesar de não haver nenhum estudo que compare a eficácia entre as diferentes técnicas<sup>1, 63, 64</sup>.

Os tratamentos psicoterapêuticos tradicionalmente dividem-se em dois grandes grupos: as terapias cognitivo-comportamentais e as abordagens psicanalíticas/psicodinâmicas<sup>1</sup>. Dentro do primeiro grupo têm-se destacado a “Terapia comportamental dialética” e a “Terapia focada em esquemas”<sup>1, 63</sup>. Relativamente ao segundo grupo, as abordagens que têm tido mais eficácia são a “Psicoterapia focada na transferência” – desenvolvida pelo próprio Kernberg – e a “Terapia baseada na mentalização”<sup>1, 63, 65</sup>. Não está no âmbito desta tese compreender cada uma destas terapias, contudo é interessante verificar que estas são muito usadas e com sucesso na PPB, sendo que, a terapia comportamental dialética é hoje em dia uma das terapias de primeira linha no tratamento desta PP. A terapia focada na transferência foi também inicialmente desenhada para pacientes *borderline*, porém tem ganhado cada vez mais importância em pacientes narcísicos<sup>1, 66</sup>. No entanto, nenhuma destas terapias é recomendada com base no subtipo de narcisismo que foi discutido anteriormente, o que deixa em aberto se umas funcionarão com melhores resultados para o tipo grandioso, enquanto que outras poderão ter mais sucesso nos fenótipos mais vulneráveis. Daqui advém novamente a importância de se conseguir definir e distinguir estes dois subtipos e que essas definições se tornem consensuais na literatura científica, para, posteriormente, melhor se estudar o efeito das diferentes terapias.

Independentemente das técnicas e abordagens usadas, os pacientes narcísicos são considerados extremamente difíceis de tratar, precisamente devido às características próprias desta perturbação<sup>1, 53, 61, 63</sup>.

Uma das primeiras dificuldades encontra-se logo nas razões que levam estes indivíduos a procurarem ajuda terapêutica. Crises agudas laborais, financeiras ou fracassos pessoais como o divórcio, ultimatoss feitos por familiares, empregadores ou mesmo por ordem do tribunal<sup>1, 64</sup> são muitas vezes estímulos para a procura de apoio profissional. Esta procura também acontece frequentemente quando estes indivíduos se sentem pessoalmente insatisfeitos, incapazes de alcançar objetivos na vida pessoal e profissional ou mesmo devido a outras patologias do foro mental como perturbações afetivas, abuso de substâncias ou ideação suicida<sup>1, 64</sup>. Assim, as motivações para a mudança nestes indivíduos, são geradas por crises ou conflitos externos, ou dependem do seu humor, o que fragiliza o compromisso com a terapia e que leva conseqüentemente ao seu abandono precoce e/ou repentino<sup>63</sup>.

Outra dificuldade centra-se na rejeição do diagnóstico pelo próprio doente, sob o risco de se sentir envergonhado, com culpa ou sem controlo da situação<sup>64</sup>, o que ameaça o equilíbrio de funcionamento alcançado<sup>8</sup>. Além disso, a ausência de empatia e a ideia do paciente narcísico de que o outro “não existe”, torna extremamente difícil a relação terapêutica<sup>8, 63</sup>. Por outro lado, a relação terapêutica é também dificultada pela incapacidade de dependerem do terapeuta, algo que seria humilhante, e por isso respondem com tentativas de controlo, inveja do terapeuta ou competitividade<sup>8</sup>. Em alinhamento com esta inveja, a pessoa narcísica tende mesmo a desprezar, maltratar e a pôr em causa o médico e as suas capacidades, considerando-o inferior, como estratégia de regulação da sua autoestima, mantendo uma ilusão de controlo e protegendo-se de experiências emocionais indesejadas<sup>8, 63</sup>.

Por sua vez, ao sentirem-se frustrados, usados, criticados ou incompetentes, os terapeutas experienciam sentimentos negativos de contratransferência difíceis de suportar<sup>67</sup>. Estes podem levar a reações negativas como o desejo de competirem com o paciente, serem cruéis ou excluir o doente do tratamento<sup>63, 67</sup>. Porém, estas reações negativas contratransferenciais devem ser entendidas como uma comunicação inconsciente de sentimentos de vergonha, rejeição ou imperfeição do paciente<sup>1</sup>. Assim, quando trabalhados, estes sentimentos podem até ajudar o terapeuta, pois refletem as experiências internas do paciente e fornecem informação acerca do mundo interno destes doentes<sup>67</sup>. Além disso, a consciencialização deste tipo de sensações em relação a alguns doentes, mesmo quando estes se apresentam devido a outra patologia, permite identificar traços de narcisismo patológico e deste modo, alterar a abordagem terapêutica<sup>68</sup>.

Outros obstáculos terapêuticos difíceis de contornar, que podem ser encontrados principalmente em pacientes com traços antissociais, são a ausência de responsabilidade, a desonestidade, a pouca capacidade para o remorso e para o arrependimento e o cultivo de um estilo de vida de parasitismo

social por parte destes indivíduos, vivendo à custa de serviços sociais ou familiares, porém preservando fantasias grandiosas das suas valências e capacidades apesar de nunca as desafiarem<sup>8</sup>.

No tratamento do indivíduo narcísico, vários autores têm descrito algumas técnicas práticas que podem ajudar a diminuir o abandono do tratamento. Uma das mais importantes é ajudar o doente a definir metas de tratamento concretas e realistas e que o paciente identifique como suas, fornecendo-lhe assim, o sentimento de agência, ou seja sentimento de ter controlo nas suas ações e nas suas escolhas<sup>63, 69</sup>. Todavia, nomeadamente na terapia focada na transferência, deve existir logo desde o início, um contrato de tratamento entre o paciente e o médico que estabeleça as condições e a estrutura do tratamento e quais comportamentos esperados e proibidos, de forma a garantir a segurança tanto do paciente como do terapeuta e de forma a manter um relacionamento colaborativo<sup>8, 63, 69</sup>.

## 4.2 Conclusões

Não havendo consensos na classificação e diagnóstico da PPN (ou das variantes da PPN), fácil é de entender que não emerge da literatura uma metodologia consistente de suporte à abordagem terapêutica. A maioria dos autores concorda que esta perturbação é extremamente difícil de abordar e de tratar, muito devido às suas características nucleares. Porém, parece poder formular-se a conclusão de que, no presente, se identifica precisamente uma lacuna na realização de testes e ensaios que contribuam para confirmar ou informar modelos de identificação e terapia da PPN.



# Capítulo 5

## Conclusões

### 5.1 As respostas às perguntas

Este Capítulo final procura fornecer uma síntese geral resumida dos elementos apresentados nesta tese e das ideias que foi possível organizar. Além disso, são apresentadas respostas às perguntas de investigação inicialmente apresentadas, e são discutidas questões emergentes e recomendações futuras.

O narcisismo é um conceito já bastante antigo, que tem evoluído ao longo do tempo, todavia continua a ser um tema controverso e com pouco consenso dentro da comunidade científica. A PPN é uma síndrome desafiante, mal compreendida, heterogénea na sua apresentação e difícil de tratar, dificultando igualmente o tratamento de outras doenças mentais comórbidas.

Nesta revisão foram exploradas as explicações teóricas para a construção da PPN, as diferentes apresentações clínicas desta e conseqüentemente, o problema do uso dos critérios de diagnóstico atuais. Foi também debatida uma possível solução para esses problemas, com base no novo modelo dimensional de avaliação das PP onde cada PP é definida pelo défice de funcionamento da personalidade, tanto na identidade, autodireção, empatia e intimidade (Critério A), e por um padrão de traços de personalidade particulares de cada perturbação. Foi igualmente discutido o impacto da redefinição dos critérios de diagnóstico na epidemiologia da PPN e no diagnóstico de comorbilidades. Por fim, os desafios no tratamento foram mencionados, apesar de ainda não haver uma terapia específica para este tipo de perturbação.

A investigação que culminou nesta dissertação tenta responder então às questões inicialmente colocadas:

#### **Capítulo 2:**

Qual a evolução do conceito de narcisismo patológico até ser considerada perturbação de personalidade

A noção de narcisismo está descrita desde o século VIII, na mitologia grega, porém apenas no século XX se começou a definir o conceito de narcisismo e de perturbação de personalidade narcísica (PPN). Freud descreveu o narcisismo como um estado psicológico contínuo que vai desde o normal ao patológico, onde o último corresponderia ao desinvestimento da libido nos objetos externos e um

independente? Quais as explicações psicopatológicas teóricas prevalentes?

reinvestimento em si próprio. Só na década de 60/70 é que Heinz Kohut e Otto Kernberg contribuíram para o entendimento teórico da construção psíquica da personalidade narcísica e consequentemente desenvolveram terapias psicanalíticas para estes pacientes, que tinham sido anteriormente considerados por Freud como inadequados para a terapia analítica. Estas conceptualizações, que são atualmente as principais explicações psicopatológicas prevalentes, pressionaram a inclusão da PPN como entidade própria no DSM – III em 1980.

Estes autores apresentam explicações terapêuticas diferentes, dentro das quais ainda é difícil entender qual a indicada para cada caso concreto, principalmente no contexto atual, onde o narcisismo patológico começa a ser aceite como tendo diversas manifestações.

### Capítulo 3:

Qual o consenso que existe sobre a caracterização da perturbação?

Principalmente na última década, tem-se observado uma convergência na área científica quanto ao modelo clínico da PPN incluir principalmente duas apresentações: a grandiosa e a vulnerável<sup>1, 5, 12, 15, 16, 25, 26</sup>, apesar do núcleo desta perturbação compreender, em ambos os casos, um sentido de *self* e a sua autorregulação extremamente frágeis. O consenso que tem sido procurado por diversos grupos é de extrema importância para que a investigação possa ser feita de forma precisa, construtiva e para que se possa avançar na compreensão e tratamento desta perturbação. Todavia, ainda existe discussão sobre se estas apresentações são específicas e fixas para cada indivíduo ou se o mesmo indivíduo pode oscilar entre padrões de grandiosidade e de vulnerabilidade. Além disso, existem também questões quanto às características clínicas declaradas ou secretas dentro de cada um destes fenótipos, ou se, em cada um deles, estas expressões manifestas são persistentes ou intermitentes conforme contextos específicos nos quais a autoestima é ameaçada.

Que alterações no diagnóstico têm sido exigidas?

No DSM-5, o diagnóstico de PPN engloba sentimentos de grandiosidade, arrogância, fantasias de sucesso ou poder, crenças de que são especiais, detentores de mais direitos comparativamente com os outros e existência de relações interpessoais baseadas na exploração e na necessidade de admiração<sup>35</sup>. Muitos investigadores têm salientado que estes critérios diagnósticos se focam unicamente nas variações grandiosas, deixando de parte as apresentações mais vulneráveis, que muitas vezes são os indivíduos que procuram ajuda psiquiátrica. Um novo modelo de diagnóstico tem sido sugerido como resolução para o problema de diagnóstico citado acima. Neste novo modelo cada PP é definida pelo défice de funcionamento da personalidade ao nível da identidade, autodireção, empatia e intimidade (Critério A), e por um padrão de traços de personalidade particulares de cada perturbação. Os traços que mais se identificam com a PPN são os de grandiosidade e de necessidade de atenção, inseridos no domínio do antagonismo<sup>35-37</sup>, tal como acontecia no modelo categórico anterior. Mas os investigadores encontram também correlações com outros traços de personalidade tais como insensibilidade, manipulação, hostilidade, labilidade emocional, ansiedade, afastamento e anedonia, sendo que os últimos quatro são encontrados principalmente no narcisismo vulnerável<sup>5, 16, 31, 35</sup>. Várias propostas têm sido feitas no sentido de se utilizar o novo modelo de diagnóstico de forma a incluir todos os traços de personalidade relacionados com a PPN para abranger as várias manifestações clínicas.

Assim, é possível ter uma visão mais ampla da PPN, conferindo a este novo modelo um enorme potencial diagnóstico, porém, necessitando ainda de validação empírica. A decisão acerca de que traços de personalidade incluir no diagnóstico da PPN continua em discussão.

Qual o consenso sobre a prevalência?

A prevalência média da PPN descrita no DSM-5 é de 1,2% na comunidade. Este valor é obtido utilizando o modelo categórico do DSM-5 para o diagnóstico. Essa percentagem aumenta quando

analisadas populações de doentes internados em hospitais psiquiátricos ou seguidos em clínicas privadas. Enquanto o diagnóstico da PPN for baseado apenas nos critérios de diagnóstico DSM-5, os vários espectros, nomeadamente os mais vulneráveis, desta perturbação serão facilmente excluídos, obtendo-se um valor de prevalência inferior ao que na realidade existe.

Quais as considerações a dar às comorbilidades?

Outro fator que dificulta o diagnóstico da PPN é a elevada taxa de comorbilidades com patologias tanto do Eixo I, perturbação depressiva, ansiedade, abuso de substâncias, como do Eixo II, PPAS, PPH em variações mais grandiosas e PPB, PPE e PPP quando analisadas apresentações mais vulneráveis. O novo método de diagnóstico discutido abrangeria as várias apresentações desta perturbação, mas ao mesmo tempo aumentaria a sobreposição entre as diferentes PP<sup>26, 36, 37</sup>.

A análise da sobreposição trouxe a descoberto uma forma de narcisismo que poderá ser importante no futuro: o narcisismo maligno que é a presença de PPN, com comportamentos antissociais, traços paranóides e agressão egossintónica<sup>8</sup>.

#### Capítulo 4:

Quais os tratamentos preconizados?

Apesar de ainda não haver nenhum tipo de psicoterapia orientada concretamente para a PPN, os tratamentos psicoterapêuticos que têm sido experimentados com relativo sucesso são, do grupo das terapias cognitivo-comportamentais a “Terapia comportamental dialética” e a “Terapia focada em esquemas”<sup>1, 63</sup>. Do grupo das abordagens psicanalíticas/psicodinâmicas, a “Psicoterapia focada na transferência” – desenvolvida pelo próprio Kernberg – e a “Terapia baseada na mentalização”<sup>1, 63, 65</sup>. É interessante verificar que estas terapias são muito usadas e com sucesso na PPB.

Quais os desafios do processo de tratamento?

Os pacientes narcísicos são considerados extremamente difíceis de tratar, precisamente devido às características próprias desta perturbação<sup>1, 53, 61, 63</sup>. Muitos dos indivíduos apenas procuram ajuda

terapêutica quando pressionados e abandonam-na subitamente na maioria das vezes. A ausência de empatia, a incapacidade de depender do médico, a necessidade de manipular a relação, torna extremamente difícil a relação terapêutica<sup>8, 63</sup>. Geram-se sentimentos de inveja que levam o doente a maltratar, menosprezar e a pôr em causa as competências do médico<sup>8, 63</sup>.

## 5.2 As questões em aberto

Grandes avanços na última década têm sido feitos nesta área de conhecimento ainda pouco compreendida e valorizada.

Porém, mais investigação é necessária para clarificar algumas questões relacionadas com as duas apresentações clínicas: o porquê da existência das duas apresentações clínicas; se elas constituem dois pólos de um *continuum* de apresentações ou se são dois fenótipos independentes; se um indivíduo pode oscilar entre as duas apresentações; o que acontece psicopatologicamente, para que um indivíduo se expresse de uma forma grandiosa ou de uma forma vulnerável; e se a identificação de várias apresentações clínicas tem implicação nas explicações psicopatológicas previamente concebidas.

Seria também importante avaliar a correlação entre a PPN, sintomas depressivos, ansiedade e comportamentos suicidas, e que implicações tem no tratamento a coexistência destas doenças.

Outra discussão ainda em aberto é a definição do que é um narcisismo normal ou patológico e qual o papel da autoestima no desenvolvimento da PPN e no tratamento dos doentes.

A área carece também de estudos comparativos entre as diferentes abordagens terapêuticas, de modo a entender-se quais os tratamentos mais apropriados para a PPN e também se a eficácia das diferentes terapêuticas varia com as duas apresentações clínicas, narcisismo grandioso e vulnerável. Para além disso seria importante identificar que fatores e processos no tratamento contribuem para a mudança na PPN.

Conclui-se assim que o narcisismo patológico é uma condição complexa e ainda mal compreendida. Continuam a ser necessárias recomendações quanto à avaliação diagnóstica e mais investigação no futuro que possa trazer um entendimento mais integrado e coeso do narcisismo e da PPN.



## Referências Bibliográficas

1. Yakeley J. Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych Advances*. 2018; 24: 305-15.
2. Schmidt A. Comparison of Kernberg's and Kohut's Theory of Narcissistic Personality Disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2019; 30: 137.
3. Miller JD, Widiger TA and Campbell WK. Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 2010; 119: 640.
4. Holmes J. *Narcissism*. Icon Books Ltd, 2001.
5. Pincus AL and Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology*. 2010; 6: 421-46.
6. Russell GA. Narcissism and the narcissistic personality disorder: A comparison of the theories of Kernberg and Kohut. *British Journal of Medical Psychology*. 1985; 58: 137-48.
7. Kohut H. The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: Outline of a systematic approach. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1968; 23: 86-113.
8. Kernberg OF. The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2007; 55: 503-39.
9. Kohut H. Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic association*. 1966; 14: 243-72.
10. Tuttmann S. Otto Kernberg's concepts about narcissism. *American journal of psychoanalysis*. 1981; 41: 307-16.
11. Kernberg OF. Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the american psychoanalytic association*. 1970; 18: 51-85.
12. Miller JD, Lynam DR, Hyatt CS and Campbell WK. Controversies in narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2017; 13: 291-315.
13. Horowitz M. Clinical phenomenology of narcissistic pathology. *Psychiatric Annals*. 2009; 39.
14. Watson P, Trumpeter N, O'Leary BJ, Morris RJ and Culhane SE. Narcissism and self-esteem in the presence of imagined others: Supportive versus destructive object representations and the continuum hypothesis. *Imagination, Cognition and Personality*. 2006; 25: 253-68.
15. Pincus AL, Cain NM and Wright AG. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2014; 5: 439.
16. Cain NM, Pincus AL and Ansell EB. Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28: 638-56.
17. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AG and Levy KN. Initial construction and validation of the pathological narcissism inventory. *Psychological assessment*. 2009; 21: 365.
18. Kohut H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The psychoanalytic study of the child*. 1972; 27: 360-400.
19. Bernardi R and Eidlin M. Thin-skinned or vulnerable narcissism and thick-skinned or grandiose narcissism: similarities and differences. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2018; 99: 291-313.
20. Budd S. Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Treatment of Psychotic, Borderline and Neurotic Pati. *British Journal of Psychotherapy*. 1987; 4: 188-90.
21. Gabbard GO. Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1989.
22. Green A. A dual conception of narcissism: Positive and negative organizations. *The Psychoanalytic Quarterly*. 2002; 71: 631-49.
23. Ronningstam E and Gabbard G. Narcissistic personality disorder. *Personality disorders*. 2005: 277-327.

24. Russ E, Shedler J, Bradley R and Westen D. Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165: 1473-81.
25. Wright AG and Edershire EA. Issues resolved and unresolved in pathological narcissism. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21: 74-9.
26. Miller JD, Few LR, Lynam DR and MacKillop J. Pathological personality traits can capture DSM-IV personality disorder types. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015; 6: 32.
27. Levy KN, Chauhan P, Clarkin JF, Wasserman RH and Reynoso JS. Narcissistic pathology: Empirical approaches. *Psychiatric Annals*. 2009; 39.
28. Dickinson KA and Pincus AL. Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of personality disorders*. 2003; 17: 188-207.
29. Caligor E, Levy KN and Yeomans FE. Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*. 2015; 172: 415-22.
30. Euler S, Stöbi D, Sowislo J, et al. Grandiose and vulnerable narcissism in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2018; 51: 110-21.
31. Miller JD, Gentile B, Wilson L and Campbell WK. Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model. *Journal of personality assessment*. 2013; 95: 284-90.
32. Campbell WK and Miller JD. Narcissistic personality disorder and the five-factor model: Delineating narcissistic personality disorder, grandiose narcissism, and vulnerable narcissism. 2013.
33. Miller JD, Lynam DR, Vize C, et al. Vulnerable narcissism is (mostly) a disorder of neuroticism. *Journal of Personality*. 2018; 86: 186-99.
34. Ronningstam E. Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric annals*. 2009; 39.
35. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, 2013.
36. Morey LC, Benson KT and Skodol AE. Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychological Medicine*. 2015; 46: 647-55.
37. Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AGC and Krueger RF. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *J Abnorm Psychol*. 2012; 121: 424-32.
38. World Health O. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
39. Dhawan N, Kunik ME, Oldham J and Coverdale J. Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Comprehensive psychiatry*. 2010; 51: 333-9.
40. Grijalva E, Newman DA, Tay L, et al. Gender differences in narcissism: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2015; 141: 261.
41. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008; 69: 1033.
42. Doidge N, Simon B, Brauer L, et al. Psychoanalytic patients in the US, Canada, and Australia: I. DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2002; 50: 575-614.
43. Ronningstam E, Weinberg I, Goldblatt M, Schechter M and Herbstman B. Suicide and self-regulation in narcissistic personality disorder. *Psychodynamic Psychiatry*. 2018; 46: 491-510.
44. Hörz-Sagstetter S, Diamond D, Clarkin JF, et al. Clinical characteristics of comorbid narcissistic personality disorder in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2018; 32: 562-75.
45. Dawood S and Pincus AL. Pathological narcissism and the severity, variability, and instability of depressive symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018; 9: 144.

46. Ronningstam E. New insights into narcissistic personality disorder. *Psychiatric Times*. 2016; 33: 11-3.
47. Kernberg OF and Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger clinic*. 2013; 77: 1-22.
48. Grubbs JB and Exline JJ. Trait entitlement: A cognitive-personality source of vulnerability to psychological distress. *Psychological Bulletin*. 2016; 142: 1204.
49. Morf CC, Schürch E, Küfner A, et al. Expanding the nomological net of the Pathological Narcissism Inventory: German validation and extension in a clinical inpatient sample. *Assessment*. 2017; 24: 419-43.
50. Vater A, Ritter K, Schröder-Abé M, et al. When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2013; 44: 37-47.
51. Dawood S and Pincus AL. Multisurface interpersonal assessment in a cognitive-behavioral therapy context. *Journal of personality assessment*. 2016; 98: 449-60.
52. Miller JD, Widiger TA and Campbell WK. Vulnerable narcissism: Commentary for the special series "Narcissistic personality disorder—New perspectives on diagnosis and treatment". 2014.
53. Ellison WD, Levy KN, Cain NM, Ansell EB and Pincus AL. The impact of pathological narcissism on psychotherapy utilization, initial symptom severity, and early-treatment symptom change: A naturalistic investigation. *Journal of Personality Assessment*. 2013; 95: 291-300.
54. Ronningstam E, Weinberg I and Maltsberger JT. Eleven deaths of Mr. K.—Contributing factors to suicide in narcissistic personalities. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2008; 71: 169-82.
55. Coleman D, Lawrence R, Parekh A, et al. Narcissistic Personality Disorder and suicidal behavior in mood disorders. *Journal of psychiatric research*. 2017; 85: 24-8.
56. Bolton JM and Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *American journal of public health*. 2010; 100: 2473-80.
57. Moran P, Coffey C, Mann A, Carlin JB and Patton GC. Personality and substance use disorders in young adults. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188: 374-9.
58. Bilevicius E, Neufeld DC, Single A, et al. Vulnerable narcissism and addiction: the mediating role of shame. *Addictive behaviors*. 2019; 92: 115-21.
59. Stanton K and Zimmerman M. Unique and shared features of narcissistic and antisocial personality disorders: Implications for assessing and modeling externalizing traits. *Journal of clinical psychology*. 2019; 75: 433-44.
60. Kernberg OF. Malignant Narcissism and Large Group Regression. *The Psychoanalytic Quarterly*. 2020; 89: 1-24.
61. Kernberg OF. An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2014; 95: 865-88.
62. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Caligor E, Cain NM and Kernberg OF. Malignant narcissism in relation to clinical change in borderline personality disorder: an exploratory study. *Psychopathology*. 2018; 51: 318-25.
63. Weinberg I and Ronningstam E. Dos and Don'ts in Treatments of Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2020; 34: 122-42.
64. Ronningstam E and Weinberg I. Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus*. 2013; 11: 167-77.
65. Diamond D, Yeomans FE, Stern B, et al. Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic inquiry*. 2013; 33: 527-51.
66. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF and Levy KN. Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2008; 89: 601-20.

67. Crisp H and Gabbard GO. Principles of Psychodynamic Treatment for Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2020; 34: 143-58.
68. Gabbard GO. Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals*. 2009; 39.
69. Yeomans FE, Delaney JC and Levy KN. Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy*. 2017; 54: 260.

## ANEXOS



Figura 1 - “Narciso” de Caravaggio. 1599 – Óleo sobre tela (110 x 92cm) – Localização: Galeria Nacional de Arte Antiga, Roma (Itália)

Tabela 1 - Classificações das várias apresentações fenotípicas ao longo do tempo organizadas segundo características grandiosas ou características vulneráveis. Tabela readaptada do artigo de Pincus et al. 2010<sup>5</sup>.

	Ano	Características grandiosas	Características Vulneráveis
<b>Kohut</b> <sup>18</sup>	1972	Clivagem horizontal	Clivagem vertical
<b>Rosenfeld</b> <sup>20</sup>	1987	Pele Grossa	Pele Fina
<b>Gabbard</b> <sup>21</sup>	1989	Inconsciente	Hipervigilante
<b>APA DSM-4 e DSM-5</b> <sup>35</sup>	1994 e 2003, respectivamente	PPN	
<b>Green</b> <sup>22</sup>	2002	Narcisismo Positivo	Narcisismo Negativo
<b>Ronningstam</b> <sup>23</sup>	2005	Arrogante Psicopático	Tímido
<b>Kernberg</b> <sup>8</sup>	2007	Típico Maligno	PPN com um nível <i>Borderline</i> evidente
<b>Russ</b> <sup>24</sup>	2008	Grandioso	Frágil
<b>Pincus</b> <sup>5, 17</sup>	2009/2010	Grandiosidade narcísica	Vulnerabilidade narcísica

Tabela II – Exemplos clínicos dos dois fenótipos de PPN descritos na literatura nos últimos anos. Os exemplos foram transcritos do artigo de E. Caligor, K. Levy e F. Yeomans de 2015, com título “Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges” publicado na American Journal of Psychiatry.

Fenótipo de Grandiosidade	Fenótipo de Vulnerabilidade
<p>“Homem de 24 anos, história de consumo de cocaína e abuso de álcool, atualmente desempregado. Apresentou-se no serviço de urgência por dor facial após extração dentária, solicitando oxicodona e acetaminofeno. Inicialmente o doente mostrou-se agradado com a médica que anotou a sua história, porém, quando ela explicou que teria de contactar o dentista antes de prescrever o opióide, o doente começou a insultá-la e a intimidá-la. A médica falou com a “namorada” do doente que lhe referiu que a sua relação tinha terminado recentemente porque ele a andava a explorar financeiramente. Referiu que o doente teria sido despedido há cerca de 1 ano atrás de um emprego bem pago e que desde aí é incapaz de encontrar um emprego que atendesse às elevadas expectativas que tem para si mesmo, preferindo viver com o dinheiro do pai e da namorada.”</p>	<p>“Homem de 29 anos, diabético insulínico dependente é encaminhado a uma consulta por distímia e fobia social. O doente trabalhou em vários empregos precários que “não correram bem” e atualmente trabalha em <i>part-time</i>. O doente descreveu seu humor como “miserável”. Socialmente isolado e desprezado, ele não tem interesses nem prazer em nada e costuma pensar “se a vida é digna de ser vivida”. Quando se sente mais em baixo, “esquece-se” de administrar a insulina, resultando em várias hospitalizações por hiperglicemia. Ele compara-se aos outros, sentindo inveja e ressentimento e descreve-se como deficiente. Ao mesmo tempo, existe um ressentimento pelos outros não reconhecerem tudo o que ele tem para oferecer. Por vezes, ele fantasia acerca do seu empregador reconhece publicamente seus talentos especiais, promovendo-o; outras vezes, surgem fantasias acerca de poder humilhar seu chefe, demonstrando um conhecimento superior.”</p>

Tabela III - Critérios para o diagnóstico de Perturbação de Personalidade Narcísica descritos na secção II do DSM-5.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	EXEMPLOS
1. Sentimento grandioso da própria importância	Exagero nas conquistas e capacidades de onde esperam reconhecimento
2. Fantasias de sucesso, poder, beleza ilimitados ou amor ideal	ruminação acerca de privilégios e admiração
3. Crença na sua especialidade e autenticidade	Associação a pessoas ou instituições de condição elevada. Desvalorização daqueles que os desapontam.
4. Exigência de uma admiração pelos outros	Busca de elogios, sedução; preocupação com o quão os outros os consideram
5. Sentimento de possuir direitos	Expectativas irracionais do direito a um tratamento especial
6. Exploração das relações pessoais	Manipulação de outros para próprio benefício
7. Falta de empatia	Dificuldade em identificar ou reconhecer as necessidades dos outros
8. Inveja outros ou acredita que outros o invejam	Aversão ao sucesso ou bens dos outros
9. Comportamentos e atitudes de arrogância	Snobismo, desdém, atitudes condescendentes

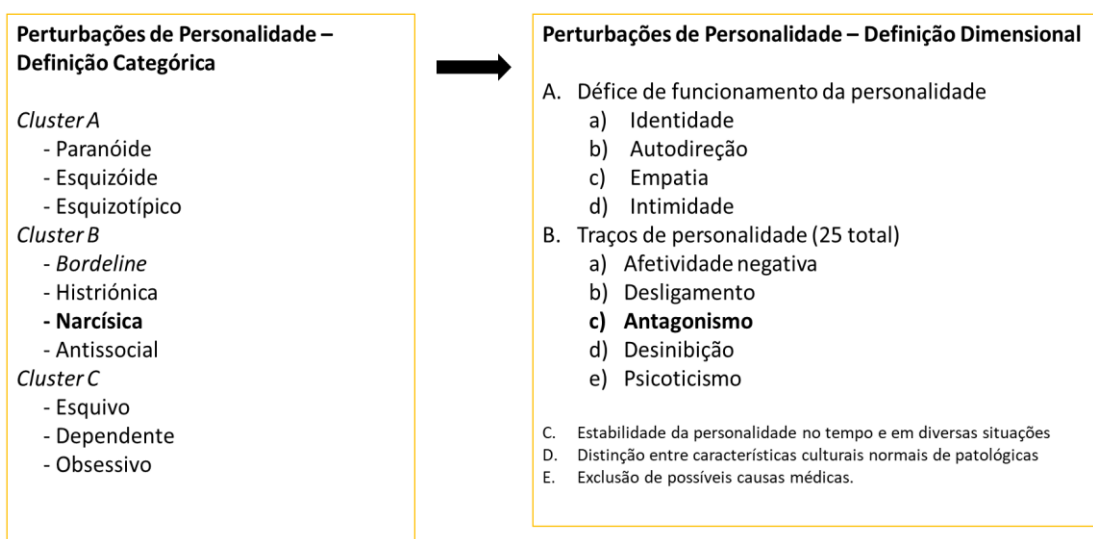


Figura 2 - Definição das diversas Perturbações de Personalidade no DSM-5, na secção II – Definição categórica (quadro esquerdo) e na secção III – Definição dimensional (quadro direito). A Perturbação de Personalidade Narcísica está relacionada com traços como Grandiosidade e Necessidade de atenção, incluídos no Antagonismo

Trait profiles	Narcissistic personality disorder (Lynam & Widiger 2001)	Narcissistic personality disorder (Samuel & Widiger 2004)	Narcissistic personality disorder (Samuel & Widiger 2008a,b)	Narcissistic personality disorder (Samuel et al. 2012)	Grandiose narcissism (Campbell & Miller 2013)	Vulnerable narcissism (Campbell & Miller 2013)	Neuroticism (Costa & McCrae 1992)
Data Source	N = 12 academicians	N = 22 clinicians	Meta-analyzed effect sizes	N = 22 academicians	Meta-analyzed effect sizes	Meta-analyzed effect sizes	NEO PI-R normative data <sup>a</sup>
Paranoid	0.29	0.36	0.52	0.27	-.07	0.94	0.85
Schizoid	-.32	-.34	0.04	-.29	-.51	0.80	0.67
Schizotypal	-.15	-.10	0.35	-.46	-.28	0.95	0.89
Antisocial	0.80	0.89	0.81	0.77	0.43	0.58	0.64
Psychopathy <sup>b</sup>	0.85	NA	0.85	NA	0.47 <sup>b</sup>	0.59 <sup>b</sup>	0.63
Borderline	0.39	0.68	0.47	0.01	-.15	0.95	0.96
Histrionic	0.51	0.64	0.64	0.47	0.78	-.17	-.03
Avoidant	-.56	-.59	-.02	-.33	-.61	0.90	0.83
Dependent	-.81	-.74	-.05	-.17	-.61	0.85	0.90
OCPD	-.16	-.18	-.15	-.03	-.18	0.15	-.09

<sup>a</sup>Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) assesses the Big Five personality traits.

<sup>b</sup>Expert ratings for psychopathy (Miller et al. 2001) and meta-analytic effect sizes for psychopathy (O'Boyle et al. 2015).

Abbreviations: OCPD, obsessive-compulsive personality disorder; NA, not available.

Figura 3 - Imagem retirada da tabela de Miller et al. (2017) "Controversies in Narcissism", *Annual Review of Clinical Psychology*. Semelhanças entre a PPN e as outras PP. Os números positivos representam uma correlação positiva enquanto que os números negativos, uma correlação negativa.