

PERTURBAÇÃO NARCÍSICA DA PERSONALIDADE
NARCISISTIC PERSONALITY DISORDER

Margarida Baldaque da Silva, Rui Coelho

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Correspondência:

Margarida Baldaque da Silva

Rua dos Vanzeleros, 246 – 2º frente

4100-482 Porto

Contacto telefónico: 934707602

Correio electrónico: mbs@med.up.pt

Contagem de palavras:

Resumo em português: 248 palavras.

Resumo em inglês: 230 palavras.

Texto principal: 4682 palavras.

Resumo

A Perturbação Narcísica da Personalidade (PNP) é caracterizada essencialmente por um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e ausência de empatia.

Os dados acerca da sua prevalência são bastante variáveis (entre 0% e 7,7% na população geral), mas esta tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

Não existe um consenso acerca dos critérios de diagnóstico desta perturbação, estando a ser debatida a incorporação de um modelo dimensional à actual classificação em categorias. Têm também sido identificados subtipos da PNP.

Os seus factores causais parecem ser multidimensionais, resultando esta perturbação da interacção entre determinadas características do temperamento e experiências de socialização desajustadas.

As principais co-morbilidades que apresenta são: abuso de substâncias, depressão endógena, doença bipolar tipo I, perturbações da ansiedade e outras perturbações da personalidade. A PNP também origina sofrimento nas pessoas que se relacionam com o doente e está associada a substanciais custos para a sociedade.

Os doentes com PNP representam um grande desafio no que toca ao tratamento, que combina essencialmente psicoterapia (componente psicodinâmica e componente cognitiva) e farmacoterapia para o tratamento de algumas co-morbilidades.

No futuro, são necessários mais dados empíricos, nomeadamente de estudos longitudinais, para um melhor entendimento acerca da sua etiopatogenia, o que conduzirá a uma actuação mais eficaz tanto ao nível da prevenção, como da abordagem e tratamento destes doentes.

O objectivo desta revisão é constituir uma súmula do que até agora tem sido publicado do ponto de vista teórico, bem como reunir alguns dos dados empíricos mais recentes sobre a PNP.

Palavras-chave: Perturbação Narcísica da Personalidade, Narcísica, Narcisismo.

Abstract

Narcissistic Personality Disorder (NPD) is mostly characterized by a sense of grandiosity, need for admiration and lack of empathy.

Data concerning its prevalence are highly variable (between 0% and 7,7% in the general population), but it has been increasing over the years.

There is no consensus about the diagnostic criteria of this disorder, and a number of authors have proposed the replacement of the current categorization model with a dimensional model. There have also been identified subtypes of NPD.

Its causes appear to be multidimensional, resulting this disorder from the interaction between certain temperament characteristics and maladaptive socializing experiences.

The main co-morbidities that NPD shows are: substance abuse, endogenous depression, bipolar disorder type I, anxiety disorders and other personality disorders. The NPD also causes pain in people who are related to the patient and is associated to substantial costs to society.

Patients with NPD represent a major challenge regarding the treatment, which mainly combines psychotherapy (psychodynamic component and cognitive component) and pharmacotherapy for the treatment of certain co-morbidities.

In the future, further empirical data are needed, namely longitudinal studies, for a better understanding of its pathogenesis, leading to a most effectively action, both in terms of prevention, as the approach and treatment of these patients.

The purpose of this review was to provide a summary of what has been published so far about the NPD, both theoretical and empirical data.

Keywords: Narcissistic Personality Disorder, Narcissistic, Narcissism.

Introdução

Uma personalidade multifacetada permite ao indivíduo a selecção da estratégia que melhor se adapta a cada contexto e situação que vive. Por definição, as pessoas com Perturbação da Personalidade (PP) têm um número limitado dessas mesmas facetas e são inflexíveis, sendo as suas relações estereotipadas e desadaptadas (as pessoas que vão conhecendo e os problemas com que se deparam estão constantemente a mudar, mas o seu comportamento mantém sempre o mesmo padrão), o que origina sofrimento e/ou incapacidade (1).

Em psiquiatria, o termo narcisismo foi utilizado pela primeira vez em 1910 por Freud, que o adoptou a partir do mito grego. Actualmente, é utilizado com os mais variados significados e implicações, desde a linguagem coloquial, referindo-se a pessoas egocêntricas (muitas vezes com uma conotação pejorativa), à linguagem científica, referindo-se a um dos vários tipos de PP – a Perturbação Narcísica da Personalidade (PNP). Reconhecida como uma perturbação mental, em 1980, na 3ª Edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, é caracterizada essencialmente por um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e ausência de empatia (2).

O objectivo desta revisão é constituir uma súmula do que até agora tem sido publicado do ponto de vista teórico, bem como reunir alguns dos dados empíricos mais recentes sobre a PNP.

Métodos

Este trabalho de revisão foi elaborado a partir da consulta de bibliografia, assim como da recolha de artigos científicos pesquisados na base de dados PubMed da MEDLINE que abordavam o tema Perturbação Narcísica da Personalidade. Nos casos em que não foi possível ter acesso ao artigo completo, foram utilizadas informações constantes em artigos que o citassem (facto referido ao longo do texto como *cf.* - confira). Foram utilizados os seguintes termos MeSH: [Narcissistic Personality Disorder], [Narcissistic] e [Narcissism]. Não foram aplicados limites temporais.

Prevalência

A maioria dos estudos feitos até agora sobre a PNP debruçou-se sobre as suas dimensões epidemiológicas, especialmente a prevalência e as co-morbididades (*vide infra*).

Segundo a última edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* (2) esta perturbação está presente em menos de 1% na comunidade e 2% a 16% se considerarmos a população psiquiátrica, sendo mais comum no sexo masculino (em 50% a 75% dos casos). No entanto, estudos recentes estimam a prevalência de PNP na população geral entre 0% e 7,7% (3-13). De facto, um estudo recente (13) feito nos EUA, baseado em 3653 entrevistas pessoais estruturadas, que incluíam os critérios de diagnóstico do DSM-IV, documentou uma prevalência da PNP maior do que a antecipada. Segundo este estudo, a taxa de prevalência ao longo da vida para esta perturbação é de 6,2% (7,7% para os homens e 4,8% no caso das mulheres). Estas taxas são superiores em adultos jovens e para aqueles que se encontram separados, divorciados, viúvos ou solteiros. Foram ainda referidas diferenças culturais significativas: homens de raça negra e mulheres de raça negra ou hispânica, apresentam maiores taxas de prevalência quando comparadas com homens de raça hispânica e caucasianos dos dois sexos.

Um outro estudo epidemiológico (14) sustenta estes dados e sugere que a prevalência de PNP tem vindo a aumentar ao longo dos anos, encontrando uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o narcisismo (avaliado pelo *Narcissistic Personality Inventory*) e o avançar das gerações. De resto, estes estudos vêm complementar dados de publicações anteriores, que mostravam um aumento em traços de individualismo como a assertividade (15), a auto-estima (16), a extroversão (17), a liderança (18) e padrões de grandiosidade (16), que sabemos estar positivamente correlacionados com o narcisismo (19).

Características Clínicas e Critérios de Diagnóstico

Para que se estabeleça o diagnóstico de PP é necessário que o indivíduo apresente traços de personalidade inflexíveis e desadaptados, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjectivo. De acordo com os critérios do *DSM-IV-TR*, a característica essencial da perturbação da personalidade é um padrão estável de experiência interna e comportamento desadaptado, isto é, que se desvia marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura. Exprime-se em, pelo menos, duas das seguintes áreas: cognição, afectividade, funcionamento inter-pessoal ou controlo dos impulsos (critério A). Este padrão estável é inflexível e global persistindo numa gama variada de situações sociais e pessoais (critério B), originando sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade social, profissional, ou noutras áreas importantes de funcionamento (Critério C). Tem de ser estável, de longa duração e com começo na adolescência ou início da idade adulta (critério D). O quadro sintomatológico não é melhor explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental (critério E) e não é devido aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou a um estado físico geral (critério F) (2).

Embora, por definição, uma perturbação da personalidade exija uma idade de início até ao princípio da vida adulta as pessoas podem não solicitar ajuda clínica até relativamente tarde. Muitas vezes as características que a definem não são sequer consideradas problemáticas pela pessoa. Por outro lado, esta pode ser exacerbada na sequência da perda de pessoas significativas para o indivíduo ou de situações sociais estáveis (2).

No caso específico do diagnóstico da PNP, os indivíduos com esta patologia têm um sentimento grandioso da sua importância (19-20) (critério 1). Hipervalorizam por rotina as suas capacidades (21-22), exageram nas suas realizações (22-23) e o seu sentimento de grandiosidade fá-los parecer pretensiosos. Assumem com naturalidade que os outros atribuem o mesmo valor aos seus esforços e podem ser surpreendidos quando o reconhecimento que esperam e julgam merecer não se concretiza. Com frequência está implícito nas apreciações das suas realizações uma desvalorização das contribuições dos

outros (24), por exemplo daqueles que os desapontam (20). São pessoas preocupadas com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amores ideais (25) (critério 2), podendo apresentar pensamentos ruminantes sobre a admiração e privilégio “merecidos” e tendendo a comparar-se favoravelmente com pessoas cuja fama é de todos conhecida. Acreditam piamente que são superiores (22), especiais ou únicos e esperam que os outros os reconheçam como tal (21) (critério 3). Sentem que só podem ser compreendidas ou se devem associar, com pessoas especiais ou de elevado estatuto, a pessoas “únicas”, “perfeitas”, “dotadas” (26). As pessoas com esta perturbação acreditam que as suas necessidades são também especiais e estão para além do alcance dos comuns. Promovem o relacionamento com pessoas de elevado estatuto social ou económico de forma a conseguirem um determinado estatuto por associação (sendo o exemplo clássico o do(a) marido/mulher “troféu”) (19, 26), ou com pessoas habitualmente associadas a esse estilo de vida (os “melhores cabeleireiros”, o *personal trainer*). Pelo mesmo motivo, procuram também tornar-se membros das “melhores” instituições ou de associações ou clubes de acesso restrito. Os indivíduos com esta perturbação requerem em geral uma admiração excessiva (26-27) (critério 4). Outra característica das pessoas com PNP é o facto de terem tendência para reconstruir as experiências que viveram no passado para que se tornem mais lisonjeiras para si próprias (22). Todas estas necessidades escondem no fundo uma auto-estima invariavelmente frágil. Preocupam-se com o quão bem se estão a sair e quão favoravelmente estão cotados pelos outros. Esperam sempre ser recebidos com grande pompa e circunstância, ficando espantados se os outros não invejam aquilo que eles possuem. Procuram constantemente o elogio, muitas vezes seduzindo. Tão importantes se vêem, que há neles um sentimento de direito a reverências, de um tratamento particular e favorável (22, 27-28) (critério 5). Esperam ser servidos e ficam confusos e furiosos quando isto não acontece. Por exemplo, assumem que não têm que esperar numa fila e que as suas prioridades são tão importantes que os outros deveriam ceder, ficando irritados quando alguém não reconhece o “seu importantíssimo trabalho”. Este sentido de reverência, combinado com a ausência de sensibilidade face aos desejos e necessidades dos outros,

pode resultar no querer tirar partido deles, com ou sem intenção (2) (critério 6). Esperam com frequência que lhes seja dado o que pretendem ou que sentem necessitar, não se importando com o que isso possa significar para os outros. Por exemplo, esperam enorme dedicação das pessoas e podem sobrecarregá-las com trabalho, não se importando com o facto de isso poder vir alterar as necessidades dos outros. Tendem a iniciar amizades ou relações amorosas somente se a outra pessoa estiver disposta a aceitar as suas intenções ou cultivar a sua auto-estima. Poderiam ser ainda citadas outras características como, por exemplo, a falta de empatia e a dificuldade em reconhecer os desejos, experiências subjectivas e sentimentos dos outros (27) (critério 7). Podem assumir que estes estão totalmente preocupados com o seu bem-estar. Tendem a discutir os seus problemas com um pormenor extenso e inapropriado, enquanto falham no reconhecimento das necessidades e sentimentos dos outros. Frequentemente desprezam e ficam até impacientes quando alguém pretende desabafar preocupações ou problemas, não reparando que magoam com as suas observações. Por exemplo, podem dizer com exuberância a uma pessoa com quem se relacionaram anteriormente “tenho agora a relação da minha vida” ou exibir saúde a alguém que se encontra doente. Quando reconhecem as necessidades, desejos ou sentimentos dos outros avaliam-nos como sinais de fraqueza ou vulnerabilidade, e por isso são consideradas pessoas emocionalmente frias e com ausência de interesse recíproco. São frequentemente invejosos ou imaginam que os outros têm inveja deles (27) (critério 8). Invejam o sucesso e posses dos outros, podendo desvalorizar intensamente as contribuições destes, particularmente quando essas pessoas receberam elogios ou benesses pelas suas realizações. São também características a arrogância, altivez, snobismo, desdém ou atitudes de complacência. Por exemplo, podem queixar-se da “incompetência” de um empregado desajeitado ou concluir uma avaliação clínica com uma apreciação nada favorável em relação ao médico (29) (critério 9).

Por outro lado, a sua vulnerável auto-estima torna-as muito sensíveis à “ofensa”, à crítica e à derrota (29). Apesar de não o demonstrarem exteriormente, a crítica pode obcecar estas pessoas e deixá-las humilhadas, rebaixadas, ocas e vazias. Mas também podem reagir com

desdém, raiva, agressividade ou com ímpeto provocador (22). Estas experiências conduzem habitualmente ao evitamento social ou a uma aparente humildade que mascara ou protege a sua excessiva grandiosidade (2). As relações interpessoais vêm-se assim empobrecidas pelos problemas resultantes da necessidade de reverência, admiração e desrespeito pela sensibilidade dos outros. Apesar da confiança e ambições presunçosas poderem dar origem a elevadas realizações, o rendimento pode ser interrompido pela intolerância à crítica e à derrota. Algumas vezes, o funcionamento vocacional pode ser muito baixo, reflectindo pouca vontade de aceitar riscos na competição ou noutras circunstâncias em que a derrota é possível (2).

O quão rapidamente esta perturbação da personalidade causa disfunção nas relações interpessoais ainda se encontra em debate. Há alguma evidência de que os problemas de relacionamento associados com a PNP apenas se desenvolvem ao longo do tempo, sendo esta perturbação associada a um funcionamento inter-pessoal aparentemente positivo durante as fases iniciais de relacionamento (30-31). Estas características, associadas ao facto de tipicamente possuírem muitas competências a nível social, como confiança (27), extroversão (30) ou capacidade de entretenimento (31), parecem estar na origem da grande tendência de ascensão a líderes que se verifica nestes indivíduos. De acordo com um estudo recente (32) as pessoas com PNP têm efectivamente uma maior tendência para assumir papéis de liderança. Por outro lado, de acordo com o mesmo estudo, estes indivíduos não trazem necessariamente benefícios nesse papel. Segundo os autores, pelo contrário, a ocupação de lugares de liderança por estas pessoas acarreta uma data de consequências negativas quer para eles próprios, quer para as organizações a que pertencem (comportamento contraproducente, má relação com os pares, baixa performance contextual, tomada de decisões arriscadas e má utilização dos recursos). Assim, embora a PNP possa levar à ascensão do indivíduo como líder, isso não significa necessariamente que vá ter uma boa performance.

Para além do já referido, também se tem relacionado a PNP com potenciais perturbações de adição, como o alcoolismo, o jogo patológico, compras compulsivas e mesmo “crimes de colarinho branco” (32).

Em resumo, a PNP, vista da perspectiva do doente, trata-se da aquisição e manutenção da auto-estima, poder e estatuto, associada à pouca preocupação com o bem-estar dos outros; isto é frequentemente conseguido através de um uso eficaz das relações sociais. Visto de fora, contudo, os narcisistas (pelo menos a curto prazo) vão parecer frequentemente sociáveis, confiantes, simpáticos e até sedutores. Os problemas de relacionamento interpessoal apenas surgem com o tempo (32).

Um consenso acerca dos critérios de diagnóstico da PNP está longe de ser alcançado. Muitos clínicos têm referido dificuldades no estabelecimento do diagnóstico já que indivíduos com diferentes perturbações da personalidade partilham frequentemente experiências e apresentações comuns. De facto, na preparação do *DSM-V*, está a ser debatida a questão da incorporação de um modelo dimensional à actual classificação em categorias das perturbações da personalidade, com a esperança de que isso vá de encontro aos desafios diagnósticos que estas patologias apresentam (33). Para corroborar estes factos, basta ter em conta que a perturbação da personalidade mais vezes diagnosticada parece ser a do tipo “não especificada”. Tem também sido sugerida, em vários estudos realizados, a existência de diferentes subtipos desta PP. Segundo alguns autores (34-37), há uma importante distinção entre dois tipos de PNP: o *encoberto*, ou vulnerável, e o *manifesto*, ou grandioso. Pensa-se que estes subtipos de PNP diferem entre si no que diz respeito à auto-estima, às emoções negativas e extroversão, sendo o *encoberto* caracterizado por introversão, propensão para sentimentos negativos (como a vergonha), condicionando o seu afastamento dos outros e o *manifesto* por um padrão de extroversão, com tendência para negar ou, de certa forma, bloquear experiências negativas através da raiva, que expressa agredindo os outros. Por sua vez, Russ et al (33), comprovam a existência dos referidos subtipos e sugerem a existência de um terceiro subtipo da PNP: o narcisismo exibicionista/altamente funcionante. Neste subtipo, empiricamente pouco estudado, os

indivíduos têm igualmente um padrão de grandiosidade, são competitivos, procuram atenção, são sedutores ou provocadores a nível sexual, mas têm, ao mesmo tempo, características psicológicas positivas como uma maior coerência, energia, melhores relações interpessoais ou uma forte orientação para objectivos, usando o seu narcisismo como uma alavanca para o sucesso, o que os torna mais adaptados e com melhores capacidades de funcionamento que os restantes. Assim, para os mesmos autores, estes doentes apresentam também um menor número de co-morbididades. Finalmente, um estudo levado a cabo no mesmo ano por Miller et al (38) sugere a não existência de quaisquer subtipos da PNP, embora admita a existência de variantes que poderão merecer atenção, ou até inclusão, numa futura edição do *DSM*. Seria importante uma maior investigação na tentativa de se estabelecer um consenso acerca desta matéria, que poderá ser benéfico essencialmente na abordagem e tratamento destes doentes.

Etiopatogenia

Apesar do interesse de longa data no que diz respeito à etiopatogenia da PNP, as teorias existentes actualmente não são, ainda, mais do que conjecturas, assentes em ténues fundamentos empíricos. Essas noções devem ser consideradas como questões que precisam de uma maior avaliação empírica e não tomadas como factos confirmados. Contudo, há evidências de que os factores causais desta perturbação, tal como acontece noutras PPs, sejam multidimensionais. Assim, a PNP resultará da interacção entre determinadas características do temperamento (biogénicas, que funcionarão como predisponentes) e experiências de socialização desajustadas (activadoras dessa predisposição) do indivíduo (22).

Para a presente discussão, é muito importante caracterizar os sistemas motivacionais responsáveis pelos comportamentos e emoções verificadas nos indivíduos e que parecem estar relacionados com circuitos neuronais localizados em estruturas do sistema límbico, como a amígdala e o hipotálamo *cf.* Thomaes et al (22). Deste modo, sabe-se que há sistemas responsáveis por induzir comportamentos e gerar emoções positivas e outros que inibem comportamentos e geram emoções negativas. Estão, respectivamente, na base do *temperamento de aproximação* e do *temperamento de evitamento* *cf.* Thomaes et al (22). Os indivíduos com um marcado *temperamento de aproximação* são altamente sensíveis a estímulos positivos, comportam-se em função deles e reagem fortemente à sua presença ou ausência. Por sua vez, aqueles caracterizados por um *temperamento de evitamento* são muito sensíveis a estímulos negativos, tendem a evitá-los e reagem fortemente à sua presença *cf.* Thomaes et al (22). Esta diferenciação é relevante na medida em que se pensa que as pessoas com PNP têm um *temperamento de aproximação* marcado, apresentando muitos comportamentos e características a ele associados (como a agressividade, a impulsividade, a tendência para correr riscos, a extroversão, a competitividade e a necessidade de concretização), uma forte orientação para a realização de objectivos pessoais e para a validação da sua grandiosidade (pela procura de aprovação dos outros e

consequente retirada na sua ausência) e sendo sensíveis à recompensa. Relativamente ao *temperamento de evitamento*, pensa-se que será, no geral, menos preponderante entre as pessoas com PNP, mas que haverá a esse respeito marcadas diferenças individuais e que essas diferenças determinarão a manifestação dos subtipos *manifesto* e *encoberto* da PNP, sendo a primeira caracterizada por um predomínio do *temperamento de aproximação* e a segunda pela presença quer do *temperamento de aproximação* como do *temperamento de evitamento* cf. Thomaes et al (22). Em resumo, o desenvolvimento da PNP num indivíduo parece ser influenciado pela presença de uma sensibilidade precoce para estímulos positivos, por vezes acompanhada por uma sensibilidade semelhante para estímulos negativos (22). Ainda a este propósito, há que referir um estudo muito interessante (39), que avaliou a dimensão das perturbações da personalidade em gémeos e encontrou efeitos de dominância genética para problemas de intimidade, labilidade efectiva e, especialmente, narcisismo, contribuindo para a compreensão da importância dos factores biogénicos na formação da personalidade.

Relativamente às influências do ambiente, é unânime que, na origem da PNP, está uma interacção disfuncional precoce entre esses indivíduos e a sua família. No entanto, há duas teorias quanto à natureza dessa disfunção. Assim, segundo alguns autores, haverá uma hipervalorização e permissividade por parte dos pais capazes de incutir traços narcisistas nas crianças. Como exemplo temos: os elogios incondicionais e excessivos; a falta de críticas; a associação constante entre os esforços e concretizações das crianças e o seu valor enquanto indivíduos; a tendência para os colocar num pedestal e lhes dizer que são especiais, louváveis e melhores que os outros; a falta de restrições e regras. De acordo com esta teoria, as crianças desenvolvem assim uma auto-imagem de grandiosidade, a convicção de que são merecedoras de tratamento privilegiado e tornam-se dependentes de uma contínua validação externa cf. Thomaes et al (22) e Otway et al (40). Outros autores acham que para o despoletar da PNP poderão contribuir a frieza, a indiferença, a desvalorização, expectativas demasiado elevadas, o autoritarismo e a falta de empatia e de apoio por parte dos pais. Por vezes, são retratados casos de pais psicologicamente

controladores e que usam frequentemente comportamentos manipulativos como privação de afecto ou indução de sentimentos de culpa para conseguirem exercer a sua influência. Neste caso, as crianças criam uma auto-imagem de superioridade, narcisista, como meio de se protegerem da rejeição e da desvalorização e também se pensa que necessitem de atenção positiva dos outros de forma a compensar a falta de afecto por parte dos pais *cf.* Thomaes et al (22) e Otway et al (40). Os dados empíricos existentes parecem suportar ambas as teorias, o que significa que diferentes experiências de socialização podem conduzir ao desenvolvimento de um mesmo resultado (22).

É necessária a realização de muita investigação nesta área, nomeadamente de estudos focados na interacção entre os genes e o ambiente em indivíduos com PNP, tal como os existentes, por exemplo, para a perturbação anti-social.

Co-morbilidades

As co-morbilidades, uma consideração importante na prática clínica, têm sido descritas em diversos estudos na forma de co-ocorrências significativas de abuso de substâncias, depressão endógena, doença bipolar tipo I, perturbações da ansiedade e outras perturbações da personalidade (13). Em qualquer dos casos, a capacidade de funcionamento geral dos doentes com PNP é frequentemente marginal quando comparado com a restante sociedade (comparável em muitos casos com os níveis observados em doentes com patologia crónica tal como a esquizofrenia) (41). Para além do referido, a PNP também causa grande sofrimento nas pessoas que se relacionam com o doente (41).

O custo desta perturbação para a sociedade pode ser substancial e vários estudos sugerem que as perturbações da personalidade em geral são uma causa de despesa, morbilidade e mortalidade subavaliadas. As perturbações da personalidade estão associadas a incapacidade, necessidade aumentada de cuidados médicos, tentativas de suicídio, comportamentos auto-destrutivos, agressão, atraso na recuperação de perturbações mentais do eixo I e doenças médicas, internamentos, desemprego, desagregação familiar, abuso e negligência de crianças, delinquência, pobreza, DSTs, subdiagnóstico e má adesão terapêutica em doenças médicas e psiquiátricas, problemas judiciais recidivantes e dependência social. Pensa-se que o custo social total que esta patologia representa é desproporcional à quantidade de atenção que lhe é dedicada quer a nível de consciência pública quer governamental, na educação médica ou mesmo na formação psiquiátrica. Não menos importante do que lidar com os custos sociais destas perturbações é o valor potencial inerente aos programas preventivos com o objectivo de aumentar a polivalência e elasticidade da personalidade dos indivíduos, melhorando as suas capacidades adaptativas (41).

Diagnósticos Diferenciais

Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a PNP por partilharem características comuns. É, por isso, importante distinguir estas perturbações com base nas diferenças das suas características típicas. Contudo, se uma pessoa apresentar características de personalidade que preencham critérios para uma ou mais Perturbações da Personalidade, para além da PNP, todas podem ser diagnosticadas.

A característica mais importante na discriminação da PNP das Perturbações Histriónicas, Anti-Social, e *Borderline* da Personalidade, cujos estilos interactivos são, respectivamente, sedutor, insensível e dependente, é a grandiosidade característica da PNP. A relativa estabilidade da auto-imagem, com melhor capacidade de adaptação social e laboral, uma maior tolerância relativamente à ansiedade, um maior controlo da impulsividade, assim como a ausência relativa de auto-destrutividade e de preocupações de abandono, distinguem a Perturbação Narcísica da Perturbação *Borderline* da Personalidade, *cf.* Akhtar et al (42). O orgulho arrogante nas suas realizações, a relativa ausência de manifestação emocional e a exploração dos outros, sem qualquer preocupação pela sua sensibilidade, ajudam a distinguir a Perturbação Narcísica da Perturbação Histriónica da Personalidade, *cf.* Akhtar et al (42). Em comum, as pessoas com Perturbação *Borderline*, Histriónica e Narcísica da Personalidade, têm o facto de necessitarem de atenção, especificamente do tipo admiração (2). Os indivíduos com Perturbação Anti-Social e Narcísica da Personalidade partilham a tendência para serem volúveis, superficiais, exploradores e não empáticos (2). Contudo, a PNP não inclui o desrespeito consistente e calculado pelas regras e padrões sociais, e os comportamentos marginais (abuso de substâncias, promiscuidade, manipulação e comportamento anti-social), quando presentes, são esporádicos, *cf.* Akhtar et al (42). Além disso, as pessoas com Perturbação Anti-Social da Personalidade não necessitam tanto da admiração e inveja dos outros (2) e as pessoas com PNP são capazes de ter sucesso laboral consistente, *cf.* Akhtar et al (42).

Tanto na Perturbação Narcísica como na Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, os indivíduos partilham a tendência para o perfeccionismo e acreditam que os outros não fazem as coisas tão bem. No entanto, há diferenças significativas entre as duas, *cf.* Akhtar et al (42): em contraste com a autocrítica sistemática e a procura da perfeição das pessoas com Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, as pessoas com PNP acreditam que atingiram essa perfeição e reclamam-na; as primeiras são modestas e não desvalorizam os outros, enquanto as segundas são arrogantes e desprezam os feitos alheios; as primeiras têm um padrão moral rígido, em contraste com as segundas cujo sistema de valores é corrompível.

Por sua vez, a desconfiança e o evitamento social habitualmente distinguem as pessoas com Perturbação Esquizotípica ou Paranóide da Personalidade daqueles com PNP. Quando estas qualidades estão presentes nas pessoas com PNP, são consequência primariamente do medo de verem reveladas falhas e imperfeições suas (2).

Finalmente, a grandiosidade pode emergir nos Episódios Maníacos ou Hipomaníacos mas a associação com alteração do humor, a história familiar positiva de doença bipolar (42) ou o défice funcional ajudam a distinguir estes episódios da PNP (2).

A PNP deve, também, ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso crónico de substâncias (por exemplo, Perturbação associada à cocaína sem outra especificação) (2).

Tratamento

Os doentes com PNP representam um grande desafio no que se refere ao tratamento. Usam os seus esquemas disfuncionais para tentar influenciar o terapeuta, colocando-o em situações desconfortáveis: muitos vêem-no como “inimigo” atacando-o furiosamente ou humilhando-o, noutros casos desprezam-no, por vezes desafiam-no, etc. Têm também um baixo *insight*, tendo dificuldade em reconhecer os seus problemas psicológicos, em perceber a causa das suas emoções e em reflectir sobre os seus próprios pensamentos e crenças, o que dificulta a criação de um diálogo fértil com o médico. Por outro lado, o tratamento destas pessoas comporta inevitavelmente sérios problemas de contra-transferência, por causa do seu desapego emocional e comportamento exigente e depreciativo face aos outros. Tudo isto dificulta o estabelecimento de uma boa relação médico-doente. Este problema é ainda maior se tivermos em conta que a terapia, neste caso, pode demorar vários anos. Deste modo, de forma a conseguir ser bem sucedido no tratamento da PNP, o terapeuta tem de ser experiente e fazer uso de todas as suas capacidades pessoais e técnicas, controlar as suas reacções e conter os seus próprios traços narcisistas, bem como manter uma atitude neutra e empática (1).

Na abordagem destes doentes utilizam-se dois principais tipos de psicoterapia, sendo a farmacoterapia também útil no tratamento de algumas co-morbilidades.

A psicoterapia deve, então, associar uma componente psicodinâmica a uma componente cognitiva. A primeira, considerada o tratamento mais eficaz da PNP, com resultados bastante satisfatórios, aborda o doente como alguém que vai repetir, nas suas acções e comportamentos com o terapeuta, aspectos inconscientes da sua personalidade, que não podem ser lembrados ou verbalizados. O terapeuta deve observar estes padrões inconscientes e mecanismos de defesa e utilizá-los para tentar perceber a forma como o indivíduo actua fora do ambiente terapêutico. Quando estes mecanismos surgem de forma suficientemente clara e previsível e há suficientes exemplos da sua existência, o terapeuta deve tentar, então, aperceber-se do modo como funcionam. O modelo psicodinâmico pode

ser complementado, conforme já foi dito, pelo modelo cognitivo. Este visa ajudar o paciente a avaliar e modificar as suas crenças negativas rígidas e gerais acerca dele próprio, dos outros e dos seus mundos e desenvolver mecanismos de adaptação mais realistas (41).

Sintomas específicos como a raiva e a depressão parecem responder a anti-depressivos, tais como os inibidores da MAO e os inibidores selectivos da recaptação da serotonina, enquanto a instabilidade responde à terapia com anti-convulsivantes, tal como a carbamazepina, ou ao lítio (41).

Os dados existentes indicam que a combinação da psicoterapia e da medicação pode ser eficaz no tratamento da PNP. Estes métodos devem ser sempre considerados intervenções complementares e nunca alternativas (41).

Conclusão

O campo da PNP está lentamente a transformar-se de um estadio de “especulação geral” e observações clínicas para análises mais empíricas de questões básicas como o conceito, os critérios, a etiopatogenia, a classificação, o tratamento e os seus resultados. Isto assume ainda uma maior importância se tivermos em conta que esta patologia, com implicações negativas para o indivíduo a longo prazo, para as pessoas com quem se relaciona e para a sociedade, através dos custos que acarreta, tem vindo a aumentar a sua prevalência.

Novos paradigmas de tratamento têm originado terapias mais dirigidas a problemas específicos desta perturbação, tal como a falta de auto-estima, as dificuldades na relação interpessoal, os mecanismos de defesa desenvolvidos e a agressividade, procurando melhorar os mecanismos de adaptação do doente. Apesar das dificuldades em tratar estes doentes, estudos recentes têm revelado que a sua eficácia é satisfatória na maioria dos casos, constituindo um importante estímulo.

O desafio para o futuro é o desenvolvimento de um sistema de classificação mais dinâmico e com maior utilidade clínica. É necessária uma maior pesquisa para encontrar modelos alternativos ou dar uma nova dimensão ao existente sistema categórico. Estudos longitudinais são também necessários para um melhor entendimento da interacção entre os genes e o ambiente. Deste modo, poderemos compreender melhor a sua etiopatogenia, o que conduzirá a uma actuação mais eficaz tanto ao nível da prevenção, como da abordagem e tratamento dos indivíduos com esta perturbação (pelo desenvolvimento de *guidelines* mais adequadas). Tudo isto será de grande importância na minimização do impacto negativo da PNP em todas as suas vertentes.

Referências Bibliográficas

- 1- Nicolo G, Carcione A, Semerari A, Dimaggio G. Reaching the covert, fragile side of patients: the case of narcissistic personality disorder. *J Clin Psychol* 2007;63:141-52.
- 2- American Psychiatric Association. DSM IV TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2002; pp 685-690 e 714-717.
- 3- Black DW, Noyes R, Jr., Pfohl B, Goldstein RB, Blum N. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 1993;150:1226-32.
- 4- Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Hojerback T. Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:322-7.
- 5- Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Pers Individ Dif* 2001;30:311-320.
- 6- Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, Schwartz JE, Anderson RL, Ouimette PC, Lizardi H, Aronson TA. Family study of early-onset dysthymia - mood and personality-disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:487-496.
- 7- Moldin SO, Rice JP, Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E. Latent structure of DSM-III-R axis II psychopathology in a normal sample. *J Abnorm Psychol* 1994;103:259-66.
- 8- Reich J, Yates W, Nduaguba M. Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989;24:12-6.
- 9- Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:682-9.
- 10- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006;188:423-31.
- 11- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;62:553-64.

- 12- Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994;151:1055-62.
- 13- Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, Ruan WJ, Pulay AJ, Saha TD, Pickering RP, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1033-45.
- 14- Twenge JM, Konrath S, Foster JD, Campbell WK, Bushman BJ. Egos inflating over time: a cross-temporal meta-analysis of the narcissistic personality inventory. *J Pers* 2008;76:875-902.
- 15- Twenge JM. Changes in women's assertiveness in response to status and roles: a cross-temporal meta-analysis, 1931-1993. *J Pers Soc Psychol* 2001;81:133-45.
- 16- Newsom CR, Archer RP, Trumbetta S, Gottesman II. Changes in adolescent response patterns on the MMPI/MMPI - a across four decades. *J Pers Assess* 2003;81:74-84.
- 17- Twenge JM. Birth cohort changes in extraversion: a cross-temporal meta-analysis, 1966-1993. *Pers Individ Dif* 2001;30:735-748.
- 18- Twenge JM. Changes in masculine and feminine traits over time: a meta-analysis. *Sex Roles* 1997;36:305-325.
- 19- Campbell WK, Rudich EA, Sedikides C. Narcissism, self-esteem, and the positivity of self-views: two portraits of self-love. *Pers Soc Psychol Bull* 2002;28:358-368.
- 20- John OP, Robins RW. Accuracy and bias in self-perception - individual-differences in self-enhancement and the role of narcissism. *J Pers Soc Psychology* 1994;66:206-219.
- 21- Gabriel MT, Critelli JW, Ee JS. Narcissistic illusions in self-evaluations of intelligence and attractiveness. *J Pers* 1994;62:143-155.
- 22- Thomaes S, Bushman BJ, Castro BO, Stegge H. What makes narcissists bloom? A framework for research on the etiology and development of narcissism. *Dev Psychopathol* 2009;21:1233-1247.
- 23- Farwell L, Wohlwend-Lloyd R. Narcissistic processes: optimistic expectations, favorable self-evaluations, and self-enhancing attributions. *J Pers* 1998;66:65-83.

- 24- Campbell WK, Reeder GD, Sedikides C, Elliot AJ. Narcissism and comparative self-enhancement strategies. *J Res Pers* 2000;34:329-347.
- 25- Raskin R, Novacek J. Narcissism and the use of fantasy. *J Clin Psychol* 1991;47:490-499.
- 26- Campbell WK. Narcissism and romantic attraction. *J Pers Soc Psychol* 1999;77:1254-1270.
- 27- Buss DM, Chiodo LM. Narcissistic acts in everyday life. *J Pers* 1991;59:179-215.
- 28- Wallace HM, Baumeister RF. The performance of narcissists rises and falls with perceived opportunity for glory. *J Pers Soc Psychol* 2002;82:819-834.
- 29- Bushman BJ, Baumeister RF. Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: does self-love or self-hate lead to violence? *J Pers Soc Psychol* 1998;75:219-229.
- 30- Oltmanns TF, Friedman JNW, Fiedler ER, Turkheimer E. Perceptions of people with personality disorders based on thin slices of behavior. *J Res Pers* 2004;38:216-229.
- 31- Paulhus DL. Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: a mixed blessing? *J Pers Soc Psychol* 1998;74:1197-1208.
- 32- Brunell AB, Gentry WA, Campbell WK, Hoffman BJ, Kuhnert KW, DeMarree KG. Leader emergence: the case of the narcissistic leader. *Pers Soc Psychol Bull* 2008;34:1663-1676.
- 33- Russ E, Shedler J, Bradley R, Westen D. Refining the construct of narcissistic personality disorder: diagnostic criteria and subtypes. *Am J Psychiatry* 2008;165:1473-1481.
- 34- Bushman BJ, Baumeister RF, Thomaes S, Ryu E, Begeer S, West SG. Looking again, and harder, for a link between low self-esteem and aggression. *J Pers* 2009;77:427-446.
- 35- Cain NM, Pincus AL, Ansell EB. Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clin Psychol Rev* 2008;28:638-656.
- 36- Miller JD, Campbell WK. Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *J Pers* 2008;76:449-476.
- 37- Wink P. Two faces of narcissism. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:590-597.

- 38- Miller JD, Hoffman BJ, Campbella WK, Pilkonis PA. An examination of the factor structure of diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, narcissistic personality disorder criteria: one or two factors? *Compr Psychiatry* 2008;49:141-145.
- 39- Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN, Vernon PA. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality-disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:1826-1831.
- 40- Otway LJ, Vignoles VL. Narcissism and childhood recollections: a quantitative test of psychoanalytic predictions. *Pers Soc Psychol Bull* 2006; 32: 104-116.
- 41- Simonsen E, Ronningstam E, Millon T. A synopsis of the WPA educational program on personality disorders. *World Psychiatry* 2008;7:119-125.
- 42- Akhtar S, Thomson JA. Narcissistic personality-disorder - overview. *Am J Psychiatry* 1982;139:12-20.