

Psicopatia x Narcisismo



Ederly Centurion

Outubro 2024

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
DSM 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V
TP	Transtorno de personalidade
CID 10	Código Internacional de Doenças 10
TPN	Transtorno de Personalidade Narcisista
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist - Revised</i>
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
TPA	Transtorno de Personalidade Antissocial
TG	Transtorno Global da Personalidade
TP	Transtorno Parcial da Personalidade
NPI	<i>Narcissistic Personality Inventory</i>
TC	Transtorno de Conduta
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
APA	<i>American Psychological Association</i>
TE	Terapia do Esquema
EIDs	Esquemas Iniciais Desadaptativos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: PSICOPATIA E NARCISISMO.....	06
2.1 PSICOPATIA	09
2.2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA	19
3. TRATAMENTO PSICOLÓGICO.....	29
REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

A psicopatia é uma palavra que obteve mais notoriedade principalmente durante a onda de *serial killer* que surgiu entre as décadas de 70 e 80 nos Estados Unidos e é um termo usado com banalidade até hoje. Muitos o atribuem àqueles que matam cruelmente e a realidade tem mostrado acontecimentos bem diferentes daqueles que filmes e documentários mostram. Facilmente confundido com psicose e transtorno de personalidade antissocial, a psicopatia acarreta um peso muito maior em relação a sua descrição. Hoje em dia, é muito comum encontrar psicopatas que não matam friamente ou por puro ódio. Os psicopatas também têm vida social, relacionam-se bem e podem passar despercebidos como maridos, filhos, empresários, políticos, amigos, vizinhos entre outros. Entretanto, não aparecerão na mídia. Também tem se falado muito mais abertamente sobre o narcisismo e tal termo tem estado em evidência principalmente pela onda das redes sociais, onde todos têm se exposto mais e exigido mais atenção. Possuir traços narcisistas ou de psicopatia e ter o transtorno de personalidade - que pode ser atribuído a ambos os termos - exige estudo e bastante análise para se fazer um diagnóstico.

Este estudo procurou mostrar a diferença entre cada transtorno de personalidade elucidando-os com características próprias. Também foi abordado como as pessoas se tornam vítimas e como o tratamento psicológico pode ser extremamente eficaz para tratar os danos causados pela convivência com portadores de tais transtornos. O conhecimento sobre as características dos transtornos de personalidade narcisista e psicopática contribui muito para que se consiga prevenir danos psicológicos àqueles que precisam ou possam conviver com os mesmos. A compreensão de como suas mentes e comportamentos funcionam também é útil para esclarecer as diferenças entre os transtornos e seus possíveis tratamentos hoje empregados.

Tal estudo procurou focar em discriminar os traços e características de ambos os transtornos e diferenciá-los de outros que são fácil e comumente confundidos. Sabe-se que tem sido muito frequente encontrarmos pessoas que já conviveram com alguém que trouxe danos psicológicos profundos e informar-se sobre como algumas personalidades se comportam é sempre necessário para que se evite ou previna tais danos a longo prazo. Pessoas com transtorno

de personalidade já são difíceis de se relacionar socialmente, porém se envolver com transtornos de personalidade do chamado Grupo B, referenciado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5, é ainda mais traumático pela facilidade de envolvimento, manipulação e, muitas vezes, carisma que tais personalidades possuem.

Cada capítulo foi desenvolvido para obter mais conhecimento sobre o que é um transtorno de personalidade e aprofundou sobre dois dos mais difíceis de lidar em consultórios e na vida pessoal: o narcisista e o psicopata. Como pode haver confusão em relação a seus traços, foi necessário descrever com detalhes características sociais e emocionais que cada transtorno engloba para que, assim, ficasse mais fácil compreender os danos psicológicos sofridos pelas vítimas. Também foram abordados como estão os tratamentos psicológicos baseados na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para tais transtornos e se estão sendo eficazes, além de tratamento para os sobreviventes que adquiriram traumas dolorosos pela convivência e envolvimento com essas personalidades.

É importante ressaltar que este estudo de revisão narrativa de literatura se pautou em livros de leitura corrente de obras de divulgação e artigos científicos com autores estudiosos sobre os transtornos como Robert Hare, desenvolvedor do teste de psicopatia mais utilizado mundialmente, James Fallon, neurocientista que contribui ativamente para estudos de psicopatia e Michele Engelke, psicóloga especializada em transtorno de personalidade narcisista além de outros citados durante o estudo. Também, com base nas pesquisas realizadas e experiência profissional da professora doutora Fernanda de Vargas, os tratamentos mencionados fazem parte da abordagem cognitivo-comportamental. Os critérios de inclusão foram baseados em livros e artigos científicos em língua espanhola, inglesa e portuguesa (Brasil) desde mais antigos com publicações de 1972 até mais recentes com publicação até 2022.

2. TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: PSICOPATIA E NARCISISMO

Antes de explicar e caracterizar cada transtorno de personalidade abordado, é importante entender o que é um transtorno de personalidade. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5): “transtorno de personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível [...] e leva a sofrimento ou prejuízo.” O DSM-5 também cita que esse desvio começa na adolescência ou no início da idade adulta e perdura ao longo do tempo, ou seja, o comportamento padrão de um indivíduo com transtorno de personalidade (TP) permanece com as mesmas características continuamente e tal comportamento pode levar a sofrimento e prejuízo não só em relação a quem possui o transtorno, mas também a quem convive com o sujeito.

É comum que pessoas com TP tenham um repertório limitado de emoções, atitudes e comportamentos para lidar com os problemas e estresse da vida cotidiana, apresentando respostas desadaptativas que levam ao sofrimento e/ou prejuízos a si ou aos outros. (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017, p. 86)

Segundo Mazer, Macedo e Juruena (2017), o padrão característico e presente nos transtornos de personalidade é manifestado em duas ou mais áreas sendo elas cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e também controle dos impulsos. É importante lembrar que os transtornos de personalidade não são doenças, mas um problema na personalidade do indivíduo que leva a uma deficiência no controle dos impulsos, no comportamento e condutas. Além disso, a inflexibilidade desse padrão de comportamento abrange grande parte das situações pessoais e sociais do indivíduo como a convivência com outras pessoas em qualquer circunstância e áreas importantes de sua vida podendo levá-lo a sofrimento ou prejuízo de si mesmo e desse meio social. O transtorno de personalidade é caracterizado e diagnosticado quando não há características de qualquer outro transtorno mental e não há relação entre efeitos fisiológicos advindos de uma substância ou condição médica geral.

A prevalência de portadores de transtorno de personalidade tem mostrado a importância de se estudar a respeito. Ainda de acordo com Mazer, Macedo e

Juruena (2017), entre 9 e 15% da população adulta mundial apresentam um transtorno de personalidade e a maior incidência está em indivíduos de áreas urbanas e criminosos encarcerados. Os autores também ressaltam que os fatores genéticos e ambientais são grandes implicadores no desenvolvimento de transtorno de personalidade: “Os resultados de estudos desenvolvidos com gêmeos têm apontado para interferência de fatores genéticos, sugerindo hereditariedade de traços ou TP com variância de 30% a 60%.” (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017, p. 88). No entanto, os genes não são os responsáveis pelo desenvolvimento de TP, mas, sim, sua predisposição se ainda atrelada ao ambiente e interação do indivíduo.

Há ainda aspectos biológicos, diferentes dos genéticos, que podem ser levados em conta no desenvolvimento de um TP. Morana, Stone e Abdalla-Filho (2006) explicam que comportamentos agressivos podem ter relação com altos níveis do hormônio testosterona, Por outro lado, altos níveis do neurotransmissor serotonina podem contribuir para um comportamento mais sociável.

Como visto, três fatores não isolados podem implicar no desenvolvimento de um ou mais transtornos de personalidade e a vulnerabilidade, resiliência, experiência de vida, expectativas sociais e a forma de interação com o meio contam muito para o fator ambiental. Experiências traumáticas e estresse precoce também têm um papel crucial quando se fala da questão ambiental em relação a qualquer tipo de transtorno, principalmente os de personalidade.

Também é importante mencionar que é muito comum que os TPs estejam associados a outras comorbidades como mais um TP ou outro transtorno mental como depressão, ansiedade e dependência química, no entanto, o tratamento para os esses transtornos mentais acaba sendo dificultado pelo TP.

A presença de uma desordem da personalidade complica o tratamento da maioria dessas condições, em grande parte pela dificuldade em aderir aos tratamentos psicoterapêuticos e medicamentosos apresentados pelos pacientes. Por fim, com ou sem tratamento, o prognóstico da maioria dos transtornos mentais é agravado por TP coexistente, que representa um fator de risco importante para gravidade e cronicidade. (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017, p. 89)

O DSM-5 e o Código Internacional de Doenças 10 (CID-10) apresentam dez tipos de transtorno de personalidade que são divididos em Grupo A, B e C, cada um baseado em semelhanças descritivas. Dalgalarondo (2019), descreve

cada grupo de forma didática para facilitar o entendimento sobre suas principais características apresentados a seguir na **figura 1**:

Figura 1 – Grupos de Transtorno de Personalidade

ESQUISITICE/DESCONFIANÇA	IMPULSIVIDADE/MANIPULAÇÃO	ANSIEDADE/CONTROLE
Esquizoide (Distanciamento) • Indiferença • Distante, sem relações íntimas • Esquisito (estranho) • Vive no seu próprio mundo • Solitário • Não se emociona (imperturbável)	Borderline/emocionalmente instável • Relações pessoais muito instáveis • Atos autolesivos repetitivos • Humor muito instável • Impulsivo e explosivo • Graves problemas de identidade • Sentimentos intensos de vazio	Anancástico ou obsessivo • Rígido, metódico, minucioso • Não tolera variações ou improvisações • Perfeccionista e escrupuloso • Muito convencional, segue rigorosamente as regras • Controlador (dos outros e de si)
Paranoide • Desconfiança constante • Sensível às críticas • Rancoroso, arrogante • Culpa os outros • Reivindicativo • Sente-se prejudicado nas relações	Antissocial (Dissocial) • Frio, insensível • Sem compaixão • Agressivo, cruel • Não sente culpa ou remorso • Irresponsável, inconsequente • Mente recorrentemente • Aproveita-se dos outros	Dependente • Depende em alto grau • Necessita muito agradar • Desamparado quando sozinho • Sem iniciativa • Sem energia • Sem autonomia pessoal
Esquizotípico • Ideias e crenças estranhas e de autorreferência • Desconforto nas relações interpessoais • Pensamento muito vago e excessivamente metafórico • Aparência física excêntrica <i>Obs.: Não está na CID-11 como TP.</i>	Histriônico • Busca atenção, visa ser o centro das atenções • Dramatiza, é muito teatral • Sugestionável e superficial • Manipulador • Discurso vago, impressionista • Erotiza situações não normalmente erotizáveis	Evitativo • Evita ao máximo interações sociais • Sentimentos constantes de inadequação • Muita sensibilidade à avaliação negativa <i>Obs.: Não está na CID-11 como TP.</i>
Narcisista • Tem necessidade intensa e constante de admiração, sente-se muito superior, muito melhor que os outros • Grandiosidade <i>Obs.: Não está na CID-11 como TP.</i>		

Fonte: Dalgalarrodo (2019, p. 513)

No caso da Figura 1, o grupo A é representado pela descrição de personalidade que abrange esquisitice e/ou desconfiança. Já o grupo B representa personalidade de mais impulsividade e/ ou manipulação e o grupo C abarca personalidades mais ansiosas e/ou controladoras. A figura acima também mostra que o Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) não está descrito no CID 11 como no CID 10. O CID 11 – ainda não disponível no Brasil – não discrimina alguns transtornos de personalidade, ao invés disso, há uma lista com características sobre a disfunção das personalidades “podendo ser classificadas em leve, moderada e severa além de poder verificar qual traço

fornecido no CID 11 é o mais adequado e evidente àquela personalidade.” (BACH; FIRST, 2018, tradução livre)

2.1 PSICOPATIA

De acordo com Hauck Filho, Teixeira e Dias (2009), os primeiros sinais de psicopatia foram percebidos por médicos que analisaram criminosos agressivos e perceberam que existia uma linha tênue entre insanidade e consciência de seus atos cruéis. Ainda segundo os autores, foi Phillipe Pinel, médico francês que, por volta de 1801, mencionou o termo “mania sem delírio” para diferenciar pessoas em estado de delírio daquelas que possuíam perfeito entendimento de suas ações violentas. Foi Pinel quem apresentou os primeiros relatos científicos de tais padrões comportamentais que hoje se dá o nome de psicopatia.

No entanto, somente em 1941 é que o termo finalmente se estabelece e passa a ser usado e divulgado a partir da obra de Hervey Cleckley, *The Mask of Sanity* (A Máscara da Sanidade). “Cleckley forneceu um retrato clínico sistemático do quadro da psicopatia, apresentando uma lista célebre de 16 características para caracterizar um indivíduo psicopata” (VAUGH & HOWARD, 2005). Hoje em dia, o termo psicopatia é erroneamente diferenciado e confundido com outros termos como, respectivamente, sociopatia e Transtorno de Personalidade Antissocial.

Robert D. Hare, professor de psicologia e criador do instrumento de avaliação considerado “padrão ouro” para psicopatia: Escala *Hare* (PCL-R) – favorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) - em 1991 (HAUCK FILHO; TEIXEIRA; ALMEIDA, 2014), cita em seu livro *Sem Consciência* que os termos sociopatia e psicopatia têm o mesmo significado:

Muitos pesquisadores, médicos e escritores usam os termos psicopatia e sociopatia sem distinção. Por exemplo, no livro *O silêncio dos inocentes*, Thomas Harris descreveu Hannibal Lecter como um “verdadeiro sociopata”, enquanto o roteirista da versão cinematográfica chamou-o de “verdadeiro psicopata”. Algumas vezes, o termo sociopatia é usado porque implica menor probabilidade, do que psicopatia, de ser confundido com psicose ou insanidade. No livro *The bloodying*, Joseph Wambaugh escreve o seguinte sobre Colin Pitchfork, um esturador e assassino inglês: “...é uma pena que o psiquiatra não escolheu descrevê-lo como um ‘sociopata’ em vez de ‘psicopata’ em seu relatório, por causa da confusão que acompanha este último termo.

Todas as pessoas envolvidas no caso pareciam confundir essa palavra [psicopata] com 'psicótico'". (HARE, 2013, p. 39)

Fallon (2013) cita em seu livro *The Psychopath Inside* que os termos sociopatia e psicopatia não têm diferenças de significados, possuem somente uma questão semântica. Além disso, é importante saber que não há instrumento ou escala que diagnostique sociopatia, somente psicopatia:

Nós chamamos esse instrumento de *Psychopathy Checklist* (Avaliação de Psicopatia). Pela primeira vez, foi disponibilizada uma ferramenta de medição e diagnóstico da psicopatia cientificamente sólida e amplamente aceita. Hoje, o *Psychopathy Checklist* é usado em todo o mundo para ajudar médicos e pesquisadores a distinguir, com razoável certeza, os verdadeiros psicopatas das pessoas que simplesmente infringem regras. (HARE, 2013, p. 47)

Todavia, é importante ressaltar que, no Brasil, a Escala Hare (PCL-R) não é aplicada no contexto clínico para intervenções, somente no contexto judiciário e forense onde é solicitado ao psicólogo e psiquiatra forenses a aplicação e avaliação do teste para entender se haveria a possibilidade de reincidência criminal do indivíduo ainda encarcerado. Morana (2011) ainda ressalta que somente 20% da população carcerária é diagnosticada com psicopatia, isso contradiz quem imagina que psicopatas são somente aqueles que cometem crimes. A autora explica que o psicopata não apresenta doenças mentais como psicoses, alucinações ou delírios, angústia, podem simular, mas psicose é diferente de psicopatia.

Além de a psicose ser facilmente confundida com a esquizofrenia, o Transtorno de personalidade antissocial (TPA) também incorre no mesmo erro. A principal diferença entre ambos é a abrangência. O TPA explora sintomas comportamentais basicamente, enquanto que a psicopatia abrange aspectos comportamentais e afetivos/ interpessoais (ARRIGO; SHIPLEY, 2001; GAUER, 2001; PATRICK, 2010). Os autores também enfatizam que nem todo indivíduo com TPA pode ser diagnosticado com psicopatia, são transtornos diferentes. Patrick (2010) menciona que 80% dos carcereiros podem apresentar diagnóstico de TPA enquanto que a psicopatia tem variação entre 15% e 25% em alguns países. Hare (2006) afirma que "o critério do DSM (4) para transtorno da personalidade antissocial menospreza as diferenças individuais em relação às

tendências psicopáticas encontradas em populações de criminosos e de pacientes psiquiátrico forenses...”.

Hare (2013) também considera a psicopatia um transtorno de personalidade grave e defende que tal transtorno é a interação entre fatores biológicos e forças sociais, culminando estes em uma perspectiva biopsicossocial. Já Fallon (2013) afirma que, após estudar e se especializar em anatomia cerebral, a genética é responsável por 80% da formação da personalidade e somente 20% dizem respeito ao ambiente e ainda acrescenta que também considera a psicopatia um transtorno de personalidade, porém é contra tabelar alguém com diagnósticos, pois prefere seguir a mesma linha que o CID 11 tem seguido em relação à classificação dos transtornos de personalidade. Morana (2003) considera a psicopatia como um transtorno global da personalidade (TG), pois acomete de forma global a personalidade e, mesmo com amadurecimento psicológico, o psicopata não consegue se adequar ao meio social sem causar graves conflitos. Além disso, a autora atribui o termo transtorno parcial da personalidade (TP) a indivíduos desorganizados parcialmente limitados a uma situação específica geradora de um comportamento antissocial (criminosos comuns).

É importante lembrar que, o que aqui consideramos como TP, correlaciona-se aos assim chamados criminosos comuns. Na prática forense, tanto os psiquiatras, como os peritos e os juristas, não conseguem estabelecer, de forma clara, esta distinção, e tal fato pode ter repercussão para a sociedade. O psicopata, ou seja o TG, se liberado para retornar à sociedade por concessão de benefício penitenciário, apresentaria um risco de reincidência criminal muito maior do que o criminoso comum. (MORANA, 2003, p. 16)

SINTOMAS E MANIFESTAÇÕES

Como já mencionado, a psicopatia é considerada por muitos estudiosos um transtorno que afeta a personalidade e se difere da classificação que o DSM-5 atribui, no caso, o TPA. Muitos psicólogos e psiquiatras consideram a psicopatia como um TPA ainda hoje em dia. No entanto, Gacono (1998) defende que, após aplicação do teste Escala *Hare (PCL-R)* e da Prova de *Rorschach*, torna-se mais seguro obter informações precisas, dentro da prática forense, de determinar se o indivíduo tem alto risco de reincidências criminais - considerado

este psicopata - pois enquanto o *PCL-R* é um método padronizado para analisar comportamentos e atitudes, o *Rorschach* adiciona dados e reforça o resultado do teste *PCL-R*, apesar de ambos avaliarem diferentes dimensões da personalidade. Por outro lado, indivíduos diagnosticados com TPA não pontuam como psicopatas pontuam em ambos os testes, mais precisamente no *PCL-R*, por isso a necessidade de diferenciar um criminoso comum de um psicopata.

Hare (2013), Vitacco e Kosson (2010) defendem que, para diagnosticar a psicopatia, é necessário que duas facetas estejam presentes: a afetiva, que irá determinar como o indivíduo se sente e se relaciona, e a comportamental, caracterizada pela violação de regras e normas de convivência.

Na figura 2 abaixo, Hare (2013) define os principais traços da psicopatia e os classifica em emocional, relacionado a características interpessoais do psicopata, e em desvio social, caracterizando traços referentes ao estilo de vida do sujeito:

Figura 2 – Sintomas da Psicopatia

SINTOMAS-CHAVE DA PSICOPATIA

Emocional/interpessoal

- eloquente e superficial
- egocêntrico e grandioso
- ausência de remorso ou culpa
- falta de empatia
- enganador e manipulador
- emoções “rasas”

Desvio social

- impulsivo
- fraco controle do comportamento
- necessidade de excitação
- falta de responsabilidade
- problemas de comportamento precoces
- comportamento adulto antissocial

Fonte: Hare (2013, p. 49)

Hare (2013) também explica cada sintoma relatado na Figura 2, começando pelos sintomas emocionais/ interpessoais no Quadro 1:

Quadro 1: Definição dos sintomas de Psicopatia

SINTOMAS EMOCIONAIS/ INTERPESSOAIS

Eloquente e superficial	O indivíduo é articulado, desenvolve uma conversa divertida e envolvente, como se soubesse falar de todo tipo de assunto com convicção, sem demonstrar insegurança ou ansiedade. São agradáveis e atraentes e também gostam de usar palavras e termos para causar boa impressão.
Egocêntrico e grandioso	Possui visão exagerada de si mesmo, é convencido e narcisista. Mostra-se autoconfiante e com ego inflado.
Ausência de remorso ou culpa	O indivíduo não consegue entender a gravidade de seus atos, não existe arrependimento. Não se preocupa com as consequências negativas de seus atos.
Falta de empatia	Despreza sentimentos, direitos e bem-estar dos demais. Somente ele é importante. As pessoas são como objetos e sentem-se superiores por isso.
Enganador e manipulador	Nem sempre se envolvem em atos criminosos. O lema dos psicopatas é “o mundo é dos espertos”. É muito comum escutar frases do tipo “Mas a culpa não é minha se a pessoa é burra e caiu no meu golpe/lábua.”
Emoções rasas	As demonstrações de emoções são rápidas e curtas. Aqui é importante deixar claro que o psicopata tem emoções (raiva, nojo, alegria), porém a falta de empatia é característica forte. Além disso, o indivíduo não consegue descrever com sutilezas os estados afetivos, como, por exemplo, o significado de amor.
SINTOMAS DE DESVIO SOCIAL	
Impulsivo	Age no “calor do momento”, por que a oportunidade se apresentou ou por que está “afim”.

Fraco controle do comportamento	“Pavio curto”, temperamento “difícil”. Responde a frustrações, fracassos e críticas com violência. Ofende-se com facilidade.
Necessidade de excitação	Não tem medo de colocar-se e o outro em risco. A rotina é entediante, precisam de novidades e estímulos.
Falta de responsabilidade	Costuma não cumprir obrigações e compromissos assumidos. Quase não há senso de lealdade; irresponsabilidade é constante.
Problemas de comportamento precoces	Problemas incomuns e graves desde a infância. Histórico de comportamento grave antissocial na adolescência.
Comportamento adulto antissocial	Consideram regras e leis inconvenientes. Violam regras, não necessariamente apresentam comportamento criminoso.

Fonte: Adaptado de Hare (2013)

Os psicopatas sentem orgulho de usar mentiras constantes para manipular as pessoas, fazendo-as, muitas vezes, duvidar de sua própria sanidade. Hare (2013) ainda relata que tais mentiras são usadas pelo simples prazer de enganar além de se envolverem em roubos, vandalismo, promiscuidade entre outros desde muito jovens. Mentiras repetitivas e sem sentido, indiferença a sentimentos alheios, reclamações das escolas, pequenos delitos, bullying, desrespeito a horários, maus tratos a animais, promiscuidade e vandalismo fazem parte dos relatos dos pais quando seus filhos ainda não podiam ser diagnosticados.

Outro ponto a ser destacado é que os sintomas não se manifestam igualmente em todos os indivíduos psicopatas nem mesmo a intensidade destes, assim como em todos os transtornos. Haverá sempre a maioria dos sintomas, mas a sua manifestação não será a mesma pela questão cultural, familiar e social do indivíduo. Inclusive, é importante ressaltar que a prática de crimes não é requisito primordial para a psicopatia: “[...] o fato é que a maioria dos psicopatas realiza seus empreendimentos sem matar ninguém” (HARE, 2013, p.23).

Por conseguinte, existem três tipos de psicopatas com diferentes manifestações dos sintomas: psicopatas corporativos (colarinho branco), utilitaristas e os assassinos em série (*serial killers*). Suas principais características estão descritas no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2: Tipos de Psicopatas

Psicopatas corporativos (colarinho branco)	Presentes em empresas, instituições e corporações; Visam poder financeiro e status social; Prejudicam colegas, sem violência física; Mentem sobre suas experiências e qualificações; Usam os colegas para subirem de cargo; Espalham boatos sutilmente.
Psicopatas utilitaristas	Possuem perfil parasitário (as pessoas são oportunidades para alcançar benefícios); Usam jogos sutis de ameaças e promessas; São aproveitadores para obter vantagens financeiras/ materiais; Seus relacionamentos amorosos exploram o outro; Nunca assumem a culpa do que fizeram, é sempre culpa do outro; Mudam frequente e rapidamente de amigos, parceiros e grupos; Pensam que os crimes são necessários.
Assassinos em série (<i>serial killer</i>)	Usam formas mais severas de violência física; Crimes sexuais são comuns; São frios emocionalmente; Não sentem remorso ou culpa; Sentem prazer pelo sofrimento e poder de controle sobre o outro; Causar a morte do outro não é seu principal objetivo, mas sim infringir a dor do outro; Difícilmente sentem medo, dor e tristeza.

Fonte: Adaptado de Hare (2013) e Vasconcelos (2017)

É importante lembrar que assassinos em série não são, necessariamente, psicopatas. Há casos de *serial killers* que foram diagnosticados com outros transtornos como psicose, esquizofrenia e transtorno de personalidade esquizotípico como Jeffrey Dahmer, por exemplo. Por conseguinte, nem todo psicopata viola fisicamente, há muito mais violência psicológica do que física na maioria dos casos. Outro ponto a destacar é que indivíduos com TPA não possuem a psicopatia, mas todo psicopata possui TPA como comorbidade.

Para breve comparação, segue abaixo a Figura 3 que explora os sintomas do TPA:

Figura 3: Sintomas do Transtorno de Personalidade Antissocial	
Critérios Diagnósticos	301.7 (F60.2)
A. Um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes: 1. Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção. 2. Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal. 3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro. 4. Irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas. 5. Descaso pela segurança de si ou de outros. 6. Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado por falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras. 7. Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas. B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade. C. Há evidências de transtorno da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade. D. A ocorrência de comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.	

Fonte: DSM-5 (2014, p. 659)

Na Figura 3 é possível perceber semelhanças entre TPA e psicopatia, porém existem diferenças. Na psicopatia, são percebidos desvios de conduta desde a infância (abaixo dos 12 anos), além de abranger mais aspectos afetivos e de relacionamentos interpessoais. Os sintomas do TPA são mais restritos e focam em aspectos comportamentais somente, não levando em conta o narcisismo e a falta de empatia exacerbada que o psicopata possui. Além disso, o indivíduo com TPA só apresenta irritabilidade e agressividade demonstrados por lutas corporais e agressões físicas, como já visto, o psicopata comete abusos psicológicos intensos e danosos. A ausência de remorso no indivíduo com TPA

é reiterado somente em casos de ferimento, roubo ou maus tratos a outras pessoas, o psicopata possui ausência de remorso em todos os momentos. Para finalizar a comparação, o TPA foca e restringe a irresponsabilidade no trabalho e questões financeiras enquanto o psicopata mostra essa irresponsabilidade, principalmente, em sua vida social e afetiva.

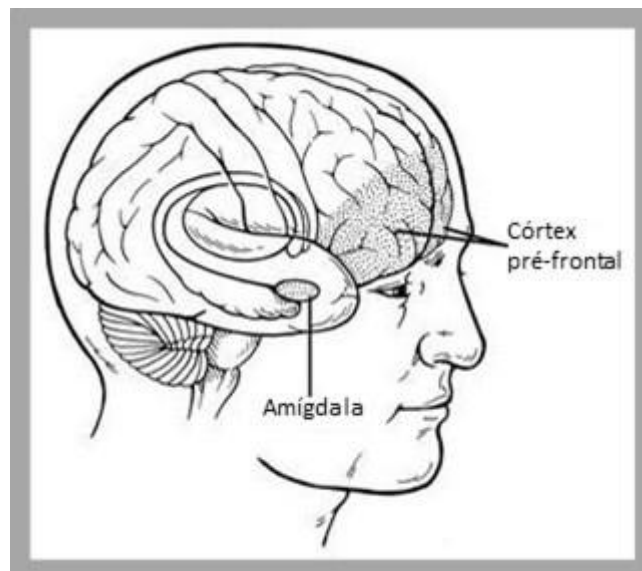
DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO

Não é possível determinar nem provar se um indivíduo nasce psicopata, pois o conjunto de situações biológicas, psicológicas e sociais deve estar envolvido inclusive para o diagnóstico e resultado da Escala *Hare*. Aspectos psicossociais podem influenciar no desenvolvimento do transtorno, isto é, um ambiente hostil pode ter grande influência no desenvolvimento do caráter do indivíduo. Alguns desses aspectos são: maus tratos ou negligência desde a infância, pobreza extrema (pois a falta de nutrientes pode influenciar o desenvolvimento cerebral), baixa escolaridade, famílias monoparentais ou família com bastantes irmãos (crianças que ficam sozinhas, aos cuidados dos irmãos ou da comunidade, pai/ mãe que não conseguem monitorar o próprio filho podem influenciar negativamente na formação do caráter), convivência com comunidades violentas (vivenciar ou presenciar violência constante aumenta o nível de cortisol e, com isso, áreas cerebrais responsáveis pela memória e atenção são intoxicadas, aumentando sintomas de ansiedade e tensão), uso de substâncias por familiares, ausência de cuidado e de sensação de pertencimento, rejeição materna, individualismo e consumismo constantes contemporâneos. Já os aspectos biológicos incluem a predisposição genética, neuroanatomia, neurofisiologia (tamanho e funcionamento cerebral) e funções bioquímicas.

As experiências enfrentadas pelo indivíduo e como foram interpretadas durante sua infância e adolescência podem produzir alterações na estrutura neural dos indivíduos. Segundo Schwartz e Begley (2002), o córtex cerebral pode ser remodelado de forma contínua de acordo com nossas vivências, a chamada plasticidade cerebral. É como se nosso cérebro fosse um plástico que vai se moldando de acordo com o que vivenciamos. Por isso, um indivíduo pode

nascer com todas as funções cerebrais dentro dos parâmetros da normalidade, mas ao longo de abuso e maus tratos, pode desenvolver uma alteração na amígdala, que fica no começo do sistema límbico, dentro do córtex pré-frontal cerebral. A amígdala é responsável pela regulação e administração das emoções, sistema de recompensa, empatia, tomada de decisão, racionalidade, controle dos impulsos entre outros e a falha em sua ativação altera o comportamento emocional normal de um indivíduo dificultando um comportamento social sadio. Na figura 4, é possível entender a localização da amígdala:

Figura 4: Córtex Pré-frontal, Sistema Límbico e Amígdala



Fonte: Revista Medicina Integrativa (2020)

É importante ressaltar que, mesmo que o indivíduo nasça com o problema nas amígdalas, ele só pode ser considerado psicopata devido ao conjunto de critérios biopsicossociais já mencionado. O cérebro pode ter esse defeito, mas o ambiente e outros fatores vão influenciar e talvez não desenvolvam comportamentos antissociais devido a um ambiente saudável. James Fallon (2013) é neurocientista e, ao estudar seu próprio cérebro, descobriu ter essa alteração em sua amígdala cerebral, porém, devido a uma infância saudável, sem experiências psicossociais traumáticas, não desenvolveu sintomas graves da psicopatia, mas ele mesmo considera ter um grau leve:

Sentei recentemente para conversar com um amigo muito próximo, Leonard, psiquiatra que sabe muito a meu respeito e perguntei quais eram os comportamentos mais crônicos de um psicopata. Ele concordou que minha falta de interesse em comparecer ao funeral do meu tio, casamento de um amigo, formatura, bar Mitzvah, primeira comunhão ou velório certamente me qualifica como um psicopata nível leve. Eu não mato pessoas nesses eventos, eu simplesmente não vou se eu acho que tem outra festa ou atividade que me soe mais interessante. Ele também concordou que minha vontade extrema de colocar amigos e família em perigo pra ter um momento excitante é sintoma da psicopatia (...) e a falta de preocupação com a segurança dos outros enquanto participo dessas aventuras está longe de ser normal. (FALLON, 2013, p. 131)

Como se vê, é possível que o indivíduo já nasça com alguma alteração na amígdala, mas isso não significa que desenvolverá o transtorno, tudo dependerá do fator biopsicossocial. Há também casos de pessoas que sofreram graves acidentes na região da amígdala e isso impactou muito suas vidas. Charles Whitman (1966) matou 14 pessoas e feriu mais de 30 no que ficou conhecido como Massacre da Universidade de Texas após desenvolver um tumor cerebral que atingiu a amígdala. Phineas Gage (século XIX) também sofreu lesões no córtex pré-frontal ventromedial, região bem próxima à amígdala, após sofrer um acidente no trabalho onde uma barra de ferro atravessou seu crânio e, após isso, passou a ter constantes acessos de raiva, impulsividade, irresponsabilidade e perda da capacidade de avaliação do que era certo ou errado.

2.2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA

Outro transtorno de personalidade muito discutido atualmente é o narcisista. De acordo com Guimarães e Endo (2014), o termo “narcisismo” é proveniente da mitologia grega que conta a história de Narciso, que se apaixona pela própria imagem quando a vê refletida em uma fonte ao tentar beber a água desta. Narciso morre afogado ao tentar tocar em sua imagem. Isso ocorre por conta de uma maldição direcionada a ele: por ter rejeitado a atenção da ninfa Echo e feito-lhe desperdiçar suas últimas palavras (por causa de uma maldição também proferida à ela), a deusa Nemesis o condena à busca eterna por um amor impossível.

É importante saber que o termo “narcisismo” empregado por questões de aparições constantes em redes sociais e excessiva preocupação com a

aparência se difere do transtorno de personalidade narcisista, onde existe uma alteração importante e doentia sobre a personalidade do indivíduo.

O estudo mais aprofundado sobre o narcisismo - após o termo ter sido primeiramente empregado pela mitologia grega - começa pelo britânico Havelock Ellis (1898) ao analisar como algumas emoções eram direcionadas à sexualidade e sua autoadmiração. Naquela época, a preocupação exagerada em relação ao físico era considerada uma perversão. A psicanálise começou a estudar o conceito de narcisismo por Isidor Sadger (1908-1910) que notou um grau de egoísmo e amor próprio normais, porém tornavam-se patológicos pela supervalorização e investimentos exagerados na autoimagem. Em 1911, Otto Rank, após estudos sobre pacientes mulheres, conclui o narcisismo como vaidade e autoadmiração não só pela sexualidade própria, mas para autodefesa. Por isso que narcisistas precisam de outros que consideram “melhores” para enaltecê-los.

Freud (1914) aprofunda-se sobre o termo em *On Narcissism: An Introduction* e relata que o narcisista se mantém inconsciente sobre qualquer coisa que possa diminuí-lo. Christian Dunker (2016) explica que, para a psicanálise freudiana, não nascemos com nosso “eu” de imediato, vamos formando-o através de esquemas corporais, experiências de vida que, então, trarão a consciência de si mesmo, ou seja, tal experiência e consciência de si mesmo é chamado de narcisismo segundo Freud. Já para Lacan, o narcisismo significa a nova identificação que decorre da mudança da relação com a imagem que vemos num espelho, por exemplo. No entanto, nessa época, os estudos viam a grandiosidade do narcisista como uma forma de auto defesa por se sentirem insignificantes, mas não o consideravam como uma questão de transtorno de personalidade.

Em 1919, Abraham associa narcisismo com inveja e atitudes hostis em relação a objetos de amor, possivelmente pelas experiências de falta de cuidados que recebeu durante a vida. Ernest Jones (1913) já descreve o narcisista como algo patológico, como se fosse um “complexo de Deus”: inacessível, indiferente, auto admirável, superconfiante, exibicionista e com fantasias sobre onipotência e onisciência. Além disso, também observou que tais características eram para autodefesa. Mais tarde, Wilhelm Reich (1960) observa

o narcisismo como uma forma patológica de autorregulação e que o ego inflado e agressividade eram usados para autoproteção.

Foi em 1925 que o conceito de personalidade narcisista veio à tona por Wälder que ainda adicionou falta de empatia ao narcisista por não serem capazes de se envolverem emocionalmente com as pessoas. Mais tarde, Kernberg, em 1967, apresenta uma descrição clínica do que ele chamou de “estrutura da personalidade narcisista” e, em 1970, sugere um diagnóstico baseado em seu comportamento. Entretanto, Kohut introduziu o termo “transtorno de personalidade narcisista” em 1968. O transtorno foi introduzido no DSM-3 em 1980 pelo conceito muito utilizado em clínicas e estudos de Kernberg, Kohut e outros.

Segundo Barbosa (2021), quem tem o transtorno de personalidade narcisista são pessoas que se veem extremamente superiores às outras pessoas. As relações dessas pessoas são abusivas justamente por pensarem que os outros devem enaltecê-las e as usam constantemente para seu próprio bem-estar. Ainda segundo a psiquiatra, esse tipo de transtorno específico de personalidade é marcado por uma insensibilidade aos sentimentos alheios. Quando o grau dessa insensibilidade se apresenta elevado, levando o indivíduo a uma acentuada indiferença afetiva, ele pode adotar um comportamento criminal recorrente e o quadro clínico de TPN pode assumir o feitiço de psicopatia.

Mediante qualquer transtorno de personalidade, os que mais sofrem são as pessoas que estão ao seu redor. O transtornado, sobretudo, na maioria das vezes nem sabe ou aceita que existe um problema. Os narcisistas, por exemplo, superestimam suas habilidades e exageram em suas realizações. Eles acham que são superiores, originais ou especiais. Essa superestimação de seu próprio valor e realizações muitas vezes implica em uma subestimação do valor e das realizações dos outros. As pessoas ao redor passam a ser objetos de uso para alimentar seu próprio ego e autoestima. Eles sentem que devem se relacionar apenas com outros tão especiais e talentosos quanto eles mesmos, não com pessoas comuns. Esse relacionamento com pessoas extraordinárias é usado para suportar e melhorar sua autoestima.

De acordo com Engelke (2017, p. 16): “seja o narcisista chefe, namorado (a), marido, esposa, pai ou mãe, ele (a) é inseguro de si, embora aparente o oposto, pois age de forma arrogante e presunçosa para mascarar a sua

inabilidade de aceitar-se.” Ainda segundo a autora, o narcisista usa os outros como bodes expiatórios para esconder e negar seus defeitos ou deficiências e é muito comum ocuparem cargos importantes, pois são viciados em serem bajulados e possuem objetos de valor para se sentirem invejados e admirados.

Lidar e conviver com pessoas que possuem transtorno de personalidade é uma tarefa desafiadora. O narcisista pode causar sérios traumas na vida de quem precisa ou precisou conviver com eles.

Um evento é considerado traumático quando supera a capacidade do indivíduo de lidar emocionalmente com o que aconteceu e de integrar a experiência e as emoções relacionadas ao trauma. Devido a sua natureza subjetiva e penetrante, uma grande variedade de eventos negativos pode resultar em trauma... O trauma também pode ser de ordem física ou psicológica/ emocional. (ENGELKE, 2017, p. 137)

2.2.1 SINTOMAS E MANIFESTAÇÕES

O CID-10 e o DSM-5 descrevem o transtorno de personalidade narcisista como “um padrão invasivo de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.” No entanto, para identificar se há, de fato, um transtorno de personalidade, é necessário que haja pelo menos 5 características ou mais listadas abaixo:

Quadro 3: Definição dos sintomas de Transtorno de Personalidade Narcisista

1. GRANDIOSIDADE	• Tem sensação grandiosa da própria importância; • Exagera conquistas e talentos; • Espera ser reconhecido como superior em qualquer circunstância.
2. IDEALIZAÇÕES	Preocupa-se com: • fantasias de sucesso ilimitado, • poder, • brilho, • beleza,

	• amor ideal.
3. SINGULARIDADE	• Acredita ser especial e único, • Sente-se compreendido por outros tão especiais quanto ou com condição elevada. • Tende a insistir em ser atendido pelos “melhores” profissionais ou afiliar-se às “melhores” instituições.
4. CARENTE	• Demanda admiração excessiva; • Precisa ser reconhecido. • Preocupa-se com a maneira que são vistos e considerados pelos outros.
5. DIREITOS	Tem expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou que estejam de acordo com as próprias expectativas.
6. ABUSADOR	• Explora relações interpessoais; • Tira vantagens dos outros para atingir os próprios fins.
7. FALTA DE EMPATIA	• Não consegue reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros; • Possui frieza emocional.
8. INVEJOSO	• Inveja os outros e/ou acredita que seja invejado; • Sente rancor pelo sucesso ou posse dos outros. • Desvaloriza as contribuições dos demais que considera inferior.
9. ARROGANTE	• Tem comportamentos ou atitudes esnobes, arrogantes e insolentes.

	• Desdenha do erro ou maneira “desajeitada” de quem considera inferior.
--	---

Fonte: Adaptado de DSM-5 e CID-10

Campbell e Miller (2011) ainda explicam que o transtorno engloba dois tipos de narcisismo, um mais vulnerável e outro mais grandioso. Segundo pesquisas de Green e Charles (2019), tanto os narcisistas grandiosos quanto os vulneráveis exibem características frias, dominadoras e vingativas, mas o motivo desses comportamentos pode divergir com base no subtipo predominante. Por exemplo, narcisistas grandiosos estão associados a menos sofrimento interpessoal, maior autoestima e um estilo de apego seguro/ desdenhoso em comparação com narcisistas vulneráveis. Por outro lado, verificou-se que os narcisistas vulneráveis pareciam exibir um estilo de apego ansioso/ temeroso, alto sofrimento interpessoal e baixa autoestima.

Outras pesquisas descobriram que o narcisismo vulnerável tem sido associado a um estilo de amor possessivo caracterizado pela dependência e medo interpessoal enquanto que o narcisismo grandioso foi associado à evitação do apego e à autoconstrução independente. Embora ambas as formas de narcisismo exijam validação externa, os narcisistas vulneráveis preocupam-se com a aprovação dos outros enquanto os narcisistas grandiosos são vulneráveis a ameaças relativas à realização e ao fracasso da competição, mas preocupam-se menos com a aprovação dos outros.

O indivíduo narcisista é muito sensível a críticas e derrotas, apesar de não demonstrar de forma explícita para não se sentirem ainda mais vulneráveis e enfraquecidos, afinal, a imagem é extremamente importante para eles. Sua reação perante uma demissão, término ou crítica poderá acarretar em desdém, desprezo, raiva ou contra-ataque afrontoso além de também poderem demonstrar certa humildade e até chorar para sensibilizar e manipular o outro para conseguir o que pretendem. O narcisista também não tem paciência com quem considera inferior a ele ou não tem algo melhor a oferecê-lo. Tende a destratar garçons, pessoas em cargos empresariais menores ou iguais aos dele e priorizar e conquistar pessoas de maior poder aquisitivo ou que possa ajudá-lo a conquistar algo.

Engelke (2017) ressalta que, além de se preocuparem em demasiado com a aparência física, o narcisista preocupa-se muito com seu status social, financeiro e outros como atributos, denominações, qualificações, posição social e credenciais, por exemplo. A autora explica que o charme e elegância geralmente fazem parte de sua personalidade para que possa conquistar o que deseja. Exige roupas de grife e tendências da moda, além de preocupar-se com sua postura e aparência física em geral. Apesar de a arrogância ser uma das características do transtorno, o narcisista também sabe ser sedutor e charmoso quando precisa e passa a sensação de perfeição quando quer obter alguma vantagem.

É muito comum que indivíduos com TPN corram atrás de ocupações que lhes deem destaque e poder e geralmente passam o semblante de equilíbrio e autocontrole para obterem a confiança de quem precisa. É importante ressaltar que o bem-estar do narcisista deve estar sempre em prioridade, por isso há conflitos em seus relacionamentos interpessoais, pois a sensação de desigualdade de direitos e abusos são constantes. Engelke (2017) destaca: “...sua atração e interesse limitam-se ao favorecimento e ao autobenefício (...) Associa-se a [sic] pessoa cuja imagem glorifica e valoriza a si mesmo (...) Seus relacionamentos são formados com base no que o outro pode lhe proporcionar...”

O indivíduo com TPN geralmente faz as pessoas com quem convive se sentirem sugadas justamente por ter tantas demandas de atenção e necessidades atendidas sem reciprocidade. É o que Engelke (2017) resume como “suprimento”. O narcisista precisa que o outro o ampare psicológica, afetiva, emocional, social ou financeiramente mesmo que isso exija sacrifício pessoal e anulação do bem-estar do outro.

Segundo dados do CID-10, homens têm a maior incidência do desenvolvimento do TPN ocorrendo de 50% a 75% em comparação ao sexo feminino e ocorre de 2% a 16% na população clínica e menos de 1% na população geral.

Também é importante ressaltar que podem ocorrer outras comorbidades em relação ao TPN como outro transtorno de personalidade e outros transtornos mentais como depressão, por exemplo. Por estarem sempre em busca de aprovação e autocobrança para se apresentarem como superiores aos outros e serem vulneráveis a críticas e falhas, a depressão nesses indivíduos tem levado

a ideações e tentativas suicidas. Além disso, é comum o TPN estar associado transtornos alimentares, como a anorexia nervosa, e transtornos por uso de substâncias como a cocaína, por exemplo.

DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO

Infelizmente, o Brasil carece de informações empíricas sobre o TPN, inclusive escalas e testes direcionados. Marissen, Deen e Franken (2011) ressaltam que a etiologia acerca do Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) ainda é pouco conhecida, no entanto, sua causa se deve a fatores múltiplos, principalmente relacionados a experiências da infância e adolescência do indivíduo.

Engelke (2017) também explica que é muito comum o transtorno de personalidade narcisista ser passado de geração a geração, direta e indiretamente. Segundo a psicóloga, estudos científicos sugerem que o transtorno tem causas em fatores genéticos e ambientais para que tal comportamento ocorra.

Miller e Campbell (2011) relatam que traços narcisistas podem ser vistos já na adolescência, já que é nessa fase que eles tendem a ter falsas autoavaliações e acreditam ser únicos. Alguns desses traços podem ser observados como querer ser o centro das atenções, pouco controle dos impulsos, nível alto de atividades e tendências histriônicas (focar muito na aparência para chamar a atenção) que pode ter uma maior constância entre 14 e 18 anos e diminuir até os 23 anos. Outro estudo também mostra como esses adolescentes/ adultos foram influenciados em relação a suas competências sociais: baixas competências sociais levam à insegurança e isso pode acarretar aumento para desenvolvimento do transtorno. O jovem pode achar que ter comportamentos narcisistas pode levá-lo a ser bem visto pelos outros.

Os autores ainda relatam que uma série de fatores age no desenvolvimento do TPN como a genética, a cultura em que o indivíduo está inserido e o quanto ela exige que o indivíduo se sobreponha (isso inclui séries e programas de TV, mídias sociais, *reality shows*, influências em relação à individualidade) e sua criação. O excesso de supervalorização indulgência e permissividade estão associados a ambos narcisismos grandioso e vulnerável.

Outros fatores como culpabilização, falta de amor, frieza, falta de atenção ao que o filho está fazendo, controle através da possessividade e expressões de desapontamento e vergonha em uma criança são exemplos de controle psicológico. Estudos mostram que esses comportamentos têm sido associados ao desenvolvimento de depressão e delinquência do narcisista.

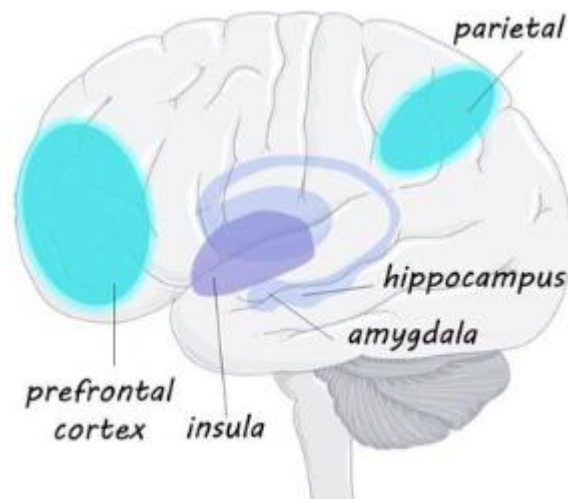
Um estudo de 4 anos sobre crianças entre 9 e 15 anos apontou altas tendências narcisistas, baseado na escala *Narcissistic Personality Inventory (NPI, 40-item version)*, pelos fatores contextuais de criação negativa e baixa condição econômica. Os autores ressaltam que inventários de auto relatos ainda são as melhores formas de medir tendências narcisistas como autopercepção e auto apresentação além da observação de pessoas que convivem com o indivíduo. Também é importante ressaltar que um dos traços mais fortes do TPN (ego inflado) pode ter sido desenvolvido devido a reações a *feedbacks* negativos recebidos durante a adolescência.

Estudos de Nenadic, Lorenz e Gaser (2021) apontam que os traços narcisistas têm sido ligados a redes cerebrais estruturais e funcionais. Seus estudos foram baseados em 103 pessoas com altas pontuações no teste comumente utilizado no exterior para medir o TPN, *Narcissistic Personality Inventory (NPI, 40-item version)*, e imagens de ressonância magnética cerebral.

Utilizou-se o inventário de personalidade narcisista NPI, aplicando a versão alemã validada completa de 40 itens, para caracterizar nossa amostra para traços narcisistas. O NPI tem sido utilizado em um grande número de estudos, incluindo amostras não clínicas e clínicas, bem como vários dos estudos de imagem funcional... (NENADIC; LORENZ; GAZER, 2021, tradução livre)

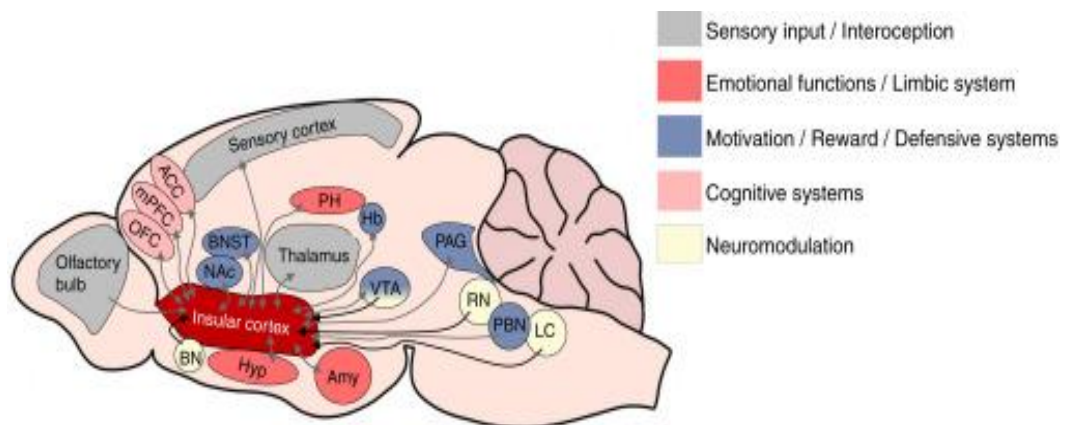
O estudo analisou cada categoria da escala *NPI* para realizar os exames de imagens e, em algumas dessas categorias, áreas cerebrais como os córtices medial/ventromedial e orbito frontal, córtices cingulares anteriores subgenuais se mostraram com alterações. No entanto, as áreas pré-frontal e insular foram as que mais se mostraram alteradas em grande parte das categorias analisadas pelo *NPI*. Nas figuras 5 e 6 é possível verificar a posição do córtex pré-frontal e insular (ínsula):

Figura 5: Córtex Pré-frontal, ínsula e amígdala



Fonte: Hemington (2017)

Figura 6: Córtex Insular



Current Biology

Fonte: Gogolla (2017)

Pesquisas recentes têm dado ao córtex insular uma variedade de funções, desde o processamento sensorial até a representação de sentimentos e emoções, controle dos impulsos e motor, previsão de riscos e tomada de decisões, autoconsciência e funções sociais complexas como a empatia. A ínsula faz conexões recíprocas com o sistema límbico. Ela se conecta reciprocamente com regiões cerebrais frontais, como o cíngulo anterior, o orbito frontal e o córtex pré-frontal medial, que estão implicados em funções cognitivas, emocionais e executivas e se projeta para partes do cérebro responsáveis pela motivação e recompensa.

3. TRATAMENTO PSICOLÓGICO

Faz-se necessário entender que o indivíduo só poderá ter o diagnóstico de algum transtorno em sua personalidade a partir dos 18 anos. Diversos estudos têm identificado que a formação completa cerebral só finaliza entre os 18 e 23 anos sendo, portanto, prematuro um diagnóstico antes da idade mínima da formação cerebral.

No caso da psicopatia, é muito comum que muitos adolescentes já tenham sido diagnosticados com algum Transtorno de conduta (TC) e Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Não é regra que todos que tenham sido diagnosticados com tais transtornos desenvolverão a psicopatia, mas é importante frisar que se não forem tratados eficazmente, há grandes chances de o indivíduo desenvolvê-la. Além disso, indivíduos podem ter traços de psicopatia antes dos 18 anos, mas também não significa que serão psicopatas de fato após tal idade, tudo dependerá de como o ambiente irá tratar esse indivíduo.

Infelizmente, nenhum transtorno de personalidade terá remissão total e permanente dos sintomas. No caso da psicopatia, o indivíduo passará a ter mais controle sobre seu comportamento antissocial através da psicoterapia atrelada à medicação, dependendo da intensidade.

Hoje em dia, a abordagem mais eficiente para o transtorno de personalidade narcisista e psicopática é a Terapia do Esquema (TE), parte da 3ª onda da TCC. De acordo com a *American Psychological Association* (APA), a TCC é uma psicoterapia baseada em evidências para diferentes transtornos psiquiátricos e suas técnicas são orientadas para a resolução de problemas além de enfatizarem o processamento de informações e a associação das mesmas com as emoções e o comportamento dos indivíduos. Sua tendência é focada e educativa, facilitando a adesão ao tratamento.

Essa abordagem tem como foco modificar as crenças disfuncionais que o indivíduo acumula durante a vida e que pode culminar em comportamentos destrutivos e desadaptativos. Diversos estudos também têm destacado a TCC como uma abordagem segura e eficaz em pacientes com TPA. Itlescas, Sanches-Meca e Genovés (2001) destacam que uma meta análise realizada com 32 pesquisas que avaliaram a reincidência de comportamentos

delinquentes identificou que a terapia cognitivo comportamental resultou em taxas mais baixas de reincidência.

Para a TCC, um comportamento problemático está associado ao processamento cognitivo ou a como as pessoas atribuem significado ao que lhe ocorreu. Esse comportamento de atribuir algum significado é chamado de esquema e os esquemas são as estruturas básicas da personalidade de um indivíduo, ou seja, seus traços de personalidade. Os esquemas nada mais são do que um conjunto de crenças que o indivíduo adquiriu ao longo da vida e que moldaram sua personalidade.

O tratamento de transtornos de personalidade na TCC tem como foco a modificação de crenças e seus padrões de comportamentos desadaptativos. Como a psicopatia e o transtorno de personalidade narcisista possuem causas biopsicossociais, será importante considerar a neuroplasticidade, que é a capacidade do cérebro de se modificar e criar novas conexões. Inclusive, Disner *et al* (2011) menciona que evidências científicas têm indicado que a intervenção psicoterápica promove mudanças em conexões cerebrais.

A TE foi desenvolvida na década de 80 por Jeffrey Young e engloba visões de diferentes abordagens como a psicanálise, a Gestalt Terapia, Teoria do Apego e também a TCC. Tem mostrado resultados significativos em pacientes com transtorno de personalidade narcisista, antissocial, psicopatia entre outros. O objetivo da TE é substituir estilos desadaptativos por outros mais funcionais e saudáveis. No entanto, o principal foco está nos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) que são padrões emocionais e cognitivos desenvolvidos ao longo da infância e adolescência de acordo com a relação desenvolvida com os cuidadores primários e suas experiências nesse período. Assim, quando esses padrões são identificados, eles podem ser trabalhados pelo psicoterapeuta.

REFERÊNCIAS

ARRIGO, B.; SHIPLEY, S. **The confusion over psychopathy (I):** Historical considerations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, v. 45, n. 3, p. 325-344, 2001.

BACH, Bo; FIRST, Michael B. **Application of the ICD-11 classification of personality disorders.** *BMC Psychiatry*, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-018-1908-3>. Acesso em março 2023.

BERG, J. M.; SMITH, S. F.; WATTS, A. L.; AMMIRATI, R.; GREEN, S. E.; LILIENFELD, S. O.. **Misconceptions regarding psychopathic personality:** implications for clinical practice and research. *Neuropsychiatry*, v. 3, n. 1, p. 63–74, 2013.

BLAIR, R. J. R. **The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy.** *Trends in Cognitive Sciences*, v. 11, p. 387–392, 2007.

CAMPBELL, W. Keith, MILLER, Joshua D.. **The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder:** theoretical approaches, empirical findings and treatments. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2011.

CHAKHSSI F.; KERSTEN T.; DE RUITER C.; BERNSTEIN D.P.. **Treating the untreatable:** a single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2014 Sep;51(3):447-61. doi: 10.1037/a0035773. Epub 2014 Mar 31. PMID: 24684220. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24684220/>. Acesso em: 27 abril 2023.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO DA CID-10. **Transtornos de Personalidade.** 10. ed. - Porto Alegre: Artmed, 1993.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** [recurso eletrônico] Paulo Dalgallarrondo. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

DISNER S.G., BEEVERS C.G., HAIGH E.A., BECK A.T.. **Neural mechanisms of the cognitive model of depression.** *Nat Rev Neurosci*. 2011 Jul 6;12(8):467-77. doi: 10.1038/nrn3027. PMID: 21731066. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21731066/>. Acesso em: 27 abril 2023.

DUNKER, Christian. **O que é narcisismo.** Disponível no Youtube: <https://youtu.be/Y3XUo4bDgCg>. Acesso em: 19 Mar de 2023.

ENGELKE, Michele. **Filhas de mães narcisistas.** Edição digital, novembro 2017. Disponível em: <https://filhasdemaesnarcisistas.com.br/?v=19d3326f3137>. Acesso em: 21 jun. 2023.

FALLON, James. **The Psychopath Inside.** New York: Penguin Group, 2014.

FONSECA C.S.G., CAMPOS N.C.F., DAMÁSIO A.L.S. et al. **Atendimento integral às múltiplas facetas de um paciente com transtorno de personalidade narcisista e depressão**. Glob Acad Nurs. 2022. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/392/564>. Acesso em: 13 mar 2023.

GACONO, C.B. **The use of the psychopathy checklist-revised (PCL-R) and Rorschach in treatment planning with antisocial personality Disordered Patients**. Int. Offender Ther. Comp. Criminol., v.42, p. 49-64, 1998.

GAUER, G. J. C. **Personalidade e Conduta Violenta**. CIVITAS – Revista de Ciências Sociais, v. 1, n. 2, p. 45-66, 2001.

GOGOLLA, Nadine. **The insular córtex**. Current Biology, Volume 27, Issue 12, 19 June 2017, Pages R580-R586. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960982217305468>. Acesso em: 17 maio 2023.

GREEN, Ava, CHARLES, Kathy. **Voicing the Victims of Narcissistic Partners: A Qualitative Analysis of Responses to Narcissistic Injury and Self-Esteem Regulation**. Sage Open, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244019846693>. Acesso em: 17 maio 2023.

GUIMARÃES, Luiz Moreno, ENDO Paulo Cesar. **A origem da palavra narcisismo**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/t34rBQhyJmJDxVLTgdwmWVD/?lang=pt#>. Acesso em: 09 abril 2023.

HARE, R.D. **Pschychoopathy and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion**. Psychiatric Times, v.13, n.2, p. 39-40, 1996.

HARE, Robert D. **Sem consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós** / Robert D. Hare; tradução: Denise Regina de Sales; revisão técnica: José G. V. Taborda. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HAUCK FILHO, Nelson; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. **Estrutura fatorial da escala Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): uma revisão sistemática**. Aval. psicol., Itatiba, v. 13, n. 2, p. 247-256, ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200012. Acesso em: 18 maio 2023.

HAUCK FILHO, Nelson; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. **Psicopatia: o construto e sua avaliação**. Aval. psicol. v.8 n.3 Porto Alegre, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300006. Acesso em: 17 maio 2023.

HARENSKI, C. L.; HARENSKI, K. A.; SHANE, M. S.; KIEHL, K. A. **Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths**. Journal Abnorm. Psychol., v. 119, n. 4, p. 863-874, 2010. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/buy/2010-23724-009>

HEMINGTON, Kasey. **How Should We Think About the Brain's Response to Threat?**. BrainPost, 2017. Disponível em: <https://www.brainpost.co/weekly-brainpost/2021/1/4/how-should-we-think-about-the-brains-response-to-threat-86kda>. Acesso em: 17 maio 2023.

ITLESCAS, S. R., SÁNCHEZ-MECA, J., GENOVÉS, V. G.. **Treatment of offenders and recidivism**: Assessment of the effectiveness of programmes applied in Europe. *Psychology in Spain*, 5, 2001. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2003-04139-006>. Acesso em: 27 abril 2023.

ISOPPO, Graziella S. L.. **Terapia focada em esquemas e personalidade narcisista**: um entendimento acerca deste transtorno. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/62375/000869095.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 mar 2023.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. **Transtornos da Personalidade**. American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al*; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al* – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARISSSEN, M. A. E., DEEN, M. L., FRANKEN, I. H. A.. **Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder**. Psychiatry Resesearch. 10.1016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178111008262>. Acesso em: 13 mar 2023.

MAZER, Angela K., MACEDO, Brisa Burgos D., JURUENA, Mário Francisco. **Transtornos da personalidade**. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268328039.pdf>. Acesso em: 23 abril 2023.

MORANA, Hilda C. P.. **Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira**: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-14022004-211709/publico/HildaMorana.pdf>. Acesso em 26 maio 2023

MORANA, Hilda C. P.. **PCL-R – Psychopathy Checklist Revised**. Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias, 2011. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/copen/edicao-01/15%20-%20Artigo%20D.N.%20-%20PCL-R%20-%20Psychopathy%20Checklist%20Revised.pdf. Acesso em 25 abril 2023

MORANA, Hilda C. P., STONE, Michael H., ABDALLA-FILHO, Elias. **Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers**. Brazilian Journal of Psychiatry, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/mFz4QLyYLQDpwcXBM7phzd/>. Acesso em: 23 mar. 2023

NENADIC, Igor, LORENZ, Carsten, GASER, Christian. **Narcissistic personality traits and pré-frontal brain structure**. Scientific Reports, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-94920-z>. Acesso em: 17 maio 2023.

PATRICK, C. J. **Transtorno de personalidade antissocial e psicopatia**. In: O'Donohue, W.; FOWLER, K. A.; LILIENFELD, S. O. (Orgs.). **Transtornos de personalidade: Em direção ao DSM-V**. São Paulo: Roca, 2010. p. 415-436

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Transtorno de personalidade narcisista**. Disponível no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=F5kzgal1hY8&t=94s>. Acesso em: 18 abril 2023.

SCHWARTZ, J. M.; BEGLEY, S. **The mind & the brain: neuroplasticity and the power of mental force**. New York: HarperCollins, 2002.

VASCONCELLOS, S. J. L. **Por que os psicopatas de colarinho branco mentem melhor?** A ciência explicando a enganação. Paracatu: Editora Buriti, 2017

VITACCO, M. J.; KOSSON, D. S. **Understanding psychopathy through an evaluation of interpersonal behavior**: testing the factor structure of the interpersonal measure of psychopathy in a large sample of jail detainees. *Psychology Assessment*, v. 22, n. 3, p. 638-649, 2010

ZIMMERMAN, Mark. **Transtorno de Personalidade narcisista**. Rhode Island Hospital, maio 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-narcisista-tpn>. Acesso em: 20 mar. 2023.