

COMPARAÇÃO DO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DA  
PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE NARCISISTA  
USADO NO “DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION” (DSM-IV) COM  
O PROPOSTO PARA O “DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION”  
(DSM-V).

José Carlos Pereira Campelos

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.

Porto, 2013

COMPARAÇÃO DO MÉTODO DE  
DIAGNÓSTICO DA PERTURBAÇÃO  
DE PERSONALIDADE NARCISISTA  
USADO NO “DIAGNOSTIC AND  
STATISTICAL MANUAL OF MENTAL  
DISORDERS, FOURTH EDITION”  
(DSM-IV) COM O PROPOSTO PARA  
O “DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF MENTAL DISORDERS,  
FIFTH EDITION” (DSM-V).

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em  
Medicina submetida ao Instituto de Ciências  
Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

**Orientador** – Doutor José Maria Leão Ferreira Queirós

**Categoria** - Professor Auxiliar Convidado do ICBAS/  
Chefe de Serviço de Psiquiatria.

**Afiliação** – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel  
Salazar da Universidade do Porto / Hospital Magalhães  
Lemos

**Co-orientadora** – Doutora Marieta Kuski Vaz Osório  
Leão Rosa

**Afiliação** – Hospital Magalhães Lemos

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, o meu agradecimento sentido ao Professor Dr. José Queirós por ter aceitado ser o orientador desta dissertação. Quero também agradecer à Dra. Marieta Rosa pelo apoio e disponibilidade incondicional, foi o verdadeiro motor da elaboração desta tese. Não posso esquecer de agradecer à Dra. Soledade Varela por ter sido um modelo de inspiração durante as aulas de Psiquiatria. Foi a paixão contagiante da Dra. Soledade Varela pelas Perturbações de Personalidade que desenvolveu o meu interesse por esta área.

Agradeço ao Hospital Magalhães Lemos e ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar e a todos os docentes e funcionários que dele fazem parte.

Um agradecimento especial à minha família e amigos.

## ÍNDICE

Resumo.....	5
Abstract.....	5
Introdução.....	6
Métodos.....	7
Epidemiologia/Co-morbilidade.....	7
Etiopatogenia.....	7
Classificações da PPN.....	8
Perspectiva psicodinâmica.....	11
Perspectiva interpessoal.....	12
Perspectiva cognitiva.....	13
Tratamento.....	14
Comparação do modelo de diagnóstico do DSM-IV com o proposto no DSM-V.....	15
Razões para mudanças na classificação das Perturbações de Personalidade no DSM-V.....	18
Limitações do DSM-V.....	20
Alternativas.....	21
Conclusões.....	26
Anexos.....	31
I – Formulário de avaliação de traços de Personalidade do DSM-V para clínicos.	
II – Critérios de diagnóstico do DSM-IV e DSM-V para Perturbações de Personalidade e para Perturbação de Personalidade Narcisista.	

# COMPARAÇÃO DO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE NARCISISTA USADO NO “DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION” (DSM-IV) COM O PROPOSTO PARA O “DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION” (DSM-V).

## RESUMO

**Introdução:** Uma revisão da classificação das doenças mentais está agendada para publicação em 2013 pela “American Psychiatric Association” (APA) e foram propostas mudanças significativas no diagnóstico das Perturbações de Personalidade (PP), incluindo a Perturbação de Personalidade Narcisista (PPN).

**Objectivos:** O objectivo deste estudo é fazer uma revisão teórica da PPN e confrontar o modelo de diagnóstico da PPN usado no DSM-IV com aquele que é proposto para o DSM-V, consultando a bibliografia existente, os diferentes artigos publicados e o site oficial do DSM-V. Pretende-se saber se existe uma evolução favorável no diagnóstico da PPN e dos seus subtipos (grandioso e vulnerável), reconhecendo as limitações encontradas no modelo de diagnóstico do DSM-IV e aquelas que poderão existir no DSM-V. Procurou-se também encontrar novas propostas para o diagnóstico que pudessem colmatar as limitações encontradas.

**Desenvolvimento:** Os subtipos de narcisismo grandioso e vulnerável proposto por Pincus et al. manifestam diferentes redes de correlações com experiências de infância (ex. abuso), psicopatologia, auto-estima, comportamentos, e necessidade de utilização de diferentes recursos clínicos terapêuticos. Estudos indicam que o subtipo vulnerável continua a ser negligenciado pelo novo modelo proposto no DSM-V. O modelo de diagnóstico de PP usado por Bornstein (1998) e Bornstein e Huprich (2011) pode ser uma alternativa prometedora.

**Conclusões:** A dependência em dois traços do domínio do antagonismo e nenhum do domínio da afectividade negativa para a avaliação do PPN no DSM-V fez com que o subtipo vulnerável fosse mais negligenciado. A informação adicional contida no diagnóstico de PP usando o modelo multidimensional proposto por Bornstein (1998) e Bornstein e Huprich (2011) poderá levar a uma base de dados mais rica e mais informativa, com conexões mais fortes com a investigação feita sobre patologia de personalidade.

**Palavras-chave:** Perturbação de Personalidade Narcisista, narcisismo, DSM-IV, DSM-V.

## ABSTRACT

**Introduction:** A review of the classification of mental disorders is scheduled for publication in 2013 by American Psychiatric Association (APA) and significant changes have been proposed for the diagnosis of Personality Disorders (PD) including the Narcissistic Personality Disorder (NPD).

**Objectives:** The aim of this study is to make a theoretical review of NPD and confront the NPD diagnostic model used in DSM-IV with the proposed for the DSM-V, referring to the existing literature, the different articles published and official website of DSM-V. We want to know if there is a favorable trend in the diagnosis of NPD and its subtypes (grandiose and vulnerable), recognizing the limitations found in the model of the DSM-IV diagnostic model and those that may exist in the DSM-V. We also sought to find new proposals for diagnosis that could overcome these limitations.

**Development:** The subtypes grandiose and vulnerable proposed by Pincus et al. manifest different correlations with childhood experiences (eg. abuse), psychopathology, self-esteem, behavior, and need to use different therapeutic clinical resources. Studies indicate that vulnerable subtype continues to be neglected by the new model proposed in the DSM-V. The diagnosis model used by Bornstein (1998) and Huprich and Bornstein (2011) can be an alternative to DSM-V PPD Work Group.

**Conclusions:** The dependence of the DSM-V model in two lines of antagonism domain and none of the negative affection domain for the assessment of NPD in the DSM-V made vulnerable subtype neglected. The additional information contained in the diagnosis of PD using the multidimensional model proposed by Bornstein (1998) and Bornstein and Huprich (2011) could lead to a richer and more informative data base, with stronger connections with the research done on personality pathology.

**Keywords:** Narcissistic Personality Disorder, Narcissism, DSM-IV, DSM-V.

Correspondência: José Carlos Campelos,  
josecampelos1987@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Os estudos de doenças do DSM e CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) têm mostrado que síndromes clínicas do eixo I do DSM como a ansiedade, depressão, distúrbios alimentares, abuso de substâncias, distúrbios sexuais e outros, estão muitas vezes presentes no contexto de Perturbações de Personalidade (PP). (1) Os doentes que não apresentam uma PP severa o suficiente para garantir um diagnóstico do DSM ou CID muitas vezes apresentam patologia clínica significativa, como dificuldades com intimidade, controlo de agressão ou arrogância, sensibilidade à rejeição, entre outros. (2)

As PP têm historicamente ocupado uma posição tangencial dentro de síndromes de diagnóstico, nunca atingindo um reconhecimento significativo na literatura clínica psiquiátrica ou na psicologia. Antes do DSM-III e do CID-8, elas eram categorizadas na nomenclatura oficial como síndromes essencialmente secundários a outras patologias. Hoje, as PP ocupam uma posição de proeminência diagnóstica. (2)

Estima-se que as PP afectam cerca de 10% da população e constituem uma ampla percentagem dos doentes vistos pelos psiquiatras. Enquanto que, em algumas categorias, as PP apresentam uma alta co-morbilidade (como ansiedade e depressão), outras produzem mais angústia nas outras pessoas do que no próprio doente. (2)

Historicamente, a palavra personalidade deriva do termo Grego “persona”, originalmente representando a máscara teatral usada por actores dramáticos. Este significado tem mudado ao longo da história. Outrora simbolizou a máscara ostentada por um actor, o que sugere a pretensão de aparência, isto é, a posse de traços para além dos que caracterizam o indivíduo que se esconde atrás da máscara. Com o tempo, o termo “persona” perdeu a sua conotação de pretensão e ilusão e começou a caracterizar o indivíduo atrás da máscara, a sua aparência explícita e características manifestadas. O terceiro e mais recente significado de personalidade adquiriu níveis de profundidade para além da impressão superficial e mudou o centro da atenção para qualidades menos aparentes, camufladas. Assim, ao longo da história, o significado do termo tem sofrido uma deslocação desde a ilusão externa à realidade superficial, e finalmente para os traços ocultos e encobertos. A personalidade é hoje vista como um padrão complexo de características psicológicas que são muitas vezes inconscientes e não facilmente alteráveis, expressando-se automaticamente na maior parte das situações. Estes traços emergem de uma complexa matriz de disposição biológica e aprendizagem externa e ultimamente compromete o padrão distinto do indivíduo de perceber, sentir, pensar, “coping” e até comportar-se. (2)

Nos esforços precoces para documentar o processo de selecção natural e as implicações para a classificação, Darwin (1859) notificou”... Eu fiquei muito impressionado como arbitrária e vaga é a distinção entre espécies e variedades” (pg.48). Esta frase reflecte a frustração de Darwin para encontrar critérios apropriados para distinguir espécies biológicas e isto permanece, hoje em dia, um assunto difícil, empírico e filosófico para os biólogos. O desafio para desenvolver os critérios

psicológicos apropriados para distinguir uma PP de outra parece ainda mais ténue. (3) Uma revisão da classificação das perturbações mentais está agendada para 2013 pela “American Psychiatric Association” (APA). O DMS-V será o produto de mais de 13 anos de trabalho por parte de muitos profissionais de saúde mental. Uma revisão substantiva do DSM não ocorreu desde 1994, portanto, o campo da saúde mental deve antecipar mudanças significativas que irão ter um impacto nos doentes, médicos, famílias e sociedade e poderá influenciar investigações futuras. (4)

## **MÉTODOS**

Este trabalho de revisão foi elaborado a partir de consulta de bibliografia, pesquisa no site oficial do DSM-V, assim como da recolha de artigos científicos na base de dados PubMed e MEDLINE que abordavam o tema PPN. Os artigos foram recolhidos entre Outubro de 2012 a Janeiro de 2013. Foram usados os seguintes termos: [Narcissistic Personality Disorder], [Narcissistic], [Narcissism] e [DSM-V].

## **EPIDEMIOLOGIA/ CO-MORBILIDADE**

A prevalência da PPN é inferior a 1% (5 e 6) na população em geral mas chega aos 16% (7 e 8) dentro dos doentes psiquiátricos. Dentro das PP a PPN chega aos 22% (9). Os estudos apontam para um crescimento da patologia. Alguns estudos indicam que a PPN é mais frequente entre pessoas de educação superior ou em grupos profissionais de destaque social. É mais prevalente no sexo masculino (50 a 75%) do que no sexo feminino (Reinzi et al, 1995). Isto poderá ser explicado de uma forma evolutiva, uma vez que o sexo masculino na espécie humana tende a ser orientado para o “self”, uma vez que a competição pelos recursos reprodutivos maximiza as vantagens de transmissão dos seus genes (agir de modo egocêntrico e insensível). Os indivíduos do sexo feminino são orientados para o objecto (amor, altruísmo, intimidade, confiança e cooperação), porque as suas competências na prestação de cuidados e protecção da sua descendência limitada maximiza também as vantagens de transmissão dos seus genes. (10) Um estudo de doentes de abuso de cocaína reportou 32% de co-morbilidade com PPN (11). Num estudo Australiano com doentes bipolares, 47% apresentavam critérios para PPN. (11) A PPN pode apresentar outras co-morbilidades como Perturbação de Personalidade Anti-social (PPA) (12), abuso de substâncias (13) e distúrbios alimentares (14 e 15).

## **ETIOPATOGENIA**

A PPN assim como outras PP resultará, possivelmente, de uma interação entre determinadas características de temperamento (biogénicas, que funcionarão como predisponentes) e experiências de socialização desajustadas (activadoras dessa disposição) do indivíduo. (16) Um estudo (17) avaliou a dimensão das PP em gémeos e encontrou defeitos de dominância genética para problemas

de intimidade, labilidade afectiva e, especificamente, narcisismo, contribuindo para a compreensão da importância dos factores biogénéticos na formação da personalidade.

As teorias psicodinâmicas dizem-nos que o narcisismo pode resultar de duas formas de abuso: a negligência ou mau trato, mas também a sobrevalorização ou idolatração da criança. Horney realçou que a sobrevalorização da criança pelas figuras cuidadoras desumaniza e instrumentaliza a criança. (18)

## CLASSIFICAÇÕES DA PPN

Nos últimos 35 anos, a expansão na literatura clínica do narcisismo de da patologia de personalidade narcisista levou a uma marcada proliferação de nomenclaturas descrevendo a variabilidade de expressão do narcisismo patológico. Foram identificadas cerca de 50 variantes distintas. No entanto, isto não pareceu facilitar uma compreensão integrativa do narcisismo patológico. (19)

Foram identificados quatro aspectos da descrição fenomenológica e taxonómica que são inconsistentemente abordados na literatura do narcisismo patológico e PPN, levando a uma base teórica e empírica pobremente coordenada. Estas inconsistências envolviam diversidade nas conceituações da natureza do narcisismo (Normal, Patológica), fenótipo (Grandioso, Vulnerável), expressão (Overt, Cover), e estrutura (Categoria, Dimensão, Protótipo). (20) (Ver figura 1)



**Fig.1** Inconsistências fenotípicas e taxonómicas na conceptualização do narcisismo (adaptado de [18])

Alguns investigadores sugerem que o narcisismo patológico encontra-se num contínuo único ou numa única dimensão bipolar de funcionamento saudável a patológico (e., Cooper 2005, Paulhus 1998, Ronningstam 2005a, Watson 2005)), outros sugerem que o narcisismo adaptativo e patológico

poderão pertencer a duas dimensões de personalidade distintas (e., Ansell 2006, Pincus e tal. 2009). (20)

Pincus et al. (2009) concluiu que dois subtipos gerais de disfunção narcisista, categorizados como narcisista grandioso e narcisista vulnerável, poderiam sintetizar os vários graus fenotípicos que surgiram ao longo da literatura (ver tabela 1). O subtipo grandioso lida com uma desregulação da auto-estima criando uma sensação exagerada de superioridade e singularidade e apresenta fantasias de grandiosidade. Estes indivíduos são manipuladores, assertivos, arrogantes, dominantes, exibicionistas, apresentam falta de empatia e experienciam inveja intensa e agressividade como resultado da desregulação de afecto, normalmente apresentam pouco “insight”. O subtipo vulnerável é introvertido, reflecte uma grandiosidade insegura e defensiva que eclipsa sentimentos obscuros de inadequação, incompetência e afecto negativo. Também lidam com desregulação da auto-estima, apresentando fantasias de grandiosidade, sentindo ao mesmo tempo vergonha intensa sobre as suas necessidades e ambições. O problema de afecto dominante neste subtipo é a vergonha em vez da inveja ou agressividade como no outro subtipo, eles evitam relações interpessoais devido à hipersensibilidade à rejeição e à crítica. Uma importante diferença entre estes dois subtipos é que o narcisista vulnerável oculta estes sentimentos numa máscara de inibição, modéstia e preocupação pelos outros, em contrapartida, o subtipo grandioso não se preocupa com isso. (21) Muitos especialistas clínicos contemporâneos na PPN agora reconhecem que os estados de grandiosidade oscilam ou co-ocorrem com os estados de vulnerabilidade. Este último é considerado a forma mais patológica do narcisismo (Wink 1992, Wink et al. 2005).

A classificação que Vaknin utiliza no seu livro (18) parece-nos informativa, dividindo os indivíduos com PPN em “cerebral narcissists” e “somatic narcissists” de acordo com a sua fonte de “Narcissistic Supply”, tenha esta por base os aspectos cognitivos (inteligência e aquisições académicas) ou beleza corporal e performance sexual (poder físico e sexual), respectivamente.

Vaknin também destaca a existência do Narcisista Invertido, que se trata de um co-dependente exclusivo de narcisistas. Para se “qualificar” como Narcisista Invertido, o indivíduo tem que desejar e procurar activamente uma relação com um narcisista sem ter em conta o abuso infligido. Tem que se sentir vazio e infeliz numa relação que não apresente esta psicodinâmica e apresentar os critérios de Perturbação de Personalidade Dependente. (18)

FONTE	SUTIPO GRANDIOSO	SUBTIPO VULNERÁVEL
Kohut (1971)	“Horizontal Splitting” Manipulativo	“Vertical Splitting”
Bursten (1973)	Fálico Paranoide	“Craving”
Kohut e Wolf (1978)	“Mirror-hungry” “Alter-ego”	“Ideal-hungry” “Contact-shunning”
APA (1980)	PPN do DSM-III	
Cooper (1981), Akhtar e Thomson (1982)	“Overt”	“Covert”
Broucek (1982)	“Egoitical”	“Dissociative”
Kernberg (1984)	“Pathological” Malignant	
Rosenfeld (1987)	“Thick-skinned”	“Thin-skinned”
APA (1987)	PPN do DSM-III-R	
Cooper (1988, 2005)		“Narcissistic-masochistic”
Gabbard (1989,1998,2009)	“Oblivious”	“Hypervigilant”
Gersten (1991)	“Overtly grandiose”	“Overtly vulnerable”
Wink (1992)	“Willful”	“Hypersensitive”
Masterson (1993)	“Exhibitionistic”	“Closet”
Fiscalini (1993)	“Uncivilized spoiled child” “Special child”	“Infantilized spoiled child” “Shamed child”
APA (1994)	PPN do DSM-IV	
Cooper e Maxwell (1995)	“Empowered” Manipulador	“Disempowered”
Hunt (1995)	Clássico “Unprincipled”	“Diffident”
Millon (1996)	“Amorous” “Elitist” “Fanatic”	“Compensatory”
Simon (2002)	TANS	
Akhtar (2003)		“Shy”
Dickinson & Pincus (2003)	Grandioso “Arrogant”	Vulnerável “Shy”
Ronningstam (2005b)	“Psychopathic”	
PDM Task Force (2006)	“Arrogant/entitled”	“Depressed/depleted”
Russ et al. (2008)	“Grandiose/malignant”	“Fragile”
Pincus et al. (2009)	“Narcissistic grandiosity”	“Narcissistic vulnerability”

DSM-IV, “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*”; DSM-II-R, “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition, Revised*”; PPN, Perturbação de Personalidade Narcisista, PDM, “*Psychodynamic Diagnostic Manual*”, TANS, “trauma-associated narcissistic symptoms”.

**Tabela 1** – Nomenclatura para fenótipos do narcisismo patológico reflectindo grandiosidade e vulnerabilidade adaptado de (20).

## PERSPECTIVA PSICODINÂMICA

O fenómeno do narcisismo foi introduzido em psiquiatria por H. Ellis (22) num estudo psicológico sobre auto-erotismo no qual ele descrevia a tendência “Narcissus-like” para absorver sentimentos sexuais de auto-admiração. No ano seguinte P. Nacker (23) foi o primeiro a usar o termo narcisismo num estudo de perversões sexuais. Freud referiu-se ao narcisismo numa nota de rodapé adicionada em 1910 em “Three essays on the theory of sexuality” como uma fase de desenvolvimento do homossexualismo masculino.

Numa primeira impressão, a arquitectura da psique narcísica pode parecer inteligente e sólida. Longe de estar ideologicamente seguro, o mundo interno do narcisista é forjado com construções inseguras. Apesar dos indivíduos com PPN usarem uma variedade de mecanismo de defesa, a psico-análise contemporânea realça os de grandiosidade, racionalização e fantasia. (10)

As opiniões psico-analíticas mais recentes estiveram muitas vezes divididas entre a teoria “object-relations” de Otto Kernberg (1975, 1984) e a “self-psychology” de Heinz Kohut (1968, 1971, 1977). (10)

Para Kernberg (1975,1984), a personalidade narcisista é essencialmente uma organização defensiva. As suas representações de objectos estão divididas em componentes “all-good” e “all-bad”, ao estilo borderline. Os narcisistas, no entanto, desenvolveram uma organização intra-psíquica que compensa, de certa forma, a difusão de identidade e flutuação rápida de emoções. Para alcançar uma identidade coesa, os narcisistas fundem o objecto ideal e a imagem própria, uma explicação reminescente de Freud. Esta fusão distorce a realidade, leva a pensamentos de grandiosidade e onipotência. Os outros também são idealizados numa verdadeira imagem de plateia de adoração. (10) Kernberg também destacou a existência de casos de narcisismo mais severo, em que co-existiam características anti-sociais, agressão egosintónica/sadismo e uma orientação paranoide. (24) e (25)

Kohut pinta o “self” grandioso não como uma estrutura intrapsíquica patológica, mas como um fenómeno normal do desenvolvimento. Defendendo-se à sensação esmagadora de vulnerabilidade a criança procura voltar à felicidade de um narcisismo primário e desenvolve um “self” grandioso, que fornece uma sensação de onipotência. Quando a empatia normal se desenvolve subsequentemente, o “self” grandioso é abandonado e transformado em ambição realista. No entanto, o aprisionamento do desenvolvimento pode acontecer e, nesse caso, o “self” grandioso permanece como defesa à vulnerabilidade da existência. (10) Para Kohut (1971,1977), problemas no desenvolvimento do “self” prematuro ocorriam quando respostas não empáticas eram recebidas de objectos do “self” de infância. O “self” precoce desenvolve defesas narcisistas para repelir sentimentos de inadequação que ocorrem quando o indivíduo não apresenta a sua grandiosidade do “self” espelhada pelos outros ou quando o indivíduo torna-se dominado pela suas expectativas de grandiosidade. Estas defesas narcisistas da teoria de Kohut envolvem duas formas de “splitting” que representam os temas de grandiosidade e vulnerabilidade. A primeira forma, “splitting” horizontal, é

similar a representações que envolvem a repressão de objectos do “self” não aceitáveis. O indivíduo é assim capaz de manter exposições abertas de grandiosidade enquanto cronicamente nega qualquer sentimento de baixa auto-estima ou vergonha. Em contraste, o “splitting” vertical usa a negação e rejeição de necessidades, permitindo à experiência consciente de vulnerabilidade e desespero alternar com sentimentos de onipotência. Os indivíduos usam “splitting” vertical para exibir narcisismo vulnerável através do seu acesso a sentimentos crónicos de vazio, baixa auto-estima e vergonha. (26)

## **PERSPECTIVA INTERPESSOAL**

O narcisismo patológico está profundamente associado a problemas interpessoais, apesar desses problemas não serem abertamente reportados durante a consulta como assuntos de preocupação clínica para o doente. Os narcisistas poderão esconder a psicopatologia num esforço de evitar escrutínio e crítica. É importante estar atento aos sentimentos que o doente desperta no clínico. Os doentes que se apresentam arrogantes, superiores, com atitudes de desprezo podem levar os clínicos a sentirem-se confusos e desamparados. (27)

Existem indivíduos com PPN que desenvolvem um super-ego empobrecido e aí os traços cruzam-se com os do anti-social, as regras são transgredidas para destacar a imagem excepcional do narcisista. Há certamente alguns que apresentam um bom desenvolvimento do super-ego. Neste último caso, a imoralidade é vista como uma evidência de inferioridade e são aqueles que não são capazes de se manter puros moralmente que são vistos com desprezo. (10)

Como reflexo de grandiosidade e superioridade, comportamentos dominantes demonstram súplicas explícitas para os outros obedecerem ou conformarem-se com normas idiossincráticas do indivíduo. A dominância pode reflectir uma posição de defesa contra medos não conscientes de estar ou subjugado ou rejeitado pelos outros. (27)

Muitas vezes estão presentes comportamentos interpessoais intrusivos e exibicionistas. Indivíduos narcisistas mostram desconsideração pelos limites pessoais, sentindo-se livres para oferecer sabedoria não solicitada aos outros. Eles falham em considerar que esse tipo de comportamentos engendra superficialidade e distância nas relações interpessoais, mais do que admiração e afecto. (27)

Uma maior similaridade importante para o narcisismo grandioso e vulnerável foi uma associação positiva no domínio da competição. Isto sugere uma tendência em basear a auto-estima em superar os outros que poderá ter a sua origem no núcleo comum do narcisismo que consiste em sentimentos de superioridade e desejo de explorar os outros para engrandecimento do “self”. (28)

Hotchkiss identificou 7 sinais de narcisismo: ausência de sentimento de culpa, pensamento mágico, arrogância, inveja, “entitlement” (expectativa de tratamento especial sem razão fundamentada), manipulação do outro, fronteiras mal definidas do “self”. Poderíamos acrescentar

também a hipersensibilidade à crítica e a fúria narcísica (conceito introduzido por Heinz Kohut em 1972) face a ameaças à auto-estima do “self”. (10)

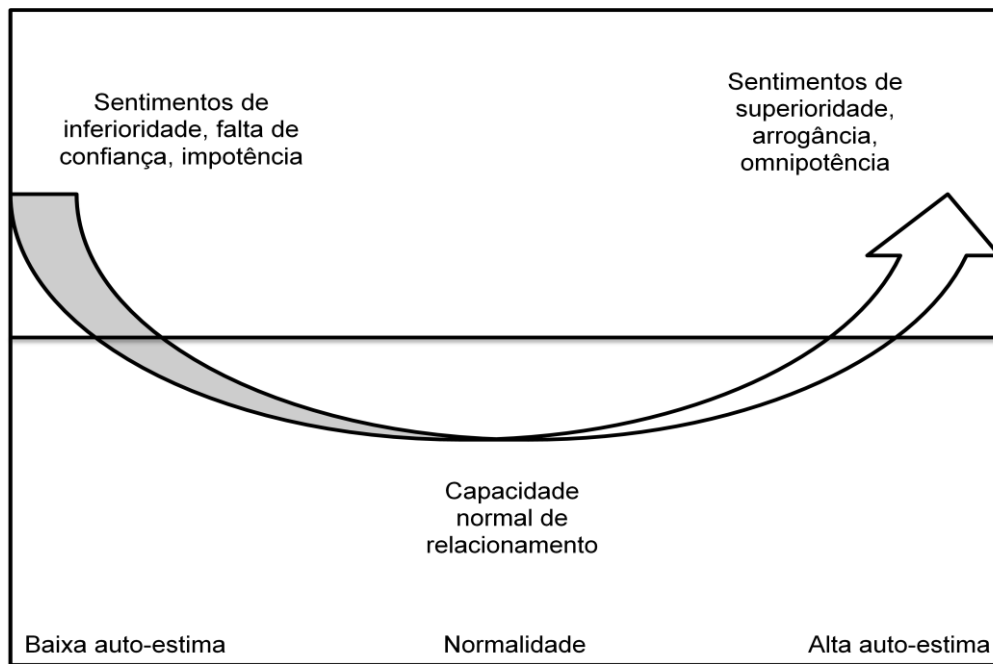
## **PERSPECTIVA COGNITIVA**

O indivíduo com PPN distorce a realidade dos factos para engrandecer o “self”, um estilo que Millon (1990) nomeou como expansivo. O narcisista revê a sua história pessoal amplificando os sucessos e minimizando ou transformando as falhas num esforço de proteger uma auto-estima vulnerável. O futuro fornece ao narcisista uma oportunidade de glória, e a reconstrução do passado fornece a continuidade pela qual a fantasia de brilho e sucesso pode ter base substancial. (10)

O estilo cognitivo do narcisista é considerado oposto ao do compulsivo. O narcisista mergulha no futuro como se não houvessem barreiras para o que poderá ser alcançado mas de alguma forma esquece-se da logística e mecânica do trabalho envolvido. De forma oposta, o compulsivo preocupasse constantemente por cada detalhe, ao ponto do objectivo principal do trabalho ser perdido. As fantasias do narcisista são desejos que se focam em trazer um futuro em que o “self” é bem sucedido e é por isso glorioso e admirado. Em contraste, as fantasias do compulsivo são medos que se focam em prevenir um futuro em que o “self” erra e é, por isso, desprezado e condenado. Ambos procuram perfeição mas abraçam apenas metade da equação. O narcisista é muito proactivo e ambicioso, o compulsivo, é demasiado prevenido e cauteloso. (10)

A relação entre auto-estima e o narcisismo assemelha-se à letra U (ver figura 2). Ter auto-estima permite-nos ser sociáveis e confiantes, mas ter demasiada auto-estima pode-nos tornar arrogantes e manipuladores em função de nutrir um “self” grandioso. Os que se encontram no meio, chamados de “narcisistas saudáveis” devem demonstrar preocupação social e empatia interpessoal, um interesse genuíno pelas ideias e sentimentos dos outros. (10)

Vaknin no seu livro (18) realça o facto de o narcisismo assemelhar-se a uma dependência em que a substância de abuso é a “Narcissistic Supply”. Na sua ausência instala-se no indivíduo com PPN uma “Narcissistic Deficiency Dysphoria”, sintomas de abstinência, que se manifestam por depressão, anedonia, alteração do padrão de sono (hipersónia ou insónia), de alimentação (comer compulsivo ou anorexia), labilidade emocional, pensamentos obsessivos. Pode-se instalar um modo esquizoide, em que ocorre isolamento do narcisista. Podem surgir, em última instância, delírios persecutórios e pensamentos suicida.



**Fig.2** Narcisismo, auto-estima, Normalidade e Patologia. (adaptado de [22])

## TRATAMENTO

A visão do senso comum do narcisismo é que estes indivíduos sentem-se tão bem em relação a eles próprios que nunca procuram tratamento. Os encontros clínicos com narcisismo patológico não são pouco comuns, só que muitas vezes não são identificados como tal. Ronningstam identifica três circunstâncias em que o doente narcisista procura tratamento: (1) uma crise aguda precipitada por falha ou perda pessoal, (2) um “ultimatum” da família, de um patrão, ou do sistema legal, e (3) o desejo do doente para mudar. A última circunstância poderá provir de sentimentos de insignificância ou sofrimento sintomático relacionado com co-morbilidade do eixo I. (28)

A psico-análise e a psicoterapia orientada psico-analiticamente têm sido consideradas o tratamento de escolha em doentes com PPN. No entanto, recentemente novas estratégias de tratamento fora da psico-análise têm sido desenvolvidas como por exemplo, terapia cognitiva (29 e 30), curto-termo (31), grupo (32), casais e família (33), e terapia de “milieu” (34).

Duas estratégias psico-analíticas mostraram-se eficazes. Uma sugerida por Kernberg (35) que consiste em confrontação, teste da realidade e interpretação do “self” grandioso patológico e da transferência negativa. A outra aproximação, desenvolvida por Kohut (36) foca em observações empáticas e no desenvolvimento e trabalho através de três tipos de transferências – espelho, idealização e transferência gemelar ou alter ego – como forma de corrigir os defeitos estruturais que caracterizam o distúrbio narcisista. Uma terceira estratégia menos conhecida usa um método de co-participação activa interpessoal de inquérito psico-analítico, que alterna entre confrontação e exploração empática da matriz de transferência contra-transferência do narcisista. (37)

Por vezes o terapeuta torna-se o alvo de desvalorização e de vingança. O doente narcisista de forma subtil, mas persistente, insinua uma crença de que a terapeuta é incompetente ou inferior. A contra-transferência experienciada pelo terapeuta dá uma compreensão da dinâmica do mundo interno do doente. Quando combinado com características anti-sociais, como no narcisismo maligno, a psicoterapia está contra-indicada. (27) Um factor motivador é a existência de membros na família ou uma rede de amigos que suportem e até mesmo participem no tratamento. A presença de ideação suicida aguda ou crónica, ou preocupação crónica com o significado da vida, deverá ser avaliado com particular atenção, especialmente se for experienciado uma grande falha ou perda. (38) O tratamento de doenças do eixo I pode ser mais complicado quando o doente apresenta PPN. A redução dos sintomas pode não ser do interesse do doente, se a sintomatologia acentuar o sentimento de grandiosidade. Como por exemplo o abuso de substâncias e hipomania ou mania. (39)

### **COMPARAÇÃO DO MODELO DE DIAGNÓSTICO DO DSM-IV COM O PROPOSTO NO DSM-V**

O “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition” (DSM-III) introduziu a PPN como uma entidade diagnóstica reconhecida como parte de uma reorganização substancial na nomenclatura dos diagnósticos das perturbações de personalidade. De acordo com Frances (1980), que subsequentemente partilhou o DSM-IV “Task Force”, a PPN foi incluída dentro das PP no DSM-III na base de “um aumento de literatura psico-analítica e pelo isolamento do narcisismo como um factor de personalidade numa variedade de estudos psicológicos” (p.1053). (40) O critério geral de PP foi introduzido no DSM-IV sem uma base empírica, e tem sido considerado demasiado inespecífico. O critério geral originalmente proposto para PP, divulgado no website do DSM-V nos inícios de 2010 foram baseados no modelo teórico de Livesley (1998) de insuficiência adaptativa, o que inclui insuficiência a desenvolver um sentimento coerente do “self” ou da identidade e uma disfunção interpessoal crónica. (4)

Desde a divulgação original, o critério geral para PP tem sido simplificado e integrado com níveis de funcionamento de personalidade. Na definição actual, duas avaliações foram combinadas para determinar o critério essencial para PP: disfunção na função de personalidade (“self” e interpessoal) (critério A) e a presença de traços de personalidade patológica (critério B). Os critérios também requerem estabilidade relativa ao longo do tempo e consistência ao longo das situações e exclui características de personalidade normativas da cultura e aquelas devido a efeito fisiológico de substâncias ou de uma doença orgânica. (4)

A 10 de Fevereiro de 2010 o “Personality and Personality Disorders Work Group” lançou no Web site oficial do DSM-V a primeira proposta de abordagem das PP, um híbrido protótipo/dimensional de abordagem dos traços. (40) O modelo inicial apresentava 6 domínios e 37 traços. Esta proposta apresentou críticas consideráveis pela sua complexidade (41 e 42), utilidade clínica problemática (42-44), baixa justificação empírica (42, 45 e 46), abandono de algumas PP (45-

48), e substituição de critérios de diagnóstico por correspondência a protótipo (46,47 e 48). Em resposta a estas críticas uma versão revista simplificada foi proposta em Janeiro de 2011. (49)

As PP abordadas no “*Diagnostic and Statistical Manual of Personality Disorders*” (4<sup>th</sup> ed., American Psychiatric Association, 2000) que irão ser incluídos no DSM-V irão ser diagnosticados numa maneira totalmente diferente do DSM-IV, serão avaliados por um modelo dimensional de 25 traços de personalidade patológica (Personality Inventory for DSM-5, PID5). (19) (ver anexo I). Uma proposta inicial pelo DSM-V “Work Group on Personality and Personality Disorders” para eliminar a PPN como um tipo distinto de distúrbio de personalidade encontrou tal controvérsia (ex., Pincus, 2011) que o PPN foi reintegrado nas propostas seguintes. (50)

Apenas 6 dos PP do DSM-IV serão incluídos como diagnósticos oficiais: esquizotípica, antisocial, borderline, narcisista, evitante e obsessivo-compulsiva, conjuntamente com a categoria intitulada “Personality Disorder Trait Specified” (PDTs). (19)

A maior parte dos investigadores de narcisismo acreditam que os sintomas da PPN do DSM-IV enfatizam a dimensão grandiosa sobre a dimensão vulnerável (ex., Cain, Pincus & Ansell, 2008), apesar dos aspectos de vulnerabilidade do narcisismo serem explicitamente discutidos no texto descritivo que acompanha os critérios do PPN do DSM-IV. (19)

A proposta de revisão indica que a PPN irá ser diagnosticada com base em (a) disfunção do “self” (ex. identidade, auto-suficiência) e funcionamento interpessoal (ex. empatia, intimidade) e (b) a presença de dois traços do domínio do antagonismo: grandiosidade e procura de atenção. Não é claro, no entanto, como é que as decisões foram tomadas no que se refere a que traços deveriam ser incluídos no modelo do DSM-V e como esses traços foram atribuídos a seis PP específicas. Apesar da inclusão da grandiosidade e procura de atenção serem conceitualmente consistentes com a literatura empírica na PPN (pelo menos para o subtipo grandioso), não é claro que a inclusão de outros traços do modelo do DSM-V (ex., manipulação, insensibilidade, hostilidade) ou fora deste modelo (ex. dominância/figura autoritária) poderia melhorar a sua avaliação. O modelo de 5 factores (FFM) que é considerado a base do usado no DSM-V, sugere que traços relacionados com o PPN, como falsidade, manipulação, altruísmo poderiam ser relevantes na avaliação da PPN. (19)

O narcisista grandioso e vulnerável manifestam diferentes redes de correlações externas em relação a experiências de infância (ex. abuso), psicopatologia, auto-estima, comportamentos e a necessidade de utilização de diferentes recursos clínicos terapêuticos. Capturar os dois subtipos num modelo de diagnóstico era uma preocupação major no diagnóstico do PPN no DSM-IV, e a mesma preocupação existe no diagnóstico proposto no DSM-V. (19)

Num dos estudos os dois subtipos diferiram em 13 dos 25 traços (ver tabela 2) (51) . Em geral, o narcisismo grandioso foi fortemente correlacionado com traços do domínio do antagonismo (ex. grandiosidade, procura de atenção, manipulação) apesar de ter manifestado correlações significativas com traços de afectividade negativa (ex. hostilidade), desinibição (ex. irresponsabilidade), e psicoticismo (ex. crenças e percepções inusuais). Reciprocamente, o narcisista

vulnerável foi fortemente correlacionado com traços de todos os 5 domínios. Neste estudo eles acreditam que a avaliação do narcisismo grandioso beneficiaria pela inclusão de traços que representassem a resiliência para certas emoções negativas e altos níveis de extraversão (ex. assertividade, nível de actividade) tipicamente associadas com o narcisismo grandioso. Quando comparado com as PP do DSM-IV (tabela 3), o perfil do PID5 do narcisista grandioso foi fortemente específico, apresentando apenas uma correlação significativamente positiva com o PP do DSM-IV, e uma correlação significativamente negativa com a evitante e depressiva. Contrariamente, o perfil do narcisismo vulnerável do PID5 não foi específico, uma vez que apresentou uma correlação significativa com os perfis do DSM-IV para paranoide, esquizoide, esquizotípica, borderline, evitante, dependente, obsessivo-compulsiva, passivo-agressiva, e depressiva. Isto não é surpreendente uma vez que o narcisismo vulnerável é primariamente constituído por níveis substanciais de neuroticismo e emocionalidade negativa, que são parte central de muitas PP. (51)

	Grandioso	Vulnerável
	r	r
Afectividade negativa		
Labilidade emocional	0.33	0.57
Ansiedade	0.01	0.54
Insegurança de separação	0.43	0.45
Perseveração	0.29	0.62
Submissão	0.16	0.29
Hostilidade	0.48	0.61
Afecto restrito	0.32	0.30
Depressividade	0.19	0.59
Suspeição	0.37	0.56
Distanciamento		
“Withdrawal”	0.12	0.55
Anedonia	0.07	0.55
Evitação de intimidade	0.26	0.44
Antagonismo		
Manipulação	0.56	0.48
Engano	0.54	0.55
Grandiosidade	0.76	0.43
Procura de atenção	0.67	0.32
Insensibilidade	0.55	0.58

Desinibição		
Irresponsabilidade	0.46	0.52
Impulsividade	0.44	0.40
Perfeccionismo rígido	0.38	0.43
Distractibilidade	0.23	0.59
“Risk taking”	0.38	0.02
Psicoticismo		
Crenças inusuais	0.53	0.44
Excentricidade	0.20	0.53
Desregulação cognitiva/perceptual	0.51	0.57

**Tabela 2** – “Personality Inventory” para o DSM-V (PID5) correlacionando com os factores de vulnerabilidade e grandiosidade adaptado de (51).

	Grandioso	Vulnerável
Paranoide	-.02	0.77
Esquizoide	-.35	.63
Esquizotípica	-.19	.73
Anti-social	.41	.06
Borderline	-0.30	.80
Histeriônica	.43	.36
Narcisista	.70	.42
Evitante	-.64	.77
Dependente	-.30	.74
Obsessivo-compulsiva	-.26	.56
Passivo agressiva	-.12	.90
Depressiva	-.63	.77
Severidade da perturbação da personalidade	-.39	.90

**Tabela 3** – Similaridade dos subtipos grandioso e vulnerável com os distúrbios de personalidade do DSM-IV, adaptado de (51)

### RAZÕES PARA MUDANÇAS NA CLASSIFICAÇÃO DAS PP NO DSM-V

Os problemas expostos desde o aparecimento da classificação categórica das PP incluíam: **co-ocorrência excessiva entre PP**. A maior parte dos doentes com PP apresentavam critérios para

mais do que uma PP (Grant e tal., 2005; Oldham et al., 1992; Zimmerman et al., 2005). **Extrema heterogeneidade entre doentes com o mesmo diagnóstico.** É comum na literatura das PP afirmar que existem 256 maneiras para preencher os critérios de diagnóstico para a PP borderline no DSM-IV-TR (Johansen et al., 2004) e o tratamento pode ser muito diferente para os doentes com o mesmo diagnóstico de PP dependendo dos sintomas, questionando-se a utilidade do diagnóstico. Em contraste, na proposta do DSM-V, os traços de personalidade realçados dos indivíduos são registados, fazendo com que a similaridade e a diferença entre indivíduos possa vir a ser mais especificada, identificando-se alvos primários de intervenção (Widiger, 1997). **Incompatibilidade com as abordagens médicas modernas na determinação de limites de diagnóstico.** O uso de dimensões de severidade no diagnóstico é comum em medicina moderna (ex., TA pré-hipertensiva, 3 classes de obesidade, e múltiplos estágios de cancro). Em contraste, o diagnóstico do DSM-IV-TR das PP usa classificações dicotómicas com limites arbitrariamente determinados simplesmente como metade ou mais dos critérios para um número par de critérios, e mais de metade para os números ímpares, em vez de se centrar na informação dos dados. O limite de 5 dos 9 critérios necessários para fazer o diagnóstico da Perturbação de Personalidade Narcisista foi determinado pelo DSM-IV-TR simplesmente porque 5 é mais do que metade de 9. A proposta do DSM-V reflecte a prática da medicina moderna separando o acesso à severidade (critério A) dos traços do indivíduo (critério B). **Instabilidade temporal.** O curto prazo de confiabilidade média dos teste-retestes de 0.54 para um PP específico e .56 para qualquer PP (Zimmerman, 1994) sugeriu uma baixa “confiança” (grande erro transitório de medição; Chmielewski & Watson, 2009) mesmo para entrevistas estruturadas. Confiabilidade a longo termo de teste-reteste de 0.51 para qualquer PP e 0.34 para um PP específico, e o achado de uma mudança diagnóstica significativa em menos de 6 meses (Shea et al., 2002), indica instabilidade diagnóstica que é inconsistente com a relativa estabilidade de traços de personalidade (Roberts & DelVecchio, 2000) e disfunção na PP (Gunderson et al., 2011; Skodol et al., 2005b). Fazendo um diagnóstico de PP baseado em traços, espera-se que a proposta do DSM-V reduza a instabilidade temporal. **Baixa cobertura de psicopatologia da personalidade.** Uma meta-análise abrangente (Verheul & Widiger, 2004) documentou que a perturbação de personalidade não especificada de outra forma (PDNOS) é o diagnóstico mais comum das PP em investigação e o diagnóstico mais frequente de PP na prática clínica. Apesar de oficialmente ser usado somente “para o funcionamento de perturbações de personalidade que não preenchem os critérios específicos de nenhuma PP” (APA, 2000, p. 729), na prática, é aplicado em diversas maneiras, por exemplo, para designar um “PP mista”, isto é, um doente que exiba características de mais do que uma PP, mas não encontra o critério total de um PP específica, para indicar um indivíduo que encontra o critério para PP que não é incluído na classificação oficial (ex. PP depressiva ou passivo-agressiva); ou para indicar que uma pessoa com PP, mas que pela limitação de informação impede uma melhor descrição (Verheul et al., 2007). Indivíduos com PDNOS têm disfunção considerável, mas o diagnóstico por si só não comunica nenhuma informação sobre a natureza da disfunção da PP: Em

contraste, a proposta do DSM-V fornece cobertura para todos os doentes com disfunção de personalidade, mesmo para aqueles que não encontram critério para um tipo específico. **Baixa validade convergente.** Provavelmente o problema mais sério com o sistema de diagnóstico de PP actual é a dificuldade de operacionalização de um critério, o que resultou numa convergência não aceitável de validade dentro das avaliações das PP. Muitos dos estudos foram conduzidos com avaliações diferentes das PP, os participantes dos estudos foram grupos muito heterogéneos. Em contraste, o proposto pelo DSM-V é baseado numa investigação extensiva da literatura de investigação que a origem tem mais de cem anos, culminando nos dias de hoje numa hierarquia de traços de personalidade consensuais, altamente robustos (Markon et al., 2005). Para além disso, esta estrutura mostrou-se invariável dentro de populações clínicas e não clínicas (O'Connor, 2002<sup>a</sup>). (52)

### LIMITAÇÕES DSM-V

O modelo dimensional da psicopatologia de personalidade torna a co-ocorrência de PP e a sua heterogeneidade mais racional porque eles incluem múltiplas dimensões nas quais cada pessoa pode variar. A configuração de escalas dimensões descreve cada personalidade individual, várias configurações multidimensionais são possíveis. O modelo dimensional de traços foi desenvolvido para descrever o espectro total de traços de personalidade, de maneira a que fosse possível descrever qualquer pessoa. (4)

O modelo dimensional, no entanto, não é familiar para os médicos, em que um único conceito de diagnóstico é usado para comunicar uma grande quantidade de informação clínica importante sobre os problemas do doente, o tratamento necessário, e o prognóstico provável. Os modelos dimensionais também são mais difíceis de se usar: mesmo a avaliação mais recente revista do DSM-V requer 25 dimensões para descrever a personalidade da pessoa. Finalmente, existe muito pouca informação empírica no tratamento ou em outras implicações clínicas na elevação de escalas dimensionais e, em particular, onde colocar os “cut-points” nas escalas dimensionais para maximizar a utilidade clínica. (4)

Estudos revelam uma correlação do PPN com traços como hostilidade, perseveração, desconfiança, manipulação, insensibilidade, e desregulação perceptual. O DSM-V “Personality and Personality Disorder Work Group” fez questão de limitar os traços partilhados entre os distúrbios (ex. narcisista e antisocial) para diminuir a sua sobreposição num esforço de lidar com a comorbidade desenfadada que é encontrada entre as PP no DSM-IV. Existe um custo potencial nesta aproximação, uma vez que omite traços que são centrais na construção de PP e por isso diminui a validade de construção desses diagnósticos. (3) É importante lembrar que o conhecimento de mais de um século deu origem ao sistema do DSM e não ao contrário, a eliminação de tipos de PP pode ser demasiado restritiva. (3) Os tipos de PP existentes tinham utilidade clínica e relevância terapêutica (Gunderson 2010, Shelder et al. 2010) ou tinham “valor heurístico” (Costa & McCrae

2010, Pilonis et al. 2011). Tem sido destacado que uma limitação de base de pesquisa não significa falta de utilidade (Gunderson 2010) e que não deve ser um critério para eliminação de PP (Shelder et al. 2010). Ronnigstam (2011) achou que a representação do PP narcisista era disperso (entre domínios) de uma maneira que interferia com a percepção de um conceito integrado, com significado clínico, que falhava em reconhecer traços importantes, e que incluíam traços com definições que não eram nem clinicamente significativas, nem empiricamente representativas. Pincus (2011) também disse que os traços propostos para o PP narcisista eram demasiado estreitos, acreditou que algumas das definições dos traços eram confundidas com elementos interpessoais, e verificou que havia pouca base empírica na reconstrução dos tipos eliminados para os traços. Tanto Widiger (2011b) como Shelder et al. (2010) acharam que o sistema de traços era muito complexo. (41)

## **ALTERNATIVAS**

Segundo Bornstein (53) devia ser criado um especificador de diagnóstico para o PPN que reconhecesse o grau de narcisismo vulnerável está presente num indivíduo (por ex. PPN com características vulneráveis). Reconhecendo esta diferença poderíamos reconhecer que estes indivíduos se iriam comportar de forma diferente em certos contextos, apresentam etiologia diferente para a sua perturbação e requerem modalidades de tratamento diferentes. O estudo mostrou que um doente com PPN vulnerável irá manifestar um leque de sintomas psicopatológicos muito mais amplo comparado com o conjunto mais estreito de problemas visto nas formas de narcisismo grandioso. (51)

Os três passos do modelo de diagnóstico de PP usado por Bornstein (1998) e Bornstein e Huprich (2011) segundo o estudo, pode ser uma alternativa prometedora ao usado pelo DSM-V PPD Work Group: (53)

### **PASSO 1:**

Atribuir a cada doente uma avaliação dimensional única do nível geral de disfunção de personalidade. Os estudos sugerem que o melhor predictor de prognóstico a longo termo das PP é a severidade (não o tipo) de patologia de personalidade. Por isso, o diagnóstico de PP devia começar por atribuir uma escala geral única de disfunção de personalidade. Estruturalmente a escala usada para este fim é modulada a partir escala GAF usada no DSM-IV-TR. (53)

Porque a disfunção de personalidade é determinada de forma mais estreita do que o funcionamento global psicológico GAF (que é influenciado por um amplo espectro de variáveis ambientais e socioeconómicas assim como factores predisponentes), o uso de uma escala mais restritiva multidimensional seria útil. Assim, ao contrário do GAF (em que a escala é feita num contínuo de 100 pontos) a “Personality Pathology Rating Scale” (PPRS) usa um contínuo de 50 pontos, com pontuação menor a reflectir maior disfunção. A PPRS (tabela 2) apresenta 4

características principais na patologia de personalidade descrito pela DSM-IV-TR: cognição distorcida, afectividade inapropriada, funcionamento interpessoal disfuncional, e dificuldade de controlo de impulsos. (53)

---

50	Percepções do “self” e dos outros são de uma forma geral precisas, a amplitude e intensidade da afectividade é apropriada para o “background” e cultura do doente, as relações são estáveis e experienciadas como satisfatórias, o controlo de impulsos e tolerância a afectos são bons.
41	
40	Percepções do “self” e dos outros são distorcidas, a amplitude e/ou intensidade da afectividade difere do que é esperado baseado no “background” e cultura do doente, a maior parte das relações são estáveis e satisfatórias, com dificuldade significativa em certas relações, controlo de impulsos e tolerância a afectos são em geral bons.
31	
30	Percepções do “self e dos outros são significativamente distorcidas ou variáveis ao longo do tempo, a amplitude e/ou intensidade da afectividade difere significativamente do que é esperado baseado no “background” e cultura do doente, muitas relações são ou instáveis ou não satisfatórias, o controlo de impulsos e tolerância a afectos está afectado.

---

---

21	
20	Percepções do “self” e dos outros estão significativamente distorcidas e variáveis ao longo do tempo, a amplitude e/ou intensidade da afectividade difere significativamente do que seria de esperar baseado no “background” e cultura do doente e causam conflito interpessoal e “distress”, a maior parte ou todas as relações são instáveis ou não satisfatórias, o controlo de impulsos e tolerância a afecto estão significativamente afectados.
11	
10	O doente mostra distorções grosseiras da percepção do “self” e dos outros, afectividade inapropriada numa gama ampla de situações, relações instáveis e/ou conflituosas, baixo controlo de impulsos e inabilidade em tolerar ou modular efectivamente o afecto.

---

**Tabela 2** – “The Personality Pathology Rating Scale” adaptado de (53)

PASSO 2: Avaliar a intensidade e disfunção de cada dimensão de PP separadamente. (53)

Esta aproximação tem a vantagem de distinguir a intensidade da PP da disfunção da PP, o que fornece ao clínico a nuance e perspectiva clínica útil da dinâmica de personalidade do doente. Uma vez que é possível que o sintoma de PP seja extremamente intenso (ex., obsessões intensas), mas que este sintoma não leve a disfunção severa ou desconforto subjectivo (ex. o doente encontra-se numa profissão em que o comportamento obsessivo é recompensado). Por outro lado, um doente com sintomas de PP poderá apresentar sintomas leves (ex. comportamento evitativo moderado) e no entanto, apresentar disfunção significativa (ex. isolamento social, incapacidade para iniciar ou continuar uma relação íntima). (53)

A intensidade e disfunção são avaliadas numa escala de 9 pontos, com os maiores valores a reflectir maior intensidade de sintomas e disfunção severa. Só as dimensões de PP em que o doente recebe uma intensidade ou disfunção maior que 0 é que seria incluída no diagnóstico. (53)

PASSO 3: Ter em atenção qualquer traço de personalidade que aumente adaptação e funcionamento. (53)

Como muitos clínicos e investigadores notaram, muitos traços de personalidade e comportamentos aumentam a adaptação e funcionamento em certas circunstâncias. A teatralidade do histriónico poderá ser um problema no trabalho, mas ser adaptativo em determinadas situações sociais. O perfeccionismo obsessivo não só está associado com aumento do risco de depressão, mas também com aumento de motivação de aquisição e maior probabilidade de sucesso na carreira. Altos níveis de dependência interpessoal leva a um sobreuso dos serviços de saúde, mas também predizem uma procura médica mais atempada após início dos sintomas, com maior probabilidade de detecção precoce e intervenção bem sucedida. Porque o diagnóstico de PP tem como função ajudar o clínico a ter decisões informadas no que diz respeito a estratégias de tratamento e predição precisa no que diz respeito a sintomas e o curso da síndrome, o eixo II devia incluir informação no que diz respeito a adaptação e disfunção. (53)

Assim depois de avaliar a intensidade e disfunção de cada dimensão da PP, o clínico lista os traços relacionados com a PP e comportamento que aumentam adaptação (ex. teatralidade histriónica, perfeccionismo obsessivo, procura de ajuda do dependente), assim como os domínios de funcionamento que aumentam cada traço (ex. interpessoal, intrapessoal, ocupacional, sexual, físico ou relacionado com saúde). Esta lista de traços adaptativos e domínios é estruturalmente similar à lista de “Psychosocial and Environmental Problems” que é usada no eixo IV. A inclusão desta informação não só reforça a ligação entre função saudável e patológica de personalidade (uma ligação que não é explícita no DSM), mas também formaliza os achados bem estabelecidos de que os traços de personalidade influenciam o comportamento humano em situações específicas. É verdade que certas variações extremas de personalidade sejam quase inteiramente maladaptativas (ex. patologia borderline severa), mas é mais comum um traço ser adaptativo em certos contextos e problemático em outros. A informação de que um doente com PP tem características adaptativas pode ser útil, por exemplo saber que um doente com PPN tem um bom controlo de impulsos abre caminho a intervenções possíveis que não seriam úteis se não tivesse esse controlo. (53)

Exemplos de diagnóstico de PP feitos através de um modelo multidimensional proposto por Bornstein (1998) e Bornstein e Huprich (2011) estão disponíveis. Porque o modelo proposto implica que o clínico dê mais informação do que o incluído no eixo II, os diagnósticos são mais trabalhosos no modelo proposto. O esforço, no entanto, é recompensado pela utilidade clínica. Exemplos seriam idênticos aos expostos: (53)

PPRS=41

Narcisista: Intensidade =3, disfunção =2

Adaptativo: Auto-confiança (interpessoal, sexual, ocupacional)

Sentimento de superioridade (interpessoal, sexual)

Um diagnóstico mais complicado do eixo II seria:

PPRS= 24

Dependência: Intensidade =7, disfunção =5

Borderline: Intensidade = 4, disfunção = 5

Histeriônico: Intensidade =3, disfunção = 2

Adaptativo: Cooperatividade/Conformidade (ocupacional)

Sociabilidade (interpessoal, sexual, ocupacional)

Sedução (interpessoal, sexual)

Segundo o artigo este modelo multidimensional apresenta, pelo menos, 5 vantagens sobre o DSM-IV e o proposto no DSM-V PPD Work Group: **Menor co-morbilidade.** Um objectivo principal dos DSM-V PPD Work Group era reduzir o excesso de sobreposição entre PP. Como os doentes recebem escalas em todas as dimensões de PP (nível de síndrome), o problema de co-morbilidade é menos acentuado. Alguns doentes irão apresentar características de uma PP (alguns mostrarão características de 2 ou 3, e outros poderão apresentar características de mais ou de nenhuma). A co-morbilidade “per si” não constitui um problema. **Maior flexibilidade.** Apesar de o modelo multidimensional como foi desenhado primariamente apresentar as 10 dimensões usadas no DSM-IV e continua a usar as 10 dimensões na sua forma mais recente, o modelo não está preso a nenhuma formatação particular de traços de personalidade ou síndromes de PP. Se um título de PP (ex. evitante) mostrar ser de valor limitado pode ser largado sem alterar a estrutura fundamental do modelo multidimensional. Se dimensões adicionais de PP (ex. auto-destruidor, sádico) provarem ter utilidade clínica, poderão ser adicionados sem alterar a estrutura básica do modelo. **Diagnóstico com maior nuance e mais informativo.** O uso de escalas separadas de intensidade e disfunção das PP aumenta o nível de informação que cada diagnóstico de PP apresenta, levando a uma maior nuance do doente, e sugerindo pontos importantes de início de tratamento (ex. os comportamentos de PP que estão mais associados a disfunção). O prognóstico clínico e plano de tratamento podem ser melhorados. O impacto diferencial de qualquer intervenção na intensidade do PP e disfunção poderão ser avaliados usando o modelo multidimensional. É possível, por exemplo, que um tratamento particular reduza a intensidade de um doente com sintomas histeriônicos mas que tenha um impacto mais modesto no nível de disfunção funcional associado a esses sintomas (ou vice-versa). Para alguns doentes (e certas PP), intervenções separadas poderão ser necessárias para

reduzir a intensidade dos sintomas e diminuir a disfunção relacionada com as PP. **Uso de métrica comum para todas as PP.** O modelo multidimensional representa um potencial de melhoramento do modelo do DSM-V PPD Work Group, porque a disfunção geral (ex. PPRS) e intensidade da PP e disfunção são feitos num contínuo, o acesso à PP num modelo multidimensional circunscreve uma dificuldade chave do modelo PPD. Certos síndromes são diagnosticados categoricamente e outros são representados por escala de traços. O modelo multidimensional facilita uma comparação directa com antecedentes, correlacionados, e consequências dos diferentes PP (ex. evitante e esquizoide) de uma forma que o modelo PPD Work Group não consegue. **Reabilidade interdiagnóstica aumentada.** Também aumenta o rigor metodológico do tratamento e prognóstico das PP. Quando a eficácia do tratamento é operacionalizada em termos de remissão diagnóstica (ex. redução da sintomatologia), um tratamento poderá apresentar um impacto similar em dois doentes diferentes (ex. uma redução significativa em 3 sintomas de PP), mas ser muito eficiente num determinado doente (que passa de 7 sintomas para 4), mas não para o outro (que passa de 8 sintomas para 5, e ainda tem critérios de diagnóstico). Estes problemas de prognóstico não são obtidos quando uma escala de PP dimensional é usada. (53) Outras vantagens que nos parecem importantes incluem: não há abandono de nenhuma PP e de toda a investigação implicada e maior familiaridade do método de diagnóstico para os clínicos.

## CONCLUSÕES

A abordagem teórica da PPN leva-nos a pensar que será recomendável que a literatura teórica clínica e de psicoterapia termine com a proliferação de subtipos e que comece a gerar literatura mais integrada e estandardizada no tratamento de narcisismo patológico em torno dos subtipos grandioso e vulnerável que parecem integrar a expressão fenotípica do narcisismo patológico.

Assim como no DSM-IV, a avaliação do PPN no DSM-V atribui maior atenção e ênfase na avaliação e diagnóstico dos problemas relacionados com o narcisismo grandioso do que com o narcisismo vulnerável. Esta decisão manifesta-se pela dependência em dois traços do domínio do antagonismo e nenhum do domínio da afectividade negativa para a avaliação do PPN no DSM-V. A inclusão dos outros 23 traços do PID5 só explicou uma variação de 7% na predição do narcisismo grandioso comparado com 35% do narcisismo vulnerável.

No DSM-IV o subtipo vulnerável é proeminentemente incluído no texto descritivo correspondendo ao critério explícito mas não descreve em termos de sintomas. De igual modo, o DSM-V, descreve o subtipo vulnerável no diagnóstico do “self” e disfunção interpessoal (critério A) mas, não nas características reais usadas no critério B. Esta escolha em continuar a tradição do DSM-IV não é ótima, como algumas escolas do narcisismo argumentam que o narcisista vulnerável é uma parte fundamental do distúrbio (Morf & Rhodewalt, 2001; Pincus & Lukowitsky, 2012; Ronningstam, 2009) e existe informação que um “cluster” frágil ou vulnerável de indivíduos com PPN pode ser encontrado na população de doentes (ex. Russ, Shedler, Bradley, & Weten, 2008). Existe

uma desconexão explícita entre o conteúdo do critério A, que reconhece tanto o narcisismo vulnerável como o grandioso e o critério B, que reconhece apenas o grandioso. Como resultado irá haver, muito provavelmente, heterogeneidade significativa nos tipos de indivíduos que são diagnosticados com PPN no DSM-V.

A informação adicional contida no diagnóstico de PP usando o modelo multidimensional proposto poderá levar a base de dados mais rica e mais informativa, com conexões mais fortes com a investigação feita sobre patologia de personalidade. Aplica informação clínica e não clínica, permite avaliar o progresso terapêutico em dimensões independentes, apresenta maior grau de familiaridade para os clínicos apesar de poder ser também um modelo trabalhoso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Shea, M. T. et al. (1992). "Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 857-868.
- (2) Skodol, A. (1989). "Problems in differential diagnosis: From DSM-III to DSM-III-R in clinical practice". Washington, DC: American Psychiatric Press.
- (3) Aaron L.Pincus (2011). "Some Comments on Nomology, Diagnostic Process, and Narcissistic Personality Disorder in the DSM-5 Proposal for Personality and Personality Disorders" *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, Vol. 2, No.1, 41-53.
- (4) Andrew E. Skodol (2012). "Personality Disorders in DSM-5", *Annual Review of Clinical Psychology*, 8:317-44.
- (5) Torgersen S. et al. (2000), "A twin study on personality disorders. *Compr. Psychiatry*, 41:416-425;
- (6) Reich J. et al. (1989) "Prevalence of DSM-III, personality disorders in the community", *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 24: 12-16;
- (7) Millon, Theodore (1996). "*Disorders of Personality: DSM-IV-TM and Beyond*". New York: John Wiley and Sons. p. 393
- (8) Gunderson J. et al. (1991) "Narcissistic personality disorder: a review of data on DSM-III-R descriptions". *J. Person. Disord.*, 5:167-177.
- (9) Morey L.C. (1988) "Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R; an examination of convergence, coverage, and internal consistency". *Am. J. Psychiatry*, 145: 473-577;
- (10) Millon, Theodore (2004), "Personality Disorders in Modern Life", second edition, John Wiley & Sons;
- (11) Turley B. et al. (1992), "MCMI-II personality disorders in recent-onset bipolar disorders", *J. Clin. Psychol.*, 48:320-329;

- (12) Hart S.D. et al. (1998), "The association between psychopathy and narcissism – Theoretical views and empirical evidence. IN Disorders of Narcissism – Diagnostic, Clinical and Empirical Implications" (ED. E. Ronningstam), pp. 415-436. American Psychiatric Press, Washington.
- (13) Vaglum P. (1999) "The narcissistic personality disorder and addiction. In treatment of Personality Disorders" (Eds J. Derken, C. Maffei, H. Groen), pp. 241-253. Kluwer/Plenum, New York.
- (14) Steiger H. et al. (1997) "A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa". *Int. J. Eat. Disord.*, 22:173-178.
- (15) Ronningstam E. (1992) "Pathological narcissism in anorexic subjects". Presented at the American Psychiatric Association 145<sup>th</sup> Meeting, Washington, May7.
- (16) Thomaes S et al. (2009) "What makes narcissists bloom? A framework for research on the etiology and development of narcissism". *Dev Psychopathol*;21:1233-1247.
- (17) Livesley WJ et al. (1993), "Genetic and environmental contributions to dimensions of personality-disorder". *Am J Psychiatry* 1993;150:1826-1831.
- (18) Vaknin, Sam (2003). "Malignant Self-love: Narcissism Revisited", 1<sup>o</sup> edition, Prague & Skopje;
- (19) Cain N. et al. (2008). "Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis", 28: 638-656.
- (20) Aaron L. et al.(2010), "Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder", *Annural Review of Clinical Psychology*, 6:421-46.
- (21) Ziegler-Hill V. (2008). "Narcissistic Subtypes and Contigent Self-Esteem: Do All Narcissists Base Their Self-Esteem on the Same Domains?", *Journal of Personality*, 76:4.
- (22) Ellis H. (1898) "Auto-erotism: a psychological study". *Alienist and Neurologist*, 19: 260-299.
- (23) Nacke P. (1899) "Die sexuellen perversitäten in der irrenanstalt". *Psychiatriche en Neurologische Bladen*, 3.
- (24) Kernberg, O.F. (1983) "Clinical aspects of narcissism". Presented at the Grand Rounds, Cornell University Medical Center, Wetchester Division, September 9.
- (25) Kernberg O.F. (1985) "Clinical diagnosis and treatment of narcissistic personality disorder". Presented at the Meeting of Swedish Association for Mental Health, Stockholm, August, 28.
- (26) Millon, T. (1998). "DSM narcissistic personality disorder: Historical reflections and future directions." In E. Ronningstam (Ed.), "Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications" (pp. 75–101). Washington DC: American Psychiatric Press.
- (27) Kealy D. (2011). "Narcissistic Interpersonal Problems in Clinical Praticce", *Harv Rev Psychiatry*, volume 19, N. 16.
- (28) Jean M. et al (2009) "The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement".
- (29) Beck A., Freeman A. (1990) "*Cognitive Therapy of Personality Disorders.*" Guilford, New York.

- (30) Young J., Flanagan C. (1998) "Schema-focused therapy for narcissistic patients." In Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications (Ed. E. Ronningstam), pp. 239-267. American Psychiatric Press, Washington.
- (31) Oldham J. (1988) "Brief treatment of narcissistic personality disorder." J. Person. Disord., 2:88-90.
- (32) Roth B. (1998) "The narcissistic patient in group psychotherapy – containing affects in the early group." In Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications (Ed. E. Ronningstam), pp 221-237. American Psychiatric Press, Washington;
- (33) Solomon M. (1998) "Manifestations and treatment of narcissistic disorders in couples therapy." In Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications (ED. E. Ronningstam), pp. 269-293. American Psychiatric Press, Washington.
- (34) Beaumont E. (1998) "Treatment of narcissistic disorders in the intensive psychiatric milieu." In Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications (Ed. E. Ronningstam), pp.195-219. American Psychiatric Press, Washington.
- (35) Hunt W. (1995) "The diffident narcissist: a character-type illustrated in The Beast in the Jungle by Henry James. Int. J. Psychoanal., 76: 1257-1267.
- (36) Kohut H. (1966) "Forms and transformations of narcissism". Am J. Psychother., 14: 243-271.
- (37) Fiscalini J. et al. (1993) "Narcissism and the Interpersonal Self." Columbia University Press, New York.
- (38) Ronningstam E. et al. (1997) "Working with narcissistic personalities." In Directions in Clinical and Counseling Psychology, Vol. 7, Lesson 9, pp.1-16. Hatherleigh, New York.
- (39) Jamison K. R. et al. (1983) "Medication compliance in patients with bipolar disorder." Psychiatr. Clin. North Am., 6: 175-192.
- (40) American Psychiatric Association, DSM-V Development Web site. <http://www.dsm5.org>
- (41) Gunderson J. (2010), Commentary on "Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology". Personal Disord; 1(2):119-122.
- (42) Pilkonis PA et al. (2011), "Striking the (im)proper balance between scientific advances and clinical utility": commentary on the DSM-5 proposal for personality disorders. Personal Disord.;2(1): 68-82.
- (43) Clarkin JF et al. (2011) "Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility?" J Pers Disord. ; 25(2): 192-205.
- (44) Widiger TA. (2011) "The DSM-5 dimensional model of personality disorder: rationale and empirical support. J Pers Disord.; 25(2):222-234.
- (45) Widiger TA. (2011) "A shaky future for personality disorders." Personal Disord. ;2(1): 54-67.

- (46) Bornstein RF. (2011), "Reconceptualizing personality pathology in DSM-5: limitations in evidence for eliminating dependent personality disorder and other DSM-IV syndromes." *J Pers Disord*, 25(2):235-247.
- (47) Ronningstam (2011), "E. Narcissistic personality disorder in DSM-V – in support of retaining a significant diagnosis." *J Pers Disord.*; 25(2):248-259.
- (48) Zimmerman M. (2011) "A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5." *J Pers Disord.*;25(2):206-221.
- (49) Skodol AE. (2011) "Revision of the personality disorder model for DSM-5" [letter]. *Am J Psychiatry*;168(1):97.
- (50) Morey L. et al. (2012). "Narcissistic Pathology as Core Personality Dysfunction: Comparing the DSM-IV and the DSM-5 Proposal for Narcissistic Personality Disorder", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 68(8), 908-921.
- (51) Miller J. et al (2012), "Grandiose and Vulnerable Narcissism and the DSM-V Pathological Personality Trait Model", *Journal of Personality Assessment*.
- (52) American Psychiatry Association, "Rationale for the Proposed Changes to the Personality Disorders Classification in DSM-5", <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>, consultado a 10/12/2012.
- (53) Bornstein R. (2011), "Toward a Multidimensional Model of Personality Disorder Diagnosis: Implications of DSM-5", *Journal of Personality Assessment*, 93:4, 362-369.

## **ANEXOS**

I – Formulário de avaliação de traços de Personalidade do DSM-V para clínicos.

II – Critérios de diagnóstico do DSM-IV e DSM-V para Perturbações de Personalidade e para Perturbação de Personalidade Narcisista.

## I - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE DO DSM-5 PARA CLÍNICOS

Nas páginas que se seguem estão descritas definições de cinco domínios de traços de personalidade amplos seguidos de definições de *facetas específicas* de acordo com cada domínio. Todos os níveis de traços dos doentes caem algures num destes domínios de traços, que vão desde “totalmente não descritivo” a “extremamente descritivo”.

Alguns traços de personalidade são facilmente sumarizados por um único traço, outros são mais complexos. A extensão que cada doente é afectado por um traço definido é determinada pela escala mostrada mais abaixo. O exemplo mostrado é o segundo domínio de traços, Distanciamento (“*Detachment*”). Por favor leia a definição do domínio, pense sobre o doente e depois faça a avaliação e decida em que extensão cada característica define o doente.

Dependendo do papel da personalidade na clínica do doente, você poderá avaliar os traços de três maneiras:

- (1) Apenas pelos cinco domínios para uma visão global da personalidade,
- (2) Todos os traços para uma compreensão do perfil de personalidade, ou
- (3) Os cinco domínios, seguidos pelos traços comprometendo cada uma das características que descrevem o doente em “2 – moderadamente descritivo” ou “3 – extremamente descritivo”.

Por favor avalie a personalidade usual do doente, como o doente é na maioria do tempo.

**Exemplo:** Domínio de distanciamento: “*withdrawal*” das outras pessoas e de interações sociais.

0	1	2	3
Muito pouco ou nada descritivo	Levemente descritivo	Moderadamente descritivo	Extremamente descritivo

Para este traço avalie a extensão a que o paciente demonstra “*withdrawal*” das outras pessoas e das interações sociais. Algumas manifestações típicas (facetas) incluem restrição de afectividade, depressividade, suspeição, “*withdrawal*”, anedonia, evitação de intimidade; a definição destas facetas mais específicas deve ser revista na avaliação do domínio de distanciamento e avaliadas individualmente para fornecer um perfil compreensivo de personalidade se o tempo permitir. Se a definição descreve o doente muito pouco ou nada, ou é apenas levemente descritivo, classifique em 0 ou 1,

respectivamente, enquanto que, se a definição descreve o doente moderadamente ou extremamente bem, avalie em 2 ou 3, respectivamente.

### Visão Global de Personalidade

A seguir estão descritos os cinco domínios e os traços específicos. Por favor reveja a definição mais específica e detalhada dos traços na avaliação global dos domínios e faça um perfil de personalidade compreensivo se o tempo permitir.

0	1	2	3
Muito pouco ou nada descritivo	Levemente descritivo	Moderadamente descritivo	Extremamente descritivo
_____ <b>Afectividade negativa</b>	Experiencia emoções negativas frequentemente e intensamente		
_____ <u>Traços</u>	Labilidade emocional, ansiedade, insegurança de separação, perseveração, submissão, hostilidade, depressividade, suspeição, afectividade restrita (ou falta de).		
_____ <b>Distanciamento</b>	“withdrawal” dos outros e de interacções sociais.		
_____ <u>Traços</u>	Afectividade restrita, depressividade, suspeição, “withdrawal”, anedonia, evitação de intimidade.		
_____ <b>Antagonismo</b>	Ter comportamentos que fazem com que a pessoa entre em conflito com outras.		
_____ <u>Traços</u>	Manipulação, engano, grandiosidade, procura de atenção, insensibilidade, hostilidade.		

_____ <b>Desinibição</b>	Ter comportamentos de impulso, sem reflectir nas consequências.
	Nota: a compulsividade é oposto da desinibição e, se presente, deve ser registada no traço perfeccionismo rígido na ausência de outros traços de desinibição.
<u>Traços</u>	Irresponsabilidade, impulsividade, distractibilidade, “risk taking”, perfeccionismo rígido (ou falta de).
_____ <b>Psicoticismo</b>	Experiências bizarras ou pouco usuais.
<u>Traços</u>	Crenças e experiências pouco usuais, excentricidade, desregulação cognitiva e perceptual.

### **Perfil de Personalidade Compreensivo**

Os vinte e cinco traços específicos que compreendem cada domínio.

0	1	2	3
Muito pouco ou nada descritivo	Levemente descritivo	Moderadamente descritivo	Extremamente descritivo

**Afectividade negativa:** experiencia emoções negativas frequentemente e intensamente.

Nota: a afectividade restrita é listada no domínio do Distanciamento, mas uma ausência deste traço – ex. uma tendência para apresentar fortes reacções a situações que despertem a parte emocional, também devem ser avaliadas no domínio da afectividade negativa.

_____ <b>Labilidade emocional</b>	Experiências emocionais instáveis, e mudanças de humor rápidas, emoções que são facilmente despertadas, intensas, e/ou fora de proporção para os eventos ou circunstâncias.
-----------------------------------	---

_____ <b>Ansiedade</b>	Sentimento intenso de nervosismo, tensão ou pânico em reacção a diversas situações, preocupação dos efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e possibilidade de experiências negativas no futuro, sentir-se assustado, apreensivo, ou ameaçado pela incerteza, medo de desmoronar, perder o controlo ou constrangimento.
_____ <b>Insegurança de separação</b>	Medos de rejeição de – e/ou separação de – alguém significativo, associado com medos de excesso de dependência e completa perda de autonomia.
_____ <b>Perseveração</b>	Persistência de tarefas muito depois de o comportamento ter terminado de ser funcional ou efectivo, continuar a ter o mesmo comportamento depois de falhas repetidas.
_____ <b>Submissão</b>	Adaptação do comportamento a interesses e desejos de outros.
_____ <b>Hostilidade</b>	Sentimentos persistentes e frequentes de hostilidade, ira ou irritabilidade em resposta a desconsiderações minor e insultos; comportamento desagradável ou vingativo.
_____ <b>Depressividade</b>	Sentimentos frequentes de se sentir em baixo, miserável e/ou sem esperança, dificuldade em recuperar desse humor; pessimismo sobre o futuro, vergonha persistente, sentimentos de baixa auto-estima, pensamentos de suicídio e comportamento suicida.
_____ <b>Suspeição</b>	Expectativas de – e sensibilidade aumentada para – sinais de má intenção ou dano interpessoal, dúvidas sobre a fidelidade dos outros, sentimentos de perseguição.

**Distanciamento:** “withdrawal” de outras pessoas e de interações sociais.

Nota: Porque já foram avaliados anteriormente, como parte da Afectividade Negativa, a Depressividade e Suspeição não estão listados novamente neste domínio, mas devem ser avaliados como parte do domínio.

_____ <b>Afectividade restrita</b>	Pouca reacção a situações despertadoras de emoções, experiência emocional constricta, indiferença ou frieza.
_____ <b>“Withdrawal”</b>	Preferência por estar sozinho a estar com os outros, reticência a situações sociais, falta de iniciação para contacto social.
_____ <b>Anedonia</b>	Falta de prazer em, envolver-se em ou energia para experiência vivenciais, dificuldade em sentir prazer ou interesse em actividades ou coisas.
_____ <b>Evitação de intimidade</b>	Evitação de relações românticas próximas, ligação interpessoal, e relações íntimas sexuais.

**Antagonismo:** envolver-se em comportamentos que coloquem as outras pessoas em conflito.

Nota: porque foi avaliada anteriormente, como parte da Afectividade Negativa, a Hostilidade não é listada novamente, mas deve ser avaliada como parte do domínio.

_____ <b>Manipulação</b>	Uso frequente de subterfúgio para influenciar ou controlar os outros, uso de sedução, charme, loquacidade para atingir objectivos.
_____ <b>Engano</b>	Deturpação desonesta e fraudulenta do “self”, embelezamento ou fabricação.
_____ <b>Grandiosidade</b>	Sentimentos de “entitlement”, quer “overt” quer “covert”, egocêntrica, acreditar firmemente que o “self” é melhor que os outros.

\_\_\_\_\_ **Procura de atenção** Tentativas excessivas para atrair ou ser o foco da atenção dos outros, procura de admiração.

\_\_\_\_\_ **Insensibilidade** Falta de preocupação pelos sentimentos e problemas dos outros, falta de culpa ou remorso sobre o efeito negativo da acção do “self” nos outros, agressão, sadismo.

**Desinibição:** envolvimento em comportamentos de impulso, sem reflectir em consequências futuras.

\_\_\_\_\_ **Irresponsabilidade** Desconsideração por – e falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações e compromissos; falta de respeito por – e falha em acompanhar – acordos e promessas.

\_\_\_\_\_ **Impulsividade** Actuar no pico do momento em resposta a estímulo imediato, actuar numa base momentânea sem um plano ou consideração das consequências, uma sensação de urgência e de prejuízo do “self” dentro de “distress” emocional.

\_\_\_\_\_ **Distratibilidade** Dificuldade em se concentrar e se focar em tarefas, a atenção é facilmente desviada por estímulos externos, dificuldade em manter comportamento focado em metas.

\_\_\_\_\_ **“Risk taking”** Envolvimento em actividades perigosas, arriscadas, que podem potencialmente provocar dano no “self”, sem necessidade e sem ter em consideração as consequências, tendência para aborrecimento e início de actividades irreflectidas para combater o aborrecimento; falta de preocupação com as limitações do “self” e negação da realidade de dano pessoal.

\_\_\_\_\_ **Perfeccionismo Rígido** (ou falta de) Insistência rígida de tudo ser sem erro, perfeito, sem falhas, incluindo a performance do próprio e dos outros, sacrifício de oportunidades para garantir que tudo é correcto em cada detalhe da vida; acreditar que só existe uma maneira certa de se fazer as coisas, dificuldade em mudar de ideias e/ou ponto de vista, preocupação com o detalhe, organização, ordem.

**Psicoticismo:** Experiências pouco usuais ou bizarras.

\_\_\_\_\_ **Crenças/Experiências pouco usuais** Conteúdo do pensamento que é visto pelos outros como bizarro ou idiosincrático, experiências pouco usuais da realidade.

\_\_\_\_\_ **Excentricidade** Comportamento ou aparência estranha, pouco usual ou bizarra, dizer coisas pouco usuais ou inapropriadas.

\_\_\_\_\_ **Desregulação Cognitiva e Perceptual** Processo mental estranho ou pouco usual, pensamento ou discurso vago, circunstancial, metafórico, demasiado elaborado ou estereotipado; experiências estranhas em várias modalidades sensoriais.

Adaptado de American Psychiatric Association (2010), [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org), consultado a 10/02/2013.

II - Critérios de diagnósticos gerais para Perturbação de Personalidade	
DSM-IV	DSM-V (Revisto em Junho de 2011)
<p>A. Um padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do que é esperado para a cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cognição (ex., maneira de perceber e interpretar o “self”, outras pessoas e eventos).</li> <li>2. Afectividade (ex., a amplitude, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).</li> <li>3. Funcionamento interpessoal.</li> <li>4. Controlo de impulsos.</li> </ol> <p>B. O padrão duradouro é inflexível e persuasivo dentro de uma ampla gama de situações pessoais e sociais.</p> <p>C. O padrão duradouro leva a “distress” clínico significativo ou dificuldades em áreas de funcionamento sociais, ocupacionais e outras importantes.</p> <p>D. O padrão é estável e de longa duração, e o seu início pode remontar à adolescência ou início da vida adulta.</p> <p>E. O padrão duradouro não é melhor explicado por uma manifestação ou em consequência de outra doença mental.</p> <p>F. O padrão duradouro não se deve ao efeito fisiológico directo de uma substância (ex., abuso de drogas, medicação) ou a outra doença médica (ex., TCE)</p>	<p>As características essenciais de uma perturbação de personalidade são disfunção no funcionamento da personalidade (“self” e interpessoal) e a presença de traços de personalidade patológicos. Para fazer o diagnóstico de uma perturbação de personalidade os seguintes critérios devem ser encontrados:</p> <p>A. Disfunção significativa no funcionamento do “self” (identidade ou direcção do “self”) e interpessoal (empatia ou intimidade).</p> <p>B. Um ou mais domínios ou traços de personalidade patológica.</p> <p>C. A disfunção no funcionamento da personalidade e na expressão de traços de personalidade é relativamente estável ao longo do tempo e consistente em várias situações.</p> <p>D. A disfunção no funcionamento da personalidade e a expressão de traços de personalidade não são melhor compreendidos como normativos para o estágio de desenvolvimento do indivíduo e ambiente sociocultural.</p> <p>E. A disfunção no funcionamento da personalidade e a expressão de traços de personalidade não se devem unicamente ao efeito fisiológico de substâncias (ex. abuso de drogas, medicação) ou a uma a outra doença médica (ex. TCE)</p>

II - Critérios de diagnósticos da Perturbação de Personalidade Narcisista

DSM-IV

DSM-V (Revisto em Junho de 2011)

A. Um padrão generalizado de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração, e falta de empatia, começando no início da vida adulta e que está presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

1. Têm uma sensação de grandiosidade de importância do “self” (ex. exagero na descrições de aquisições e talentos, espera ser reconhecido como superior sem aquisições proporcionais).
2. Está preocupado com fantasias de ilimitado sucesso, poder, brilho, beleza ou amor ideal.
3. Acredita ser “especial” e único e que só pode ser compreendido por, ou deve associar-se a, outros especiais ou de status elevado (ou instituições).
4. Necessita de admiração excessiva.
5. Tem uma sensação de “entitlement”, ex. expectativas irracionais de tratamento favorável ou conformidade automática com as suas expectativas.
6. Explora interpessoalmente os outros, ex. tira vantagem dos outros para atingir os próprios objectivos.
7. Falta de empatia: é incapaz de reconhecer ou identificar com os sentimentos ou necessidades dos outros.
8. Encontra-se muitas vezes invejoso dos outros ou acredita que os outros invejam-no.

As características essenciais de uma perturbação de personalidade são a disfunção na personalidade (“self” e interpessoal) e a presença de traços de personalidade patológicos. Para diagnosticar a perturbação de personalidade narcisista, os seguintes critérios devem ser encontrados:

A. Disfunção significativa no funcionamento da personalidade manifesta-se por:

1. Disfunção no funcionamento do “self” (a ou b):

a) Identidade: recurso excessivo aos outros para definição do “self” e regulação da auto-estima

b) Direcção do “self”: o estabelecimento das metas tem por base a aprovação dos outros, os padrões pessoais são irracionalmente altos para ver o “self” como excepcional, ou muito baixos baseados na sensação de “entitlement”; muitas vezes inconsciente das próprias motivações.

E

2. Disfunção no funcionamento interpessoal (a ou b):

a) Empatia: disfunção na habilidade de reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades dos outros; excessivamente sintonizado às reacções dos outros, mas só se forem relevantes para o “self”, sobre ou subestimação do efeito do próprio nos outros.

b) Intimidade: relações largamente superficiais e existem para servir a regulação da auto-estima, mutualidade constrangida por pouco interesse genuíno na experiência dos outros e predominância de necessidade de proveito pessoal.

	<p>B. Traços de personalidade patológicos no domínio seguinte:</p> <p>1. Antagonismo, caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Grandiosidade: sentimentos de “entitlement”, quer “overt” quer “covert”, egocentricidade, acreditar firmemente que o próprio é melhor do que os outros.</li> <li>b) Procura de atenção: tentativas excessivas de atrair e ser o foco de atenção dos outros; procura de admiração.</li></ul> <p>C. A disfunção no funcionamento de personalidade e a expressão de traços de personalidade patológica são relativamente estáveis ao longo do tempo e consistentes nas várias situações.</p> <p>D. A disfunção do funcionamento de personalidade e a expressão de traços de personalidade patológico não são melhor compreendidos como normativos para o estágio de desenvolvimento do indivíduo ou pelo ambiente sociocultural.</p> <p>E. A disfunção de funcionamento de personalidade e os traços de personalidade patológica não são unicamente devidos ao efeito fisiológico de uma substância (ex., abuso de drogas, medicação) ou outra doença médica (ex. TCE)</p>
--	---