EGLACY CRISTINA SOPHIA

**Desenvolvimento e validação de um
instrumento para avaliar o
amor patológico**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutora em Ciências**

**Programa de Psiquiatria
Orientadora: Profa. Dra. Monica Levit Zilberman**

**São Paulo
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sophia, Eglacy Cristina

Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o amor
patológico / Eglacy Cristina Sophia. -- São Paulo, 2014.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Monica Levit Zilberman.

Descritores: 1.Amor 2.Escalas 3.Testes psicológicos 4.Psicometria
5.Estudos de validação como assunto

USP/FM/DBD-345/14

À minha querida e eterna...Mãe,
Muito pouca quantidade...de tempo.
Especial qualidade...de princípio.
Sempre vivo...desde o início.
O Amor...sem artifício.

AGRADECIMENTOS

Muita gratidão a tudo e a todos que me proporcionaram incentivo e suporte nos diferentes momentos desta pesquisa.

À Profa. Dra. Monica Zilberman que, nos anos de convivência como minha orientadora muito contribuiu para o meu crescimento científico, intelectual e pessoal.

Ao Prof. Dr. Hermano Tavares, Coordenador do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do IPq-HC-FMUSP, pelo acolhimento e amparo metodológico e estatístico, desde o início e até o final deste estudo.

À equipe de amor e ciúme patológicos do PRO-AMITI, Andréa Lorena, Cintia Sanches, Fabiana Unruh e Daniel Gulassa, pelo auxílio na avaliação, aplicação de questionários e tratamento dos sujeitos com amor patológico.

Aos sujeitos com amor patológico, saudáveis e da população pela colaboração no preenchimento das escalas.

À Profa. Dra. Clarice Gorenstein, do Laboratório de Psicofarmacologia (LIM 23) do IPq-HC-FMUSP, pela parceria relativa aos sujeitos saudáveis e pela cooperação na fase de elaboração do projeto de pesquisa.

Aos integrantes da banca do exame de qualificação, Profa. Dra. Isabel Cristina Gomes, Prof. Dr. André Malbegier e Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, que contribuíram para esse estudo de forma respeitosa e admirável.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Ao Centro de Apoio à Pesquisa (CEAPESQ) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, sobretudo à estatística Melaine Cristina de Oliveira, pela fundamental assessoria.

A todos os amigos e familiares que acreditaram e torceram para que esta pesquisa fosse realizada com sucesso.

Em especial, à minha querida filha Isabella, pela compreensão nas minhas ausências, pelo apoio tecnológico e por ser a minha maior fonte de amor.

*Amor é fogo que arde sem se ver;
É ferida que dói, e não se sente;
É um contentamento descontente;
É dor que desatina sem doer.*

*É um não querer mais que bem querer;
É um andar solitário entre a gente;
É nunca contentar-se de contente;
É um cuidar que se ganha em se perder.*

*É querer estar preso por vontade;
É servir a quem vence, o vencedor;
É ter com quem nos mata, lealdade.*

*Mas como causar pode seu favor
nos corações humanos amizade,
se tão contrário a si é o mesmo Amor?*

Luís Vaz de Camões (1524-1580), in “Sonetos”, grifo nosso

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

Apresentação

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Amor.....	14
1.1.1	O que é amor, afinal?.....	14
1.2	Amor e psicopatologia.....	15
1.2.1	Enfoque histórico.....	15
1.2.2	Enfoque sociocultural e familiar.....	20
1.2.3	Enfoque psicológico.....	23
1.2.4	Enfoque neurobiológico.....	29
1.3	Amor patológico.....	32
1.3.1	Definição e compreensão teórica.....	32
1.3.2	Critérios para identificação.....	34
1.3.3	Perspectiva da psiquiatria.....	36
1.3.4	Diferenças entre homens e mulheres.....	39
1.3.5	Características psicopatológicas e do relacionamento amoroso.....	41
1.4	Bases teóricas para criação e validação da Escala do Amor (EA).....	42
2	OBJETIVOS.....	54
3.1	Objetivo principal.....	54
3.2	Objetivos específicos.....	54
3	HIPÓTESES.....	55

4	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	56
4.1	A 1ª parte do estudo.....	56
4.1.1	Amostragem.....	56
4.1.2	Seleção dos indivíduos.....	56
4.1.3	Coleta de dados e instrumentos utilizados.....	59
4.1.4	Análise estatística.....	63
4.2	A 2ª parte do estudo.....	65
4.2.1	Amostragem.....	65
4.2.2	Seleção dos indivíduos.....	66
4.2.3	Coleta de dados e instrumentos utilizados.....	67
4.2.4	Análise estatística.....	67
5	RESULTADOS.....	70
5.1	A 1ª parte do estudo.....	70
5.1.1	Aspectos sociodemográficos.....	70
5.1.2	Aspectos psicopatológicos e do relacionamento.....	72
5.1.3	Análise fatorial: desenvolvimento do modelo piloto da Escala do Amor (EA).....	77
5.2	A 2ª parte do estudo.....	83
5.2.1	Aspectos sociodemográficos e relacionais.....	83
5.2.2	Aspectos psicopatológicos e do relacionamento.....	86
5.2.3	Análise fatorial: desenvolvimento do modelo final da Escala do Amor (EA).....	90
5.2.4	Análise do poder de discriminação.....	96
5.2.5	Verificação da confiabilidade.....	99
5.2.6	Sensibilidade, Especificidade e Acurácia.....	102
5.2.7	Cálculo do ponto de corte.....	103
6	DISCUSSÃO.....	106
6.1	A 1ª parte do estudo.....	106
6.2	A 2ª parte do estudo.....	112
6.3	Limitações do estudo.....	117
7	CONCLUSÕES.....	119
8	ANEXO.....	121
9	REFERÊNCIAS.....	125

Apêndices

LISTA DE SIGLAS

AP	Amor Patológico
EA	Escala do Amor
EAR	Escala de Avaliação do Relacionamento
EAA	Escala de Atitudes de Amor
TAA	Tipos de Apego do Adulto
PROMIS	<i>The Shorter Patient-reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Questionnaire (SPQ)</i>
QDSD	Questionário de Dados Sociodemográficos
QDSD Adaptado	Questionário de Dados Sociodemográficos (adaptado para relacionamento amoroso)
TCI	Inventário de Temperamento e Caráter
BIS	Escala de Impulsividade de Barratt

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica do processo de validação de instrumentos (Supo, 2013).....	45
Figura 2 – Possíveis combinações de acurácia e precisão ao descrever uma variável contínua.....	53
Figura 3 – <i>Box-plot</i> das 8 questões que não diferenciaram as amostras Sem AP (28), Com AP (20) e Status desconhecido para AP (272).....	89
Figura 4 – Curva ROC dos fatores 1, 3 e 4 da Escala do Amor (EA).....	97
Figura 5 – Curva ROC do fator 2 da Escala do Amor (EA).....	98
Figura 6 – Curva ROC da Escala do Amor (EA).....	99
Figura 7 – Coordenadas da curva da Escala do Amor (EA).....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação a características sociodemográficas.....	71
Tabela 2 –	Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação à impulsividade.....	73
Tabela 3 –	Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação à autotranscendência.....	74
Tabela 4 –	Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação à ajuda e relacionamento compulsivos.....	75
Tabela 5 –	Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação a características do relacionamento amoroso.....	76
Tabela 6 –	Fatores, subfatores / itens e cargas fatoriais do modelo inicial da Escala do Amor (EA).....	79
Tabela 7 –	Modelo piloto da Escala do Amor (EA).....	81
Tabela 8 –	Comparação entre indivíduos sem (n=28) e com (n=20) amor patológico com relação a características sociodemográficas e relacionais.....	84
Tabela 9 –	Comparação entre indivíduos com (n=20) e sem amor patológico (n=28) com relação às 30 questões do modelo piloto da Escala do Amor (EA).....	87
Tabela 10 –	Fatores, questões e cargas fatoriais do modelo final da Escala do Amor (EA).....	91
Tabela 11 –	Análise de Componentes Principais realizada com 320 sujeitos: 20 Com AP, 28 Sem AP e 272 Com status desconhecido para AP.....	93
Tabela 12 –	Comunalidades referentes ao modelo final da Escala do Amor (EA) composto por 4 fatores.....	94
Tabela 13 –	Modelo final da Escala do Amor (EA).....	95
Tabela 14 –	Área embaixo da curva dos 4 fatores componentes da Escala do Amor (EA).....	98
Tabela 15 –	Área embaixo da curva da Escala do Amor (EA) geral.....	99

Tabela 16 – Alfa de Cronbach dos fatores, correlação intraclasse e correlação item-total.....	101
Tabela 17 – Sensibilidade, Especificidade e Acurácia dos fatores da Escala do Amor (EA).....	103
Tabela 18 – Sensibilidade, Especificidade e Acurácia da Escala do Amor (EA) geral.....	103
Tabela 19 – Ponto de corte da Escala do Amor (EA).....	104

RESUMO

Sophia, EC. *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o amor patológico* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2014.

O relacionamento amoroso tem sido estudado pela psicologia e, para tanto, diversos questionários que analisam atitudes e qualidade do relacionamento são utilizados. O amor patológico (AP) é o comportamento repetitivo e sem controle de prestar cuidados ao parceiro, em um relacionamento amoroso. Estudos anteriores mostraram que indivíduos com AP se diferenciam de saudáveis por apresentarem impulsividade e autotranscendência elevados, relacionamento amoroso insatisfatório e compulsivo, predominância dos estilos de amor ágate e mania e tipo de apego ansioso/ambivalente. Como não existem instrumentos que mensurem especificamente este tipo de comportamento, objetivamos nesta tese desenvolver uma escala para avaliação do AP, bem como analisar as suas propriedades psicométricas. O presente estudo caso-controle foi realizado em duas partes. Na 1ª parte, foram comparados os resultados obtidos por 154 indivíduos (79 com AP e 75 saudáveis) em relação às características mencionadas, por meio da aplicação de 137 itens de questionários existentes na literatura que medem estas características isoladamente. A análise fatorial exploratória permitiu a redução dos 67 itens originais que diferenciaram as amostras para 26 itens e a estrutura fatorial primária foi composta por 5 fatores: Controle (13 itens), Insatisfação (4 itens), Impulsividade (2 itens), Abnegação (4 itens) e Idealização (3 itens). Estes itens exibiram boa consistência interna ($\alpha=.74$; $IC=.72-.76$; $p<.001$), alguns foram adaptados, 4 novos foram criados e assim foi desenvolvido o modelo piloto da Escala do Amor (EA), composto por 30 itens. Na 2ª parte do estudo, 320 indivíduos (20 com AP, 28 sem AP e 272 com status desconhecido para AP) preencheram essa escala piloto e a análise fatorial foi refeita, resultando no modelo final da EA, composto por 22 itens distribuídos em 4 fatores: Controle (10 itens), Insatisfação (5 itens), Abnegação (5 itens) e Idealização (2 itens). A consistência interna mostrou-se ainda melhor ($\alpha=.88$; $IC=.86-.89$; $p<.001$) e o método da curva ROC demonstrou que o poder discriminativo da EA foi excelente ($AUC=.989$; $DP=.12$; $p\leq.001$). O desenvolvimento da EA contribuirá para otimizar a avaliação do AP, bem como para o progresso nas pesquisas e na análise dos tratamentos oferecidos.

Descritores: 1.Amor 2.Escalas 3.Testes psicológicos 4.Psicometria 5. Estudos de validação como assunto

SUMMARY

Sophia, EC. *Development and validation of an instrument to evaluate pathological love* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2014.

Psychologists have studied love relationship using various questionnaires assessing behaviors and quality of relationship. Pathological love (PL) consists of repetitive and uncontrolled behavior of caring for the partner in a romantic relationship. Previous studies have shown that individuals with PL are different from healthy volunteers because they have high impulsivity and self-transcendence, unsatisfactory and compulsive love relationships, predominance of mania and agape love styles, and anxious-ambivalent attachment. Because there are no instruments that specifically measure this kind of behavior, the objective of the present study was to develop a scale to assess PL and to analyze its psychometric properties. This case-control study was conducted in two parts. During the 1st part, the scores of 154 patients (79 with PL and 75 healthy volunteers) were compared considering the characteristics mentioned above. These characteristics were determined based on the administration of 137 items of questionnaires used to measure each one of the characteristics alone. Exploratory factor analysis reduced the 67 original items that differentiated the samples to 26 items. Thus, the primary factor structure included 5 factors: Control (13 items), Dissatisfaction (4 items), Impulsivity (2 items), Abnegation (4 items), and Idealization (3 items). These items showed good internal consistency ($\alpha=.74$; $CI=.72-.76$; $p<.001$). Some items were adapted, 4 new items were created, and then the pilot model of the Love Scale (LS) was created including 30 items. In the 2nd part of the study, 320 individuals (20 with PL, 28 without PL, and 272 with unknown status for PL) completed this pilot scale. Factor analysis was used again, and the final model of the LS was built including 22 items divided into 4 factors: Control (10 items), Dissatisfaction (5 items), Abnegation (5 items), and Idealization (2 items). Internal consistency was higher ($\alpha=.88$; $CI=.86-.89$; $p<.001$) and the ROC curve method showed that the discriminative power of the scale was excellent ($AUC=.989$, $SD=.12$; $p\leq.001$). The development of this LS will help to optimize the evaluation of PL and to improve research and analysis of the treatments offered.

Descriptors: 1.Love 2.Scales 3.Psychological tests 4.Psychometrics
5.Validation studies as topic

APRESENTAÇÃO

A importância deste estudo é imensa para mim. Muito antes de entrar para a vida acadêmica, ainda nos tempos da faculdade, assim que tomei conhecimento sobre escalas e testes psicológicos, me "apaixonei" pelo tema.

Em 1999, tempos de início dos estágios no Instituto de Psiquiatria, iniciou o meu "namoro" com a bibliografia sobre questionários. Nessa ocasião, foi nítida a minha alegria ao ganhar a versão atualizada do livro "Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia", a qual ainda está na minha prateleira e muito contribuiu para este estudo.

Mais recentemente, em 2008, ocasião da conclusão do Mestrado "Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade", nossos dados e experiência clínica mostraram que, apesar da demanda ser grande e desta condição gerar sofrimento, não existiam escalas para avaliá-la.

Assim, o "namoro antigo" passou a ter uma justificativa para se transformar em "casamento" e este ocorreu: em 2010, com base nos dados obtidos no Mestrado, iniciamos o projeto de Doutorado "Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o amor patológico".

Hoje, é com muito orgulho e contentamento que apresento, nas páginas desta tese, a trajetória percorrida para desenvolvermos e validarmos a Escala do Amor (EA). Inicialmente, descreverei as diversas visões do amor romântico ao longo da história, bem como as pesquisas mais recentes sobre o tema nas áreas da Psicologia e da Neurobiologia. A partir da página 32, me concentrarei no conceito do amor patológico e nos desafios envolvidos na sua identificação, os quais culminaram na elaboração da EA.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Amor

1.1.1 O que é amor, afinal?

Apesar de amplamente abordado, desde o início dos tempos, pela literatura, música, cinema, pintura, mídia, por se tratar de tema abstrato e complexo, é difícil estabelecer uma definição precisa do que é amor.

Originário do latim *amore*, na língua portuguesa o vocábulo *amor* pode abranger diversos entendimentos diferentes, tais como: afeto, ligação espiritual, benevolência, carinho, desejo sexual, apego, caridade.

O médico e biólogo Humberto Maturana foi um dos cientistas que definiu amor, compreendido por ele não como dom ou qualidade, mas como

um fenômeno biológico relacional da nossa espécie, base da cooperação social e responsável pela formação de vínculos afetivos.

Assim, segundo Maturana (1998) amor é sinônimo de apego biológico, surge a partir do prazer da companhia, da preferência e, fundamentalmente, da aceitação de um legítimo Outro na convivência.

O Outro, em uma relação de amor, pode ser: Deus, a ciência, a pátria, si mesmo (narcisismo), o próximo (compaixão), próprio (autoestima), os filhos (amor maternal/paternal), os irmãos ou amigos (fraternal) e o parceiro (amor romântico).

Nesta Tese, o foco de estudo é o amor romântico, ou seja, o sentimento (ou vínculo amoroso) em relação ao parceiro. Deste modo, o termo “amor romântico” aqui utilizado não corresponde ao período histórico do romantismo, mas ao sentimento de uma pessoa em relação à outra, com a qual a primeira está (ou esteve) em um relacionamento amoroso de qualquer tipo, isto é, flerte, namoro, casamento ou relacionamento extraconjugal.

1.2 Amor e psicopatologia

1.2.1 Enfoque histórico

■ Filósofos clássicos

Platão (428/27 – 347 a.C.) publicou O Banquete, primeiro tratado filosófico sobre o amor romântico e que influencia até hoje o conhecimento sobre o amor e suas patologias. Durante um encontro filosófico, Aristófanes contou sobre a história da natureza humana. Discorreu acerca da teoria dos andróginos. De acordo com sua teoria, existiam três gêneros: masculino

(rebento do sol); feminino (da terra) e masculino feminino (advindo da lua). Os andrógynos eram seres esféricos, com duas cabeças, quatro braços, quatro pernas e duas genitálias. Tais genitálias não eram utilizadas para reprodução, pois eles se multiplicavam como sementes, enterrados no chão (Platão, 1976).

Estes seres dispunham de força e vigor enormes e, então, decidiram fazer uma escalada para o Olimpo, a morada dos deuses, causando a ira de Zeus. Diante disso, Zeus decidiu que precisava fazer algo com aquelas criaturas para que se enfraquecessem. Determinou a Apolo que os cortasse ao meio e eles passaram a ter uma cabeça, dois braços, duas pernas e uma genitália. Apolo repuxou a pele para todos os lados e deixou apenas uma abertura: o umbigo, para que se lembrassem do “castigo divino”.

Estas metades perderam a vontade de viver, não comiam, nem bebiam e muito menos se enterravam para reproduzir. Apenas vagavam em busca da sua outra metade. Quando se encontravam, entrelaçavam os corpos e acabavam morrendo de fome e de inércia, pois não queriam fazer nada longe do outro. Uma vez restabelecida a unidade, prometeu Aristófanes, os seres estariam satisfeitos até a morte e além dela.

Assustado com a possibilidade do fim da espécie, Zeus decretou que Apolo colocasse as genitálias abaixo do umbigo, para que pudessem se unir sexualmente quando se abraçavam, originando a reprodução pela cópula.

O conceito de “amor fusional” ou “amor complementar” teve origem a partir deste mito, onde cada sujeito vai em busca de sua metade, na ânsia de encontrar o seu par complementar ou a sua alma gêmea para sentir-se “inteiro” ou “completo”.

A partir desse pressuposto, Platão diferenciou o “amor complementar” ou “possessivo”, que deseja e persegue o outro a todo custo, como um objeto a devorar, do “amor autêntico” ou “verdadeiro” que, designado ao belo, ao verdadeiro e ao bem, liberta o outro de quaisquer sofrimentos, conduzindo a sua alma ao “banquete divino”. Posteriormente, outros autores deram continuidade à diferenciação entre o que seria patológico e saudável na esfera do amor.

■ Cristianismo

De 301 até o séc. XI, o amor continuou a ser idealizado e a união considerada "superior" era aquela com intenção procriadora, apenas. Ocorria a negação do corpo, que deveria ser negligenciado e, ainda, sublimado em favor de um ideal absoluto. Para assegurar a salvação e o paraíso, só era permitido o amor ao próximo, a Deus e a caridade. Com este objetivo, o vínculo amoroso era incondicional, aquele que tudo suporta, baseado no sacrifício e na abdicação. Neste contexto, a instituição casamento objetivava a estabilidade da sociedade, a reprodução e a união de riquezas (Rougemont, 1988).

■ Sociedade de cortesia (séc. XII)

Contrariando este cenário anterior, a partir do séc. XII surgiu o "amor cortês" – jogo onde a "dama" (mulher casada) era um objeto de amor inalcançável e o homem se lançava a ela com demonstrações esportivas – como uma recusa a normas e padrões estabelecidos pela Igreja e pela sociedade. O amor cortês enfatiza a escolha do parceiro por amor, porém este ainda fonte de sofrimento e de desejo insatisfeito (Rougemont, 1988).

Em meados da Idade Moderna (séculos XVI – XVIII), época da "revolução científica", ocorreu um grande progresso na filosofia e na ciência (Física, Matemática e Química). Nesse período, passaram a ocorrer críticas ao amor complementar (citado desde Platão). No Renascimento valorizava-se a subjetividade do Eu em contraposição ao social, o indivíduo passou a ser compreendido como um todo indivisível. De acordo com este ideal utópico moderno, no relacionamento amoroso amante e amado seriam singularidades absolutas e responsáveis pela própria felicidade (Lázaro, 1996).

■ Romantismo (séc. XVIII-XIX)

O romantismo reuniu vários elementos dos tipos de amor anteriores, pois ainda enfatizava a tragédia e não rompeu com o idealismo, sendo vivenciado de maneira passiva e infeliz. Neste período, o amor ganhou ainda mais centralidade, passando a ser a justificativa da existência dos amantes, que se orgulhavam de "matar ou morrer" por amor. Para Beauvoir (1908-1986) e Sartre (1905-1980), os relacionamentos amorosos fundamentados nestes conceitos – desejo idealizado e centralidade – levam ao sofrimento porque pressupõem a renúncia dos dois Eus (das singularidades) em prol de uma unificação incondicional com o parceiro (Beauvoir, 1990; Sartre, 2005).

Kant (1724-1804) retomou a concepção de Platão de que existiriam duas formas de amor, uma saudável e outra doentia. Para Kant, o "amor-acção" ou "amor prático" é o único moralmente aceitável, pois implicaria em preocupação verdadeira e desinteressada pelo bem estar do outro; o "amor-paixão" ou "amor patológico" seria descontrolado e implicaria em desatino e desprezo pelo outro. Assim, o termo “amor patológico” foi primariamente citado

por Kant, cujos comportamentos característicos derivariam de paixões volúveis e não de um exame racional do que deve ser feito (Kant, 1960). Além de Kant, não encontramos na literatura outros autores que tenham utilizado esse termo.

■ Contemporaneidade (séc. XIX em diante)

No início do século XIX, Freud definiu amor como um conjunto de processos mentais internos que dirigem a libido do indivíduo para um objeto (parceiro) com objetivo de obter satisfação (Freud, 1974). Por meio dessa descrição que indica a sexualidade como base de todas as manifestações do amor, o pai da psicanálise foi alvo de crítica por parte de alguns autores, que consideravam que tal ideia seria uma repetição de conceitos filosóficos anteriores, particularmente de Nietzsche (Fromm, 1956).

No período entre a segunda metade do século XIX e a primeira década do século XX (época Vitoriana), os movimentos sociais populares perderam lugar para um sistema social equilibrado, devido à estabilidade do Império Britânico, governado pela rainha Vitória (1819 – 1901). Esta época foi marcada pelo retorno de virtudes sociais, como polidez e discrição. Nesse contexto puritano, o casamento era contratado por conveniência, pelas próprias famílias ou por agente matrimonial, ou seja, consumava-se com objetivos sociais e acreditava-se que o amor se desenvolveria após o casamento (Fromm, 1956).

Na contemporaneidade, outros autores postularam a existência de dois tipos de amor romântico. Segundo Fromm, o "verdadeiro amor" ou "amor maduro" é caracterizado por cuidado, responsabilidade, respeito, conhecimento e permite preservar a própria integridade e individualidade; e o "falso amor"

baseia-se em submissão, passividade, dotado de contornos neuróticos. Esse último seria caracterizado por uma união simbiótica, em que o indivíduo foge do sentimento de isolamento e separação, procurando tornar-se parte de outra pessoa, a qual passa a dirigir e proteger o primeiro. Essa submissão indicaria dependência e falta de integridade (Fromm, 1956).

1.2.2 Enfoque sociocultural e familiar

Na contemporaneidade, assim como o Capitalismo passou a permissividade para o consumo e acumulação de bens, na instituição família este mesmo movimento ocorreu. De repressores e formadores de indivíduos com superego forte, capazes de bastar a si mesmos, os pais tornaram-se muito permissivos para com os desejos dos filhos, os quais, sem laços afetivos que o orientem, tornaram-se inseguros, com superegos fracos e inclinados, portanto, a dependência da opinião e da aprovação do outro (Chauí-Berlinck, 2008).

Em um relacionamento amoroso, esta procura (narcísica) por aprovação e atenção do parceiro pode ser, do ponto de vista psicológico, uma tentativa de repetição da procura por segurança e afeto onipresente na relação simbiótica com a mãe, num período onde não havia sensação de falta, uma vez que o bebê recebia afeto e todas as suas necessidades eram prontamente atendidas (Freud, 1976).

Além dessa atual permissividade para obtenção do afeto desejado, a nossa época admitiu a liberdade de escolha do parceiro (por amor), o que se tornou quase universal no mundo ocidental, diferentemente do que ocorre no Oriente, onde essa escolha é permeada pela manutenção dos laços familiares e espera-se que o amor se desenvolva com o tempo (Goodwin e Finlay, 1997).

Em pesquisa realizada em diversas culturas, Levine et al. (1995) ratificaram que a porcentagem de indivíduos que “não casaria com alguém que não amasse” é bastante superior no Ocidente: 85.9% (Estados Unidos), 85.7% (Brasil), 62.6% (Japão), 33.8% (Tailândia) e 24.0% (Índia). Outro estudo transcultural também constatou diferenças entre japoneses (n=223) e russos (n=401) – que têm menor número de indivíduos com comportamento conquistador e que iniciam relacionamento após uma longa amizade – do que americanos (n=1043). Com relação ao comportamento possessivo e dependente no amor, também foram identificadas divergências culturais: na população americana, as mulheres com tais características superaram os homens e, entre japoneses e russos, estas atitudes prevaleceram no sexo masculino (Sprecher et al., 1994).

Ainda, a liberdade de escolha do parceiro pertinente à nossa sociedade ocidental pode ter contribuído para acentuar a ideia (errônea) de que amar é simples, e de que o difícil é encontrar o objeto (parceiro) certo para se amar ou pelo qual ser amado. Segundo Erick Fromm (1956) – que retomou a ideia publicada pelo poeta Publius Ovidius Naso (2001), conhecido como Ovídio, entre 1a.C a 1d.C. – amar é uma arte e requer aprendizado, assim como qualquer outra arte ou ciência, como ocorre na pintura e na medicina. Acreditando que as atitudes amorosas poderiam ser aprendidas com o empenho do leitor, estes autores escreveram orientações para melhorar a qualidade de tais atitudes.

A liberdade de escolha também pode estar relacionada com outra característica igualmente importante descrita anteriormente: na

contemporaneidade, a nossa cultura passou a se basear no apetite pelo consumo. Na década de 50, Fromm (1956) já referiu que, assim como se sentia feliz em comprar tudo que queria, o homem encarava o parceiro como um objeto a obter, isto é, duas pessoas costumam se apaixonar quando acreditavam ter encontrado o melhor objeto disponível no mercado, conforme os valores cambiais próprios. Atualmente, os laços amorosos (e familiares), denominados “amor líquido” pelo sociólogo polonês Bauman (2004), ainda estão cada vez mais frágeis, momentâneos e volúveis. Com o avanço tecnológico, os relacionamentos amorosos passaram a ser tratados como mercadorias, isto é, se existe algum defeito, são trocados por outros. Marcado por ligações abertas e virtuais, rapidamente adquiridas e substituídas, o “amor líquido” gera insegurança, desconfiança e medo de se relacionar.

Ainda, partir das décadas de 60 a 70, com o advento da revolução sexual e a descoberta da pílula anticoncepcional, surgiram novos códigos de comportamento sexual e as conquistas positivas foram relevantes: muitos tabus a cerca do sexo foram derrubados, as mulheres passaram a ser mais independentes (não mais submissas aos maridos), os homossexuais passaram a ter mais direitos e liberdade etc.

Entretanto, conforme esclarece Eberstadt (2012) em seu livro *Adam and Eve after the Pill: Paradoxes of the Sexual Revolution*, esse contexto com excessiva liberdade também gerou consequências negativas, inclusive para as mulheres (sobretudo para aquelas com menor poder aquisitivo), que passaram a conviver com o impacto do divórcio, que implica em dificuldade financeira e maior responsabilidade pela educação dos filhos. Outro efeito negativo da revolução sexual relatado pela autora foi a chamada “adulescência”, ou seja,

os adultos estariam cada vez mais se comportando como adolescentes, resultado da modernidade ter vendido a ideia de que é possível praticar sexo livre sem pagar preço algum por isso. Para esta escritora, apesar dos homens celebrarem, muitos se mostram incapazes de sair da eterna adolescência, isto é, de assumir maior responsabilidade pelas suas vidas e pelos seus dependentes. Assim, o lado negativo da revolução sexual seria ter contribuído para enfraquecer a instituição família, suporte social para a qualidade de vida das crianças.

Apesar dessas concepções históricas, sociais e psicopatológicas sobre o amor e sua relação com a saúde e a doença mental, as pesquisas científicas são escassas na área da psiquiatria. Contudo, alguns cientistas sociais e do comportamento, nos últimos 40 anos, têm proposto a existência de tipos de amor específicos (Sternberg e Barnes, 1988). Duas dessas teorias classificatórias mais utilizadas, que influenciaram a criação de escalas utilizadas neste estudo, foram propostas pelo sociólogo canadense John Lee (1973, 1977) e pelo psiquiatra inglês John Bowlby (1969) e sua colaboradora, a psicóloga Mary Ainsworth (1978), as quais passamos a descrever.

1.2.3 Enfoque psicológico

Do ponto de vista psicológico, o amor é entendido como um sentimento característico do amadurecimento humano. A criança necessita muito de amor, mas ainda não ama (Amaro, 2006). Tem o potencial para aprender a amar (Bowlby, 1969; Bowlby, 1979) e, quando é devidamente estimulada, o potencial surgirá; se não for estimulada, irá se deteriorar.

Receber amor na infância, portanto, é fundamental para que as crianças desenvolvam a capacidade de amar, necessária para os relacionamentos da vida adulta (Bowlby, 1969; Bowlby, 1979; Hazan e Shaver, 1987; Donnellan, Larsen-rife e Conger, 2005; Amaro, 2006).

No entanto, quando os pais ou cuidadores priorizam estimular na criança não o amor, mas a liberdade, em lares extremamente permissivos, com pais distantes ou desajustados, alguns alcoolistas e/ou abusadores, não ocorre o aprendizado de amar e um número maior de crianças passam a nutrir medo de serem abandonadas (Norwood, 1985; Timmreck, 1990). A fim de evitar o temido abandono, muitas assumem as responsabilidades dos pais, por exemplo cuidando dos irmãos e/ou dos afazeres domésticos (Norwood, 1985).

Portanto, em termos psicológicos, a essência do comportamento amoroso patológico parece não ser amor, e sim medo – de ficar só (abandono), de não ter valor (baixa autoestima), de não merecer amor – de modo que, apesar da falta de liberdade sobre as próprias atitudes e do sofrimento gerarem prejuízo ao indivíduo, estar "preso" a um parceiro propiciaria alívio de tais temores, presentes desde a infância (Norwood, 1985; Moss, 1995).

O primeiro grande estudo sobre as diferentes atitudes no amor, foi realizado por John Alan Lee e publicado em *The colors of love* (1973). Juntamente com seus alunos da Universidade de Toronto, Lee realizou entrevistas com 120 indivíduos, em quatro cidades, duas canadenses e duas inglesas. Os participantes foram convidados a descrever o que entendiam por amor e foram coletados 100.000 itens associados ao amor, comprovando a existência de diversas variações ou "love-styles". Em seguida, Lee colocou os estilos de amor predominantes em uma "roda da cor", como ele denominou, e

comparou o mecanismo humano de visão de cores com a capacidade de amar. Segundo Lee, assim como os nossos olhos tem receptores para apenas três cores (azul, amarelo e vermelho) e por meio da combinação destas visualizamos diversas cores diferentes, teríamos três estilos de amor cuja combinação propiciaria inúmeros outros estilos de amor.

Os estilos de amor primários são Eros, Ludus e Estorge. Eros (amor romântico e apaixonado) se inicia com uma grande atração física, direcionada para um tipo de pessoa ideal, e evolui para o comprometimento mútuo. Ludus (amor sedutor) está voltado para o prazer da conquista, para o jogo da sedução com várias pessoas simultaneamente. No estilo Estorge (amor companheiro), o amor surge a partir de uma longa amizade, onde a confiança é construída com o tempo e a partir das afinidades (Lee, 1977).

Da combinação dos 3 estilos primários derivam os estilos secundários de amor. Pragma (Ludus + Estorge) é o amor pragmático ou *shopping-list love*, que examina os pretendentes antes de se envolver para verificar se atendem às expectativas para um futuro relacionamento. Ágape (Eros + Estorge), amor altruísta e desinteressado, inclui cuidado incondicional ao outro e ausência de egoísmo. No estilo Mania (Eros + Ludus), possessivo e dependente, ocorre cuidado obsessivo do ser amado e a necessidade de atrair a atenção do parceiro de forma contínua (Lee, 1977).

Esse prestigioso estudo de Lee, denominado *Typology of love* (Lee, 1977), inovou a compreensão sobre o amor na década de 80, pois removeu o foco do problema da qualidade do amor (Fromm, 1956; Naso, 2001) e da quantidade de amor (Peele e Brodsky, 1975; Norwood, 1985), para a importância dos estilos de amor dos parceiros combinarem entre si.

A discussão sobre a quantidade de amor foi levantada especialmente pela psicoterapeuta de casal Robin Norwood, no famoso *best seller* de sua autoria *Women who love too much* (Norwood, 1985), base do grupo de autoajuda MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas). Conforme indica o próprio título do livro, por meio de relatos de casos de diversas mulheres atendidas na experiência clínica da autora, o fenômeno denominado por ela “amar demais” é observado no comportamento excessivo e progressivo de dar amor e atenção ao parceiro, o qual levaria a mulher a se tornar viciada e dependente de um parceiro, em geral, desatencioso e distante.

Seria um tipo de dependência comportamental, ou seja, uma dependência amorosa em relação ao parceiro, concepção esta que está de acordo com a ideia publicada anteriormente por Peele e Brodsky (1975), que definem “love addiction” como uma “experiência viciante” que seria absorvida pela mente do indivíduo e, assim como acontece com os analgésicos, aliviaria a sensação de ansiedade e dor.

Portanto, apesar desses autores mencionarem a excessiva e progressiva intensidade do comportamento amoroso (Peele e Brodsky, 1975; Norwood, 1985) e de outros acentuarem a questão da qualidade do amor (Fromm, 1956; Naso, 2001), o conceito proposto por Lee enfatiza a importância da combinação dos estilos de amor dos parceiros (Lee, 1977), o qual inspirou a criação de uma escala de avaliação das atitudes relativas ao amor amplamente utilizada, a Escala de Atitudes de Amor (EAA) (Hendrick et al., 1998).

Uma das pesquisas utilizando este instrumento concluiu que os estilos de amor Eros e Ágape são preditivos de relacionamentos amorosos gratificantes e saudáveis (Frazier e Esterly, 1990), enquanto que a alta

pontuação para Mania (Fricker e Moore, 2001), assim como Ludus, indicam pouca satisfação no relacionamento amoroso (Frazier e Esterly, 1990; Fricker e Moore, 2001). Ágape gera controvérsia sobre a associação com relacionamento satisfatório, pois nos estudos de Hendrick et al. (1988) e Hendrick e Hendrick (1997) somente o estilo Eros mostrou-se preditivo de satisfação no relacionamento amoroso.

Já, segundo Martin et al. (1990), nos relacionamentos onde as mulheres apresentam estilo de amor Mania – similar à dependência afetiva porque ambos incluem preocupação excessiva pelo parceiro e possessividade (Lee, 1988) – os homens costumam referir infelicidade conjugal. O contrário não se aplica: quando Mania é o estilo característico dos homens, em geral as mulheres referem satisfação com seus relacionamentos. Esses dados foram corroborados em nossa população, em estudo realizado com 146 casais de Porto Alegre (RS), no qual os autores concluíram que o aumento de dependência romântica para as mulheres está associado com o decréscimo da satisfação dos parceiros (Hernandez e Oliveira, 2003).

John Bowlby (1969), por sua vez, desenvolveu outra importante teoria, que revolucionou o conhecimento sobre vínculo (ou apego) entre mãe e filho (Bretherton, 1992): a "teoria do apego". Segundo os estudos existentes na época e confirmados por Bowlby, o apego entre o principal cuidador (em geral, a mãe) e o bebê seria um fenômeno inato e extremamente útil para a sobrevivência da nossa espécie, haja vista a sua importância na amamentação e para a preservação da nossa espécie, por consequência.

Contrariamente ao apego, que é inato, o "tipo de apego" seria aprendido pela criança na relação com o principal cuidador e se transformaria

em característica estável de personalidade (Bowlby, 1969, 1979). Em 1978 foi publicado o primeiro e mais relevante teste da teoria do apego, por sua colaboradora Mary Ainsworth. Usando métodos empíricos, ela desenvolveu o método experimental "situação estranha" para observar as reações da criança em interação com a mãe (ou seu cuidador) em uma vivência de separação.

Com este método, a autora criou o primeiro sistema de classificação do apego entre o cuidador e a criança, composto pelas seguintes categorias: Seguro (cuidador é sensível e disponível às necessidades do bebê, que se sente corajoso para explorar o mundo e se relacionar), Rejeitador (bebê sofre constante rejeição por parte do cuidador e passa a tentar viver sem amor, sendo autosuficiente) e Ansioso/ambivalente (ocorre oscilação de disponibilidade do cuidador, bebê sofre ameaças ou vivências de separação e de abandono, gerando ansiedade de separação na vida adulta).

Após nove anos, com base na teoria do apego, Hazan e Shaver (1987) criaram o instrumento Tipo de Apego Adulto (TAA). Para tanto, as autoras estudaram 620 leitores do jornal Rocky Mountain News (205 homens e 415 mulheres) e 108 estudantes de psicologia (38 homens e 70 mulheres). Por meio da aplicação deste questionário, concluiu-se que o tipo de apego estabelecido na infância (Seguro, Rejeitador e Ansioso/ambivalente) seria preditivo da maneira pela qual o sujeito se relaciona na vida adulta.

Posteriormente, Bartholomew (1990) publicou uma proposta de modelo de apego adulto composto por 4 tipos: Seguro/autônomo, Desapegado/evitativo (ou Rejeitador), Preocupado/ansioso (ou Ansioso/ambivalente) e Amedrontado (ou Desorganizado/desorientado). Esse último tipo de apego foi identificado por Main e Hesse (1990) e diz respeito a

crianças que, na "situação estranha", mesmo na presença da mãe (antes da separação), apresentavam comportamentos incoerentes, impulsividade e apreensão constantes, não conseguindo manter uma estratégia adequada para lidar com o que as assustava. Esse tipo de apego é comum em crianças que sofreram abuso (físico ou emocional) na infância, cometido pela própria mãe ou outra pessoa (com medo e/ou ameaças à criança).

1.2.4 Enfoque neurobiológico

Pesquisas realizadas com animais demonstraram que a vinculação a um par pode ser explicada por dois sistemas neuronais, responsáveis pela seleção e pela preferência por um par específico: o sistema dopaminérgico córtico-estriatal, também responsável por comportamentos relacionados à volição (Robinson e Berridge, 1993) e pela capacidade de vinculação social (Volkmar, 2001), e o sistema de neuropeptídeos transmissores, formado pela ocitocina, pela vasopressina e pelos opióides endógenos. A ocitocina e a vasopressina seriam responsáveis pela preferência por determinado par (Wang e Aragona, 2004), enquanto os opióides endógenos, como a betaendorfina, modulariam a sensação prazerosa do ato sexual e, provavelmente, de outras condutas instintivas (van Furth, Wolterink e Van Ree, 1995).

Em humanos, na última década os estudos neuroquímicos utilizando ressonância magnética funcional (fMRI) vem expandindo o conhecimento sobre amor romântico (Insel, 2003; Fisher, 2004; Marazziti, 2007; Acevedo et al., 2011; Acevedo et al., 2012; Burkett e Young, 2012; Feldman, 2012).

Em 2002, a psiquiatra italiana Donatella Marazziti elucidou as duas etapas do amor romântico: Atração (que pode dar início à paixão) e Apego (a

base do amor). Na 1ª etapa (Atração), ocorreriam sensações inatas e universais em nossa espécie, que ativariam todos os estímulos sensoriais (olfato, audição, tato, gustação e visão) e que se cruzariam na amígdala, estrutura do sistema límbico responsável pelas emoções e suas correspondentes respostas. A amígdala, então, informaria ao córtex o que está acontecendo e propiciaria a sensação de prazer despertada pelo objeto da paixão. A atividade da amígdala seria mediada principalmente pela serotonina. A disfunção serotoninérgica se associaria à dificuldade de apaixonar-se, queixa frequentemente apresentada por pacientes deprimidos (Marazziti, 2007).

Já a responsividade da amígdala seria modulada pela dopamina e estaria ligada à sensação de "perder a cabeça", além de diminuir a ação de freio do córtex. Para Marazziti, o estado de alerta geral, a ativação psicomotora e o aumento de energia e atenção peculiares desta etapa sugerem, ainda, ativação noradrenérgica. As ideias intrusivas e repetitivas com relação ao parceiro, igualmente frequentes na etapa da Atração, por sua vez, se assemelham às ideias obsessivas presentes no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (Marazziti et al., 1999; Marazziti, 2007).

Na 2ª etapa (Apego) atuariam principalmente dois peptídeos, responsáveis pelos comportamentos sociais: a ocitocina, necessária para o desenvolvimento do comportamento materno e sexual, além de reduzir a ansiedade de separação em crianças (causadas por abandono, abuso ou negligência na infância) (Feldman, 2012) e a vasopressina, mais associada à regulação da conduta paterna (Marazziti, 2007).

Em 2004, a antropóloga americana Helen Fisher encontrou resultados similares. Utilizou ressonância magnética funcional (fMRI) em 40

homens e mulheres recentemente apaixonados, para registrar a atividade cerebral destes indivíduos. Uma das conclusões importantes foi que certas partes do corpo e da ponta do núcleo caudado são ativadas quando o sujeito olha a foto do parceiro. Ou seja, ocorre um aumento do fluxo sanguíneo, comum apenas mediante recompensas intensas, a exemplo do que ocorre em dependentes químicos ou em jogadores patológicos quando se aproximam das drogas ou do jogo de escolha (Fisher, 2004).

Para comprovar o caráter universal das respostas aumentadas em áreas cerebrais específicas, as quais poderiam ser moduladas por aspectos culturais, Helen Fisher (2004) desenvolveu e aplicou um questionário sobre o amor romântico a 437 americanos e 402 japoneses. Os resultados comprovaram que as variáveis idade, gênero, orientação sexual, religião e etnia não interferiram nas respostas cerebrais dos apaixonados.

Esta pesquisa também evidenciou que existem três diferentes impulsos relacionados ao amor, cada um com seus compostos químicos específicos: Amor romântico (ou Paixão), Atração sexual (ou Luxúria) e de Ligação (ou Vinculação). A paixão estaria associada principalmente à regulação dopaminérgica e, potencialmente a norepinefrina e serotonina; a Luxúria ocorreria desde a adolescência e é de responsabilidade biológica da testosterona (para ambos os sexos) e para a Vinculação, os hormônios críticos seriam ocitocina (que colabora para as uniões sociais, inclusive entre macho e fêmea e entre mãe e filho) e vasopressina (que participa da preferência por determinado parceiro, contribuindo para a fidelidade) (Fisher, 2004).

No caso da Vinculação patológica, caracterizada pelo medo de perda e ansiedade de separação do parceiro, poderíamos levantar a hipótese

de que tais indivíduos manteriam, mesmo com o passar do tempo, a ativação dopaminérgica característica da fase inicial do relacionamento, denominada fase da Atração (para Marazziti) e da Paixão (para Fisher).

Em estudo recentemente publicado (Acevedo et al., 2012), foram examinados 17 indivíduos (10 mulheres e 7 homens) casados em média há 20 anos e que ainda se sentiam intensamente apaixonados e satisfeitos com o relacionamento. O exame de ressonância magnética, realizado enquanto observavam fotos do parceiro, mostrou aumento da atividade cerebral, particularmente em estruturas relacionadas ao sistema de recompensa dopaminérgico, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos (Aron et al., 2005; Ortigue et al., 2007; Xu et al., 2011) que analisaram indivíduos recentemente apaixonados (fase da Atração ou Paixão).

Nos recém-apassionados, seriam ativadas regiões cerebrais relativas à ansiedade e obsessão, como núcleo caudado, cíngulo e hipotálamo posteriores e, nos casados e satisfeitos a longo tempo, além dessas, também se ativariam regiões ligadas à calma (implicadas no apego e ajustamento do casal), como o globo pálido (Acevedo et al., 2011).

1.3 Amor patológico

1.3.1 Definição e compreensão teórica

Neste levantamento sobre aspectos conceituais, psicológicos e neurofisiológicos do amor romântico, encontramos várias denominações diferentes para descrever o quadro patológico desta emoção: amor possessivo, amor obsessivo, amor paixão, amor complementar, amor mania, amor

ansioso/ambivalente, dependência do parceiro (“love addiction”), dependência afetiva, dependência romântica, amor patológico etc. Já que as pesquisas estão longe de serem conclusivas, optamos por amor patológico, uma vez que esta denominação é a menos comprometida com a definição da natureza psicopatológica da condição como obsessiva, compulsiva ou de dependência, como algumas nomenclaturas acima tendem a sugerir (Sophia, Tavares e Zilberman, 2007).

Amor patológico (AP) é o comportamento de prestar atenção e cuidados ao parceiro de maneira repetitiva e sem controle, em uma relação amorosa. Esta conduta passa a ser prioritária para o indivíduo, em detrimento de outros interesses antes valorizados (Simon, 1982; Fisher, 1990; Sophia, Tavares e Zilberman, 2007) e costuma ser mantida, apesar das evidências concretas de que é prejudicial para sua vida e/ou para a vida de seus familiares (Norwood, 1985; Sophia, Tavares e Zilberman, 2007).

Assim como ocorre em outros comportamentos compulsivos, no amor também não é fácil estabelecer o limiar entre o que é saudável e o que é patológico. Como podemos identificar este limiar?

O amor costuma envolver o comportamento saudável e mútuo de prestar atenção e cuidados ao parceiro. Já no AP ocorre perda de controle e de liberdade de escolha sobre tal comportamento, que passa a ser prioritário para o indivíduo em detrimento de outros interesses anteriores (Simon, 1982; Norwood, 1985; Fisher, 1990; Sophia, Tavares e Zilberman, 2007).

Sabemos que cuidar do parceiro é algo natural e esperado em um relacionamento amoroso saudável. No entanto, contrariamente ao que ocorre no AP, no amor saudável tal comportamento ocorre com controle e duração

limitada. Desta forma, o desenvolvimento e a realização individual são preservados. Em um relacionamento saudável, observamos que as atividades e os interesses pessoais, existentes antes do vínculo amoroso se estabelecer – atenção aos filhos, cuidados pessoais, amigos, dentre outros – são mantidos ou aprimorados (Simon, 1982; Sophia, Tavares e Zilberman, 2007).

Na esfera do amor romântico é onde os indivíduos convivem com as mais fortes emoções, dentre elas o (des)prazer e a (in)felicidade decorrentes do amor vivenciado de modo saudável ou patológico. Os relacionamentos amorosos saudáveis e satisfatórios, além de favorecerem o desenvolvimento pessoal, são a fonte mais importante de bem-estar, de felicidade e de enriquecimento individual (Bystronski, 1992; Bystronski, 1995; Marazziti, 2007). Quando terminam, podem gerar grandes sofrimentos, necessários para reunir mais aprendizagens.

Por outro lado, se o relacionamento amoroso é mantido mesmo quando traz sofrimento intenso e continuado, ou seja, se o indivíduo não consegue melhorar a sua maneira de amar e nem romper com o relacionamento insatisfatório, o bem estar do indivíduo pode ficar bastante comprometido.

1.3.2 Critérios para identificação

Alguns autores sugerem semelhanças entre as características do AP e os critérios diagnósticos empregados na dependência de substâncias (Simon, 1982; Norwood, 1985). Evidências recentes, utilizando principalmente ressonância magnética funcional (fMRI) ou tomografia por emissão de pósitrons (técnicas PET), também têm confirmado que a dependência de amor

fornece uma topografia psicobiológica similar à dependência química.

Fisher e colaboradores (2010), por exemplo, verificaram que ambos – dependência de drogas e do parceiro – estariam associados à atividade dopaminérgica em regiões do sistema de recompensa cerebral, incluindo o córtex frontal orbital. Outros estudos corroboraram que a exposição a fotos do parceiro ativa a área tegmental ventral (VTA) do cérebro, que está associada com a via dopaminérgica mesolímbica (Aron et al., 2005), cuja ativação se relaciona à redução da dor subjetiva (Younger et al., 2010). Uma comparação interessante: muitos dependentes de drogas referem ter um "relacionamento amoroso" com a sua droga de escolha, assim como muitos de nossos pacientes com AP referem-se a seus parceiros como a sua "droga".

Comparando os critérios para dependência de substâncias apresentados pela *American Psychiatric Association* (1994) e as características clínicas dos sujeitos que nos procuram porque a sua forma de amar lhes causa sofrimento, pelo menos seis critérios se assemelham. Desse modo estabelecemos os critérios para identificação do AP (Sophia, Tavares e Zilberman, 2007):

- 1) Sinais e sintomas de abstinência – quando o parceiro está distante (física ou emocionalmente) ou mediante ameaça de abandono, como o rompimento da relação, podem ocorrer sintomas físicos, como: insônia, taquicardia, tensão muscular, alternando-se períodos de letargia e intensa atividade.
- 2) O comportamento de cuidar do parceiro ocorre em maior quantidade do que o indivíduo gostaria – o indivíduo costuma se queixar de manifestar atenção ao parceiro com maior frequência ou por período mais longo do

que inicialmente pretendia.

- 3) As atitudes para reduzir ou controlar o comportamento patológico são mal sucedidas – a pessoa promete para si mesma que não vai entrar em contato, mas não consegue manter-se nessa direção.
- 4) É dispendido muito tempo para controlar as atividades do parceiro – a maior parte da energia e do tempo do indivíduo é gasta com atitudes e/ou pensamentos para manter o parceiro sob controle.
- 5) Interesses e atividades anteriormente valorizadas costumam ser abandonados – como o indivíduo passa a viver em função dos interesses do parceiro, as atividades propiciadoras da realização pessoal e desenvolvimento profissional são deixados de lado, incluindo: cuidado com filhos, investimentos profissionais, convívio com colegas etc.
- 6) O indivíduo tenta manter o relacionamento apesar dos problemas pessoais, familiares e profissionais – mesmo consciente dos danos, persiste a queixa de não conseguir controlar o próprio comportamento.

1.3.3 Perspectiva da psiquiatria

A caracterização psicopatológica do AP é controversa. Alguns autores identificam este quadro como dependência do vínculo amoroso, um subtipo de transtorno de personalidade dependente dirigida exclusivamente ao parceiro (Pincus e Wilson, 2001; Ellis e Mellsop, 2002). Outros, o relacionam às dependências comportamentais ou *love addiction* (Peele e Brodsky, 1975; Simon, 1982; Norwood, 1985; Timmreck, 1990).

Com relação aos aspectos comórbidos, alguns estudiosos sugerem que o AP pode ocorrer isoladamente, em personalidade vulnerável (Timmreck,

1990; Gjerde, Onishi e Carlson, 2004), com baixa autoestima (Timmreck, 1990; Nelson Hill-Barlow e Benedict, 1994; Bogerts, 2005) e sentimentos de rejeição, de abandono e de raiva (Timmreck, 1990; Moss 1995; Donnellan et al., 2005), ou pode se apresentar secundariamente a transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade (Peele e Brodsky, 1975; Simon, 1982; Norwood, 1985; Wang e Nguyen, 1995; Donnellan et al., 2005). Nesse caso, a gravidade dos sintomas psiquiátricos contribuiria para a manutenção de relacionamentos patológicos.

Em análise com 50 indivíduos com AP, estes dados foram confirmados: uma parte considerável (22%) dos indivíduos com AP não apresentava nenhum quadro psiquiátrico e, dentre aqueles com transtornos psiquiátricos associados, a grande maioria apresentou episódio depressivo maior (48%) ou transtorno de ansiedade generalizada (42%) (Sophia, 2008).

Com relação ao curso, nossa hipótese é que, nos estágios iniciais do AP (com ou sem quadros psiquiátricos associados), o padrão de relacionamento conturbado, assim como ocorre com o usuário experimental de cocaína ou de outro estimulante, propiciaria alívio da angústia, pois o permanente estado de estresse acarretaria liberação adrenérgica e protegeria o indivíduo contra a manifestação dos sintomas angustiantes inerentes à depressão e/ou à ansiedade. Ainda, o sujeito com AP costuma acreditar que o parceiro trará significado para sua vida, ilusão que inicialmente alivia a ansiedade de ter que dar conta de si sozinho (Pinsky, 1951; Simon, 1982; Norwood, 1985).

Ao longo do relacionamento conturbado, acreditamos que o curso do AP também se assemelha ao que pode ocorrer com o uso de cocaína, por

exemplo. Após a fase da atração (uso) e do apego (abuso), o indivíduo com AP costuma se descrever como “preso ao parceiro” (sic), necessitando controlá-lo constantemente, sem conseguir melhorar ou sair da relação, isto é, está dependente do parceiro. Nesta fase, o indivíduo passa a referir intenso sofrimento psíquico (ansiedade de separação, medo de perder o parceiro, raiva, tristeza etc.) e físico (perda de peso, alteração no apetite e no sono, abandono dos cuidados pessoais), além de relatar o sofrimento gerado ao parceiro e a familiares.

Na nossa experiência clínica, em decorrência desta dependência do parceiro, observamos grande sofrimento, angústia, raiva e medo de perdê-lo. Um dos relatos mais comuns é “me sinto preso(a), mas não consigo me libertar” (sic). Verificamos que algumas pessoas passaram por experiência semelhante brevemente na adolescência (como ocorre na experimentação de uma substância psicoativa); outras permanecem mentalmente “presas” a um único parceiro (mesmo quando o relacionamento já acabou) ou tiveram vários relacionamentos ao longo da vida com o mesmo padrão patológico (como ocorre na dependência de uma substância). Recebemos pacientes de diferentes idades, apresentando sintomas depressivos graves (até mesmo com risco de suicídio) e notamos um pior prognóstico quando o padrão é recorrente ao longo da vida. Deste modo, em geral os relacionamentos são terminados pelos parceiros, rompimentos estes que se associam a enorme desespero, com tentativas obsessivas de recuperar o parceiro. É nesse momento que a maior parte dos nossos pacientes busca tratamento.

Devido ao grande sofrimento determinado pelo AP, ao curso (uso-abuso-dependência), ao comportamento similar ao das dependências químicas

e semelhanças com outras dependências comportamentais (Sophia e Zilberman, 2013), pressupomos que o AP seja qualificado como um tipo de transtorno mental à semelhança das dependências comportamentais ou dos transtornos do controle dos impulsos.

1.3.4 Diferenças entre homens e mulheres

Apesar de não existirem estudos epidemiológicos sobre AP ou de prevalência entre os gêneros (Reynaud et al, 2010), sabe-se que esta condição pode acometer homens e mulheres, mas parece ser particularmente mais frequente na população feminina. As mulheres costumam evidenciar maior tendência a considerar o relacionamento amoroso como prioridade, iludidas de que o relacionamento poderá trazer significado para sua vida (Goldberg, 1980; Simon, 1982; Norwood, 1985; Bogerts, 2005) ou que poderá tirá-las do sofrimento gerado pelas sensações negativas relacionadas com a baixa autoestima, medo de abandono, depressão e ansiedade, dentre outros.

No sexo masculino, por outro lado, parecem prevalecer as dependências por comportamentos mais externos e impessoais, como jogo, trabalho, esportes ou *hobbies* do que com amor, considerado mais interno e pessoal (Norwood, 1985).

Em estudo sobre as atitudes associadas com o amor, Lemieux (1996) confirmou que atualmente as mulheres ainda dão maior importância aos relacionamentos amorosos do que os homens, incluindo aspectos como atividades conjuntas, ocasiões especiais, presentes, abnegação e sacrifício pelo relacionamento.

Esta provável predominância das mulheres entre sujeitos com AP pode estar associada, entretanto, a aprendizagens relativas à nossa cultura ocidental. Como visto na página 21, em estudo realizado com três diferentes culturas, com relação à conduta possessiva e controladora no amor (característica do AP), foram identificadas divergências entre as culturas ocidental e oriental: na população americana, as mulheres com tais características superaram os homens e, entre japoneses e russos, as atitudes relativas ao AP prevaleceram no sexo masculino (Sprecher et al., 1994).

Na população geral, foram identificadas diferenças significativas na atitude referente ao relacionamento amoroso entre os sexos. Em estudo com 265 portugueses (135 mulheres e 130 homens), por exemplo, verificou-se que as mulheres eram mais pragmáticas e que os principais estilos de amor masculinos eram Ludus e Ágape (Bernardes et al., 1999). Alguns autores relataram, inclusive, que a prevalência de Ludus (que privilegia a conquista) entre os homens é uma tendência universal (Hendrick e Hendrick, 1995; Bernardes et al., 1999), assim como ocorre com Pragma em relação às mulheres (Hendrick e Hendrick, 1995).

Curiosamente, estudo com 50 homens e mulheres com AP mostrou estilos de amor semelhantes, prevalecendo Mania (amor possessivo e dependente) e Ágape (amor abnegado) em ambos os sexos. É possível que o comportamento amoroso patológico prevaleça sobre as distinções (biológicas, psicológicas e/ou culturais) entre os gêneros. Portanto, o AP não é um padrão típico das mulheres, mas sim um padrão atípico de relacionamento amoroso que pode acometer ambos os gêneros (Sophia, 2008).

Diferentemente das observações de Norwood (1985) sobre o excesso de amor em mulheres com AP e corroborando as ideias de Lee (1977), nossos estudos também mostraram que o AP não se refere à intensidade do amor (ou amor excessivo), uma vez que em ambos os sexos não foi encontrada associação entre intensidade do sentimento amoroso com apego Ansioso/ambivalente e nem com os estilos de amor Mania e Ágape, característicos do AP. Pelo contrário, foi encontrada correlação negativa entre intensidade de amor e estilo de amor Ágape, isto é, quanto mais um indivíduo é Ágape (característico dos indivíduos com AP, com extrema dedicação ao parceiro), menor é a intensidade do sentimento amoroso (Sophia, 2008).

1.3.5 Características de personalidade e do relacionamento amoroso

Com base em achados da dissertação de mestrado "Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade" (Sophia, 2008), constatamos alguns aspectos característicos do indivíduo com AP.

Impulsividade e autotranscendência (fator de caráter relacionado a aspectos de identificação transpessoal, altruísmo e espiritualidade) elevados foram os principais aspectos psicopatológicos associados ao AP, em comparação com indivíduos saudáveis.

Com relação aos aspectos qualitativos do relacionamento amoroso, averiguamos que indivíduos presos em relacionamentos doentios costumam mantê-los, apesar do sofrimento e de se referirem insatisfeitos. Sobre estilo de amor, os estilos Mania e Ágape foram associados ao AP, assim como Eros e Estorge foram considerados saudáveis. O tipo de apego Ansioso/ambivalente foi predominante nos indivíduos com AP e o apego Seguro nos saudáveis.

Apesar dos dados acima indicarem que o AP gera intenso sofrimento, possui aspectos psicopatológicos e qualitativos do relacionamento amoroso específicos e que tais aspectos os diferencia de indivíduos saudáveis, ainda não existe instrumento que sistematize a sua identificação. No item seguinte, apresentamos a fundamentação teórica que embasou o desenvolvimento e a validação de tal instrumento, objetivo desta pesquisa.

1.4 Bases teóricas para criação e validação da Escala do Amor (EA)

Para desenvolver e validar a escala, pesquisamos na literatura qual seria a denominação mais indicada: Inventário, Questionário ou Escala. De acordo com o médico e bioestatístico José Supo (2013), os instrumentos de medição deveriam ser nomeados conforme os seus resultados: Inventários (o resultado é politômico, como as categorias “A”, “B” ou “C” sem nenhuma ordem); Questionários (o resultado é dicotômico, como “Aprovado” ou “Reprovado”) e; Escalas (o resultado é em uma escala ordinal, como “Sempre”, “De vez em quando” e “Nunca”). Desta forma, como nosso instrumento é uma medida ordinal (pág. 96), o termo Escala seria o mais correto a ser utilizado. Assim, o instrumento foi nomeado Escala do Amor (EA).

Para a elaboração de escalas psicológicas, Pascali (2000) explica que devemos nos basear em uma teoria prévia, a qual precisa ser testada em seguida por meio de uma metodologia científica. Os itens componentes das escalas podem ser criados com base na literatura pertinente sobre o construto, na opinião de peritos na área, na experiência do próprio pesquisador ou na análise do conteúdo do construto. Outras duas fontes de itens são: a entrevista

e outros testes que medem o mesmo construto.

Para ser bem representada, uma escala necessita de aproximadamente 20 itens. De acordo com esta construção de escalas com itens criados a partir de teoria prévia – que questionam sobre o conteúdo latente referente aos comportamentos intrínsecos ao construto – para se finalizar um instrumento com 20 itens, após toda elaboração e validação do mesmo, é necessário que se inicie com um número de itens aproximadamente 10% superior aos 20 finais, pois os itens incluídos na escala-piloto possuem validade teórica real. Já no contexto da psicometria tradicional positivista, para se finalizar uma escala com 20 itens, deve-se começar com pelo menos o triplo de itens. Nesse enfoque positivista, os itens não são construídos a partir de uma teoria, mas sim selecionados de um montante de itens que sugere medir um dado construto e, na sequência, estes itens devem ser estatisticamente analisados para identificar quais deles permanecem na escala (Pascali, 2000).

Sobre o processo de validação de escalas, até o século passado este conceito estava centrado na questão da escala medir aquilo que se propõe medir (Cattell, 1946; Kelly, 1927), isto é, avaliar a capacidade de uma escala medir com precisão o fenômeno pesquisado e não outro semelhante. Por exemplo, medir ansiedade (sensação de apreensão, nervosismo ou medo, cuja origem nem sempre é identificada, o que pode piorar a angústia), e não estresse (sensação normal de irritabilidade ou frustração frente a uma situação ou pensamento ameaçador; o estresse contínuo pode ser preditivo dos transtornos de ansiedade).

Na atualidade, o conceito de validade evoluiu para a discussão sobre as relações empíricas entre escores de um instrumento se emparelham

com relações teóricas (Cronbach e Meehl, 1955) e, ainda, para a pergunta se as interpretações e comportamentos baseados em escores de escalas são justificadas não só por evidências científicas, mas também de forma integrada a consequências sociais e éticas do seu uso (Messik, 1989).

Apesar desta evolução do conceito de validade para os teóricos, os pesquisadores ainda costumam utilizar evidências divergentes e relativas ao conceito passado (Borsboom, Mellenbergh e van Heerden, 2004) e, assim, os processos de validação – que representam o critério de significância de um instrumento – apresentam diferentes tipos de evidências (Kelsey et al, 1996), isto é, diferem de estudo para estudo (Supo, 2013).

Seguindo a proposta atualizada de Messik (1989), no sentido de integrar os diferentes aspectos de validação dos instrumentos, Supo (2013) resumiu de maneira clara e didática os 6 níveis subsequentes que compõem um processo completo de validação.

De acordo com Supo (2013), este processo denomina-se desenho de investigação, que seria a estratégia ou o plano que desenhamos antes de executar o trabalho de validação. Assim como ocorre com a construção de uma casa, todos os desenhos (projetos) têm algumas características em comum, porém, dependendo do que pretendemos alcançar, também há diferenças, de modo que nenhum projeto é igual a outro. Da mesma forma, no caso da validação de instrumentos, nenhum desenho de investigação é igual a outro porque o plano irá variar de acordo com o conceito subjetivo que se pretende investigar.

Supo (2013) ilustra um processo completo de validação fazendo uma analogia deste com a imagem de uma pirâmide (Figura 6), sendo que a

base da mesma seria a Validade de conteúdo (1º nível), seguindo para a Validade de construto (2º nível), Confiabilidade (3º nível), Estabilidade (4º nível), Validade de critério (5º nível), chegando ao topo da pirâmide, denominado Rendimento diagnóstico do instrumento (6º nível).

FONTE: Supo, 2013

Figura 1 – Representação gráfica do processo de validação de instrumentos

Nos 3 primeiros níveis, seriam avaliados os itens (ou questões) do instrumento, com objetivo de examinar a Validade Interna do mesmo. Nos 3 níveis seguintes, seria aferida a Validade Externa do instrumento, por meio da análise da soma total dos itens (ou do resultado numérico dos itens). Para existir, um instrumento necessita demonstrar Validade Interna e, neste caso, ele estaria “em processo de validação”; a partir dos níveis subsequentes (Validade Externa), o instrumento se confirmaria cada vez mais eficaz e sensível.

Os 6 níveis da validação são:

1º) Validade de conteúdo – único nível qualitativo do desenho de investigação, uma vez que não existem meios estatísticos para calcular este tipo de validade.

Trata-se de verificar a precisão com que os itens de um instrumento estabelecem o mesmo conteúdo (Rubio et al., 2003), juntamente com a adequação com que os itens são colocados no questionário (Goldstein e Simpson, 1995). Pode ocorrer por meio da validade de respostas (entrevista à população, seleção de palavras chaves e criação de itens), validade por juízes (com base na teoria criam-se itens a serem avaliados por juízes da área) ou validade racional (conceitos já definidos por outros estudos são utilizados para criar o instrumento).

2º) Validade de construto – início da fase quantitativa da validação, que pode ser realizada de 3 maneiras: validade fatorial (itens são submetidos à análise fatorial para verificar se possuem variância comum), validade convergente (resultados similares entre instrumentos diferentes) ou validade discriminante (capacidade de discriminar 2 grupos diferentes).

A análise fatorial é capaz de demonstrar que um instrumento apresenta estrutura coerente com as dimensões teóricas do construto, ou seja, que cada Fator avalia um aspecto característico do mesmo e, em conjunto, os Fatores analisam o mesmo construto (Guilford, 1946; Pasquali, 2007). Reis (1997) definiu análise fatorial como “um conjunto de técnicas estatísticas cujo objetivo é representar e descrever um número de variáveis iniciais a partir de um número de variáveis hipotéticas”. Isto é, por meio da estrutura de dependência existente entre os itens (representada pelas correlações ou covariâncias entre esses itens), cria-se um conjunto menor de itens (variáveis latentes ou fatores). Como a análise fatorial implica na estimativa de um grande número de parâmetros, é necessário um tamanho amostral relativamente grande em comparação ao número de itens para que essa análise tenha boa

qualidade. Reis (1997) e Hair et al. (1995) sugerem um tamanho amostral mínimo 5 vezes maior que o número de itens, indicando que a análise seja feita com pelo menos 100 indivíduos.

Para calcular os fatores de um instrumento, um dos métodos mais utilizados é a Análise de Componentes Principais (Johnson e Wichern, 1998), na qual os componentes (fatores) são obtidos a partir de uma decomposição da matriz de correlação (ou de covariância), resultando nas cargas fatoriais, – que constituem a covariância (correlação) entre cada item e o seu Fator (Pasquali, 2000) – nos autovalores (números que refletem a importância do fator, que deve ser ≥ 1) e na porcentagem de explicação de cada fator. O resultado devem ser fatores que contém o máximo de informação possível de todos os itens da escala. Por exemplo, quando um fator explica 35% da variância, significa que ele captou 35% da informação contida em todos os itens que entraram na análise fatorial.

Geralmente, a primeira solução fornecida pelos programas estatísticos não produz fatores com potencial de interpretação adequada (o parâmetro são as cargas fatoriais) e, por este motivo, costuma-se utilizar métodos de rotação dos fatores. A rotação VARIMAX, por exemplo, é um tipo de rotação ortogonal, cuja propriedade básica é gerar fatores não correlacionados entre si. Caso ainda assim esse tipo de problema ocorra (fatores correlacionados), utiliza-se um dos métodos de rotação oblíqua.

Estabelecido o número de fatores, podem ser adquiridas de uma análise fatorial a porcentagem de explicação acumulada (variabilidade total) e as comunalidades, que são índices atribuídos aos itens que expressam quanto da variabilidade de cada item é explicada pelo modelo de AF obtido. Quanto

mais próximas de 1 estiverem as comunalidades, melhor será o modelo da análise fatorial (Artes e Barroso, 2000). A percentagem de variância explicada acumulada (da escala geral) dificilmente aproxima-se de 100%, pois é comum ocorrer perda de informação, a qual não deve ser superior à metade (50%), sendo espera-se que a percentagem de explicação acumulada seja no mínimo 60% (Malhotra, 2006).

A validade discriminante, ou seja, o poder dos itens de um instrumento distinguirem 2 grupos distintos, costuma ser investigada pelo método da curva ROC (Supo, 2013). A curva ROC (*Receiver Operator Characteristic Curve*) foi concebida para detecção de sinais eletrônicos e problemas com radares, durante 2a Guerra Mundial (Zweig e Campbell, 1993). O objetivo era quantificar a habilidade dos operadores dos radares (*receiver operators*) em distinguir a diferença entre um sinal e um ruído. Quando o radar detectava algo se aproximando, o operador decidia se o que foi captado era um avião inimigo (um sinal) ou algo irrelevante, como uma nuvem ou bando de aves (um ruído) (Collinson, 1998). A partir da década de 60, as curvas ROC passaram a ser utilizadas pela psicologia experimental e, após os anos 70, este método se expandiu para vários ramos da pesquisa biomédica.

A estruturação da curva ROC em forma de gráfico é realizada colocando-se os valores da Sensibilidade (proporção de verdadeiros positivos) nas ordenadas (eixo Y) e o complemento da Especificidade ($1 - \text{especificidade}$), que representa a proporção de falsos positivos, nas abscissas (eixo X) para diferentes pontos de corte (Medronho, 2009).

A interpretação da curva ROC ocorre observando-se a curvatura. Testes diagnósticos com bom poder discriminatório são concentrados na parte

superior esquerda, ultrapassando 70%. Quanto mais próxima a curva estiver do canto superior esquerdo do gráfico, melhor será o poder discriminatório do teste e, quanto mais distante, pior será o poder de discriminação entre doentes e não doentes (Pagano, 2008).

3º) Confiabilidade – não suficiente, mas necessária para garantir a validade de uma medida (Menezes e Nascimento, 2000), a confiabilidade demonstra que uma medida é reaplicável e consistente. Segundo Trochim (2003), existem 4 procedimentos possíveis para aferir o grau de confiabilidade (ou de repetitibilidade) de questionários, com maneiras distintas de utilização:

- Confiabilidade entre avaliadores – para obter o grau com que diferentes avaliadores fornecem estimativas consistentes sobre o mesmo fenômeno;
- Confiabilidade de teste/reteste – para verificar a consistência de um instrumento em dois momentos distintos;
- Confiabilidade paralela – para determinar a consistência dos resultados de duas pesquisas diferentes desenvolvidas com o mesmo objetivo;
- Confiabilidade de consistência interna – estabelece a consistência dos resultados da avaliação dos itens de uma medida. Para calcular o grau de consistência interna, um dos testes estatísticos mais utilizados (Formiga, 2003) e que probabilisticamente tem maior capacidade de discriminar é o coeficiente alfa de Cronbach (Supo, 2013). O alfa mede a correlação de respostas de um questionário por meio da análise das respostas dadas pelos respondentes e estabelece uma correlação média entre as

questões, podendo resultar em consistência interna muito baixa ($\alpha \leq .30$), baixa ($\alpha .30-.60$), boa ou moderada ($\alpha .60-.75$), alta ($\alpha .75-.90$) ou muito alta ($\alpha > .90$) (Cronbach, 1951).

4º) Estabilidade – apenas quando um teste apresenta uma boa repetibilidade (grau de confiabilidade) faz sentido verificar a sua reprodutibilidade (grau de estabilidade), a forma mais frequente para análise da estabilidade (Supo, 2013). Reprodutibilidade (ou Precisão), o “controle de qualidade” do resultado do teste (validade externa), é a habilidade do teste em produzir resultados consistentes (quase os mesmos) quando aplicado independentemente e sob as mesmas condições, podendo ser aferida entre avaliadores, instrumentos ou tempo diferentes. Por exemplo, espera-se que o resultado mantenha-se estável quando vários profissionais aplicam o mesmo instrumento nos mesmos indivíduos, isto é, a concordância entre os resultados é pretendida para demonstrar a estabilidade do instrumento.

5º) Validade de critério – é uma validade empírica, que também avalia os resultados da escala, por meio da comparação com algum critério externo, podendo ocorrer no presente (validade concorrente ou concomitante), no futuro (validade preditiva), no passado (validade retrospectiva) ou quando o teste consegue distinguir indivíduos diferentes (validade simultânea).

Um teste tem validade concorrente se mostrar correlação alta com um teste que mede uma personalidade teoricamente relacionada ao que o teste mede (Campbell e Fiske, 1959) ou, não havendo tal teste, com outro critério pré-existente (Pasquali, 2007). Não importa se primeiro é aplicado o *screening* e depois a prova padrão (padrão ouro), ou vice versa, ou se ambos são aplicados ao mesmo tempo.

6º) Rendimento diagnóstico da escala – mesmo sabendo que com os níveis anteriores um instrumento é considerado válido, é importante avaliar o rendimento diagnóstico do mesmo porque este último nível de investigação possibilita, quando necessário, aperfeiçoar o instrumento evitando assim o erro tipo 1 (sujeito que tem a doença é diagnosticado como negativo) e/ou erro tipo 2 (pessoa que não tem a doença recebe diagnóstico positivo).

Para tanto, pode-se verificar se um instrumento é mais ou menos sensível do que outro já existente, a fim de evidenciar a sua capacidade para detectar uma doença (Sensibilidade) e para descartar aqueles que não têm a doença (Especificidade).

Um método amplamente utilizado para verificar a Sensibilidade, a Especificidade de um teste, bem como para estabelecer o seu ponto de corte – o melhor ponto de Sensibilidade com o melhor ponto de Especificidade – é a curva ROC (Supo, 2013). O teste diagnóstico ideal, com 100% de Sensibilidade e Especificidade raramente existe, pois a tentativa de melhorar a sensibilidade frequentemente tem o efeito de diminuir a especificidade. Existem 4 interpretações possíveis para o resultado do teste: duas em que o teste está correto e duas em que está incorreto. O teste está correto quando é positivo na presença da doença (resultados verdadeiros positivos), ou negativo na ausência da doença (resultados verdadeiros negativos). Entretanto, o teste está incorreto quando ele é positivo na ausência da doença (falso positivo), ou negativo quando a doença está presente (falso negativo). Os melhores testes são aqueles com poucos resultados falso-positivos e falso-negativos.

A curva ROC pode ser aplicada, também, para determinar a Acurácia (ou Validade), grau em que o teste representa a “verdade” ou que é

capaz de fornecer resultados corretos, isto é, ser positivo para os sujeitos com determinado diagnóstico e negativo para os que não o apresentam. Há aproximadamente uma relação linear quanti-qualitativa entre a área sob a Curva ROC e a Acurácia, que pode ser classificada da seguinte forma: excelente (0,80-0,90), muito boa (0,70-0,79), boa (0,60-0,69), e pobre (0,50-0,59) (Fleter, 2006; Halkin et al, 1998).

Os termos estatísticos Acurácia (capacidade de uma medida ser correta na média, de não ser “viciada”) e Precisão (capacidade de uma medida dar o mesmo resultado ou resultados semelhantes em medições repetidas sobre o mesmo fato) envolvem objetivos relacionados, porém distintos da análise estatística. Para diferenciar esses termos de modo ilustrativo, podemos utilizar o exemplo de um tiro ao alvo e 3 voluntários (“A”, “B” e “C”):

- “A” tem muita Precisão, mas nenhuma Acurácia: não acerta nenhuma flecha no alvo, mas a posição delas é sempre muito próxima (ele sempre acerta o mesmo lugar, apesar desse lugar não ser o seu alvo);
- “B” não tem Precisão, mas tem boa Acurácia: acerta muitas flechas no centro do alvo e muitas ficam espalhadas em áreas próximas (“na média”, ele acerta no meio do alvo);
- “C” possui Precisão e Acurácia: acerta praticamente todas as flechas no alvo (além de estar próximo ao objetivo, ele é capaz de repetir o feito muitas vezes).

Portanto, a Precisão, como relatamos anteriormente (pág. 50) está associada à reprodutibilidade ou grau de variação (do resultado), enquanto que Acurácia é a capacidade de atingir o alvo (diagnosticar). As possíveis

combinações entre Precisão e Acurácia para descrevermos uma variável contínua (Jekel, Katz e Elmore, 2006) estão ilustradas na Figura 2.

FONTE: Jekel, Katz e Elmore, 2006

Figura 2 – Possíveis combinações de acurácia e precisão ao descrever uma variável contínua

Na curva "A", a Acurácia é evidenciada pela média representar o valor verdadeiro e a Precisão pelo fato de que todos os valores estão perto do verdadeiro. Já na curva "B", a medida é acurada, mas não é precisa, pois fornece uma resposta correta apenas na média (não é tranquilizadora para os clínicos, pois não há valor em algo que seja correto em média, se estiver errado individualmente para um paciente). Na curva "C", os dados são precisos, mas não acurados, o que gera engano. A última curva ("D") mostra que os dados não são acurados nem precisos, logo, não possuem valor.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Criar um instrumento para avaliação do AP com relação a aspectos psicopatológicos (Impulsividade e Autotranscendência) e aspectos qualitativos do relacionamento amoroso (Insatisfação, Estilo de amor, Tipo de apego e Ajuda/Relacionamento compulsivos).

2.2 Objetivo específico

Verificar a aplicabilidade e capacidade desse instrumento discriminar adequadamente indivíduos com AP e indivíduos sem AP.

3 HIPÓTESES

HIPÓTESE NULA: o grupo de indivíduos com AP não apresenta impulsividade e autotranscendência mais elevados, bem como não é mais insatisfeito e compulsivo no relacionamento do que o grupo de indivíduos saudáveis.

HIPÓTESE 1: o grupo de indivíduos com AP, além de apresentar impulsividade e autotranscendência mais elevadas, é mais insatisfeito e compulsivo no relacionamento do que o grupo de indivíduos saudáveis.

HIPÓTESE NULA: a Escala do Amor (EA) não é capaz de discriminar significativamente sujeitos com AP de sujeitos sem AP.

HIPÓTESE 2: a Escala do Amor (EA) é capaz de discriminar significativamente sujeitos com AP de sujeitos sem AP.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 A 1ª parte do estudo

4.1.1 Amostragem

Propusemos-nos a realizar este estudo caso-controle em duas partes. Nesta 1ª parte, foram comparados dois grupos distintos: Com AP (n=79) e Saudáveis (n=75), totalizando 154 indivíduos de ambos os sexos.

4.1.2 Seleção dos indivíduos

Indivíduos Com AP foram recrutados do Ambulatório dos Múltiplos Transtornos do Impulso (Pró-AMITI), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este ambulatório promove tratamento a diversos comportamentos impulsivos, como jogo patológico, compras compulsivas, impulso sexual excessivo e dependência tecnológica.

Para recrutar essa amostra, foram colocados anúncios em diferentes mídias, informando acerca da pesquisa e convidando indivíduos que sentiam que a sua forma de amar lhes causava sofrimento a participarem da pesquisa, conforme a transcrição abaixo:

<p>Amor patológico (AP): obsessão, dependência, compulsão ou o quê? Estas questões são o ponto de partida para estudo inédito que está sendo desenvolvido pelo Ambulatório de Transtornos do Impulso – Pró-AMITI – do Instituto de Psiquiatria-IPq-HC.</p>
<p>Para a pesquisa, estão sendo aceitos voluntários de ambos os sexos, a partir de 18 anos, que estejam vivenciando um relacionamento destrutivo.</p>
<p>Mais comum em mulheres (que tendem a valorizar mais o relacionamento afetivo do que os homens), o AP caracteriza-se pela atenção e cuidados excessivos com o parceiro, sem controle e sem liberdade de escolha, passando a ser objeto prioritário na vida da pessoa, em detrimento de outros interesses antes valorizados.</p>
<p>As triagens são agendadas pelo tel. 2661.7805 (das 10:00 às 17:00hs). Os voluntários participarão de dezesseis sessões de psicoterapia e psicodrama em grupo.</p>

Foram admitidos indivíduos com AP que: preencheram todos os 6 critérios de avaliação para AP (ver pág. 35), confirmado em entrevista com profissional; estavam em relacionamento amoroso há pelo menos 6 meses; residiam no Estado de São Paulo; tinham pelo menos 1º. grau completo; concordaram em participar da pesquisa através da assinatura de termo de consentimento (Anexo 1).

Os critérios de exclusão foram os seguintes: patologias clínicas graves que demandassem internação; prejuízos cognitivos que prejudicassem

a compreensão dos objetivos da pesquisa e o preenchimento das escalas; aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Apesar de ser um critério de exclusão, nenhum indivíduo com patologias clínicas graves que demandassem tratamento em nível de internação se ofereceu como voluntário. Dos 108 voluntários iniciais, foram excluídos indivíduos:

- com prejuízos cognitivos que prejudicassem a compreensão dos objetivos da pesquisa e do preenchimento das escalas de avaliação (3);
- que se recusaram a participar da pesquisa por falta de tempo (5);
- que não apresentaram critérios AP, mas nos quais outros quadros foram identificados: transtorno de personalidade dependente (2), ciúme excessivo (4), transtorno de personalidade borderline (2), codependência (2);
- que não apresentaram critérios para AP e para os quais diagnósticos psiquiátricos foram afastados: insatisfação com a conduta de rejeição do parceiro atual (6), insatisfação com o comportamento patológico do parceiro (2), insatisfação da família com escolha da parceria (3).

O grupo de Saudáveis, sem patologia psiquiátrica e sem AP, foi selecionado entre os participantes do projeto temático “Estudo psicobiológico da regulação emocional a partir dos efeitos de antidepressivos” do LIM-23 – Processo FAPESP 01/00189-9 do LIM-23. Essa pesquisa teve como finalidade testar os efeitos de baixas doses de clomipramina em uma amostra de indivíduos sem transtorno psiquiátrico (Gorenstein et al., 1998).

Estes indivíduos foram recrutados por meio de diversas mídias e cartazes convidando a participar aqueles que se sentiam bem e que o humor não sofresse grandes modificações apesar dos problemas diários. Aqueles que entraram em contato foram pré-selecionados através de entrevista telefônica realizada por assistente de pesquisa treinada, utilizando dois instrumentos: 1) questionário semiestruturado para investigação de presença / ausência de sintomas sugestivos de doenças físicas, uso atual ou passado de medicação psicoativa, psicoterapia, doença médica atual com comorbidade psiquiátrica, uso de álcool ou drogas e histórico de tentativa de suicídio; 2) questionário de seleção *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) (Harding et al., 1980), traduzido e padronizado para a amostra brasileira, com 20 perguntas com respostas do tipo "sim" ou "não" sobre o estado subjetivo do indivíduo no último mês, com pontos de corte de 5-6 para homens e 7-8 para mulheres (Mari e Williams, 1986).

Aqueles com escore abaixo dos pontos de corte do SRQ realizaram entrevista psiquiátrica, na qual foram submetidos ao *Structured Clinical Interview for Diagnosis* (SCID) (Spitzer, Williams e Gibbon, 1992), para descartar a presença de transtorno psiquiátrico, além de entrevista com psicólogo para averiguar ausência de critérios para AP (Sophia, Tavares e Zilberman, 2007).

4.1.3 Coleta de dados e instrumentos utilizados

Os indivíduos selecionados para participar da pesquisa foram notificados sobre o sigilo dos seus dados, assinaram o termo de consentimento e foram convidados a realizar o autopreenchimento dos seguintes

questionários:

- Escala de Impulsividade de Barratt, versão 11 (BIS 11) (Patton, Stanford e Barratt, 1995) – composta por 30 itens, com respostas em quatro pontos de uma escala que vai de “Raramente/nunca” a “Quase sempre/sempre”. Essa escala contempla três dimensões da Impulsividade: Falta de atenção (ações com falta de atenção, que podem aumentar em situações ansiógenas), Impulsividade motora (hiperatividade pela necessidade de movimento, exacerbada pelo estresse), Falta de planejamento (atitudes e conclusões precipitadas por falta de reflexão), além de conter um escore total. Utilizamos a versão traduzida e validada da BIS por Diemen et. al (2007), que detectou a validade do constructo e a consistência interna em uma amostra de adolescentes (alfa de 0.62).
- Inventário de Temperamento e Caráter (TCI) (Cloninger et al., 1994) – utilizamos a versão brasileira desse inventário, que avalia a personalidade por meio de 240 itens do tipo “Verdadeiro” ou “Falso” (Fuentes et al., 2000). Este instrumento permite acessar 4 dimensões do Temperamento (componente hereditário) e 3 do Caráter (componente aprendido). Com relação ao Temperamento, são contemplados: Busca de novidade (sensibilidade para novas experiências, curiosidade, impulsividade e desorganização); Esquiva ao dano (pessimismo, falta de cuidado e medo de sofrimento); Dependência de gratificação (necessidade de contato

social, apego, dependência e sentimentalismo) e; Persistência (estabilidade do comportamento na ausência de sugestão positiva ou negativa). As três dimensões de Caráter são: Autodirecionamento (habilidade em estipular metas e se dirigir em direção a elas, autoestima); Cooperatividade (tolerância, compaixão e empatia com as pessoas) e; Autotranscendência (senso de fazer parte de uma realidade mais ampla, leva em conta o aspecto espiritual e ideal do ser humano). Neste estudo, empregamos as 33 questões que avaliam Autotranscendência, compostas pelos seguintes subfatores: Altruísmo x autoconsciência (11 itens), Identificação transpessoal (9 itens) e Aceitação espiritual x materialismo (13 itens).

■ The Shorter Patient-reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Questionnaire (SPQ) (Christo et al., 2003) – composto por 160 questões que investigam 16 diferentes comportamentos compulsivos. A consistência interna é alta para todos os comportamentos avaliados, com coeficientes entre 0.88 (privação alimentar) e 0.94 (álcool). O reteste de validade também foi bom para todos os subfatores do instrumento. Nesse trabalho, aplicamos as 40 questões que avaliam Ajuda e relacionamento amoroso compulsivos, cujos subfatores são: Ajuda submissa, Ajuda dominante, Relacionamento submisso e Relacionamento dominante, cada um analisado em 10 itens específicos.

■ Escala de Avaliação do Relacionamento (EAR) (Hendrick e Hendrick, 1997; Hendrick, 1998) – tem 7 itens autoaplicáveis e

apresenta consistência interna muito boa (alfa de 0.86) e também boa validade preditiva, distinguindo significativamente os casais que permanecem unidos daqueles que rompem o vínculo afetivo (Hendrick, 1998). Escores acima de 21 indicam que o indivíduo apresenta boa qualidade no relacionamento. Utilizaremos a versão traduzida, adaptada e validada para o português, que obteve alfa 0.85 (Berti et al., 2011).

- Escala de Atitudes de Amor (EAA) (Hendrick et al., 1998) – escala com 24 itens, desenvolvida a partir dos estudos realizados por John Lee (1973) e analisa os 6 estilos de amor, que são: Eros, Ludus, Estorge, Mania, Pragma e Ágape. A EAA nos permitiu identificar o estilo de amor predominante dos dois grupos analisados. Cada item permite respostas que variam de "A" (forte concordância) a "E" (forte discordância) e existem 4 itens avaliando cada estilo. Para classificação final, somam-se os pontos obtidos pelo indivíduo em cada item e, aquele estilo de amor que obteve o menor índice representa o estilo de amor predominante desse indivíduo. Outra maneira de analisar a escala é comparar dois grupos com relação à média obtida em cada estilo de amor: a menor média sinaliza o estilo de amor principal. Neste estudo, optamos por esta última maneira ao analisar os resultados. A versão traduzida para a nossa língua e validada por Berti et al. (2011), constatou alfas variáveis: 0.45 (Ludus), 0.65 (Pragma), 0.74 (Eros), 0.87 (Mania), 0.88 (Ágape) e 0.90 (Estorge).

- Tipos de Apego do Adulto (TAA) (Hazan e Shaver, 1987) – instrumento criado a partir dos conceitos da Teoria do apego (Bowlby, 1969, 1979, 1990) e da diferenciação dos 3 possíveis tipos de apego (Ainsworth et al., 1978): Seguro, Ansioso/ambivalente ou Rejeitador. Trata-se de escala categorial com 3 afirmativas e o sujeito deve selecionar qual delas mais se assemelha com a sua maneira de amar. Foi utilizada a versão traduzida e validada por Berti et al. (2011).
- Questionário de Dados Sociodemográficos (QDSD) (Tavares et al., 2003) – instrumento de avaliação para dependentes de álcool, criado pelo GREA-IPq-HC-FMUSP, aprimorado pelo AMJO-IPq-HC-FMUSP e também utilizado pelo PRO-AMITI-IPq-HC-FMUSP. As variáveis, utilizadas para a 1ª fase deste estudo, foram: idade, gênero, etnia, estado civil, situação profissional, tipo de profissão, religião de origem, renda mensal familiar e anos de educação formal.

4.1.4 Análise estatística

Os passos da análise estatística da 1ª parte foram:

1º) Análise univariada das variáveis sociodemográficas – as amostras de sujeitos com AP (79) e saudáveis (75) foram comparadas com relação às variáveis sociodemográficas. Para a maioria das variáveis (categoriais), foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e, para as variáveis idade, renda mensal familiar e anos de educação formal (contínuas), foi empregado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (U), o mais confiável porque, pelo teste de

normalidade Kolmogorov-Smirnov, estas 3 variáveis não poderiam ser aproximadas por uma distribuição Normal. O nível de significância utilizado foi 5%.

2º) Análise univariada das variáveis sobre psicopatologia e relacionamento amoroso – a seguir, foi realizada a análise univariada dos itens investigados neste estudo, que foram comparados entre sujeitos com AP (79) e sujeitos saudáveis (75). Para a maior parte dos itens (variáveis contínuas), foi empregado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (U) e, para as escalas Tipo de Apego Adulto e Inventário de Temperamento e Caráter (variáveis categoriais), o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Para esta análise, optamos por utilizar nível de significância mais rigoroso (0.1%), a fim de controlarmos a probabilidade de um erro tipo I, ou seja, de chegarmos a um resultado com significância estatística, mas que ocorresse por acaso.

3º) Análise fatorial – foi realizada análise fatorial exploratória. O método Análise de Componentes Principais nos permitiu reduzir o número de itens da escala e obter a estrutura fatorial do modelo inicial da escala, bem como as cargas fatoriais de cada item. Foram selecionados os itens com a maior carga absoluta (não importando o sinal).

4º) Verificação preliminar da confiabilidade – ainda, foi calculado o alfa de Cronbach do modelo inicial da escala geral, bem como de cada Fator, a fim de verificarmos preliminarmente a sua consistência interna.

4.2 A 2ª parte do estudo

4.1.1 Amostragem

Nesta 2ª parte do estudo, comparamos um grupo de 20 indivíduos com AP com outro grupo de 100 indivíduos da população. Utilizando a ferramenta de questionários *online SurveyMonkey*, conseguimos ampliar este 2º grupo para 300 indivíduos.

Como seria necessário comparar a amostra de sujeitos com AP (20) com um determinado número de sujeitos sem AP (pertencentes à amostra de 300 indivíduos que preencheu as escalas *online*) – a fim de confirmarmos quais questões do modelo piloto da EA discriminam as amostras – realizamos o cálculo do tamanho amostral do grupo Sem AP. Para tanto, utilizamos o banco de dados da 1ª parte do estudo, empregando o teste bicaudal de diferenças entre as médias dos grupos independentes, com poder 95%, para cada Fator obtido na análise fatorial realizada na 1ª parte do estudo. Determinamos que nos basearíamos no Fator que exigisse o maior número de sujeitos, assim todos os demais Fatores poderiam ser contemplados na análise do grupo Sem AP. Assim, estabeleceu-se que o grupo Sem AP seria composto por 28 sujeitos (confirmados por entrevista clínica) e que o restante da amostra que preencheu as escalas *online* e não foi entrevistada/avaliada (272) seria denominada Com status desconhecido para AP.

Para estabelecer a sequencia em que os 28 sujeitos sem AP seriam entrevistados, foi realizada aleatorização dos 300 sujeitos que preencheram o modelo piloto da EA *online*. Seguindo a sequência aleatória, 53 sujeitos que preencheram as escalas *online* foram contatados, por email ou por telefone.

Dentre eles, 32 foram entrevistados: 28 não preencheram critérios para AP (selecionados para constituir a amostra Sem AP) e 4 sujeitos foram diagnosticados com AP ou outro problema de relacionamento, como ciúme excessivo. Os demais contatados (21) não aceitaram participar da entrevista (5) ou não responderam a duas tentativas de contato, em diferentes datas (16).

Portanto, a amostragem desta 2ª parte do estudo totalizou 320 indivíduos, subdivididos em 3 grupos: 20 Com AP; 28 Sem AP; 272 Com status desconhecido para AP.

4.1.2 Seleção dos indivíduos

O grupo Com AP foi recrutado do Ambulatório dos Múltiplos Transtornos do Impulso (Pró-AMITI), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A metodologia, critérios de inclusão e de exclusão foram os mesmos utilizados na 1ª parte deste estudo (págs. 57 e 58) para o grupo dos 79 indivíduos com AP selecionados. Nesta 2ª fase, apenas um indivíduo não foi admitido no estudo porque não preencheu critérios para AP, mas sim para Transtorno bipolar.

Os grupos Sem AP e Com status desconhecido para AP preencheram a EA online, que foi publicada no site *SurveyMonkey*. Para tanto, foram enviados convites, por *email* e pelo site *Facebook*, para colegas e familiares do PRO-AMITI, do departamento e da pós-graduação da FMUSP, bem como para profissionais e familiares do ramo da administração e da tecnologia da informação, propondo o preenchimento da escala online. Nestes convites, os sujeitos foram informados se tratar de uma pesquisa acadêmica, que as respostas seriam confidenciais e que a EA poderia ser acessada

através do link <https://pt.surveymonkey.com/s/IAP-TeseAcademica-USP-SP>. Desta forma, não houve necessidade de deslocamento e pudemos abranger indivíduos do Estado de São Paulo.

4.1.3 Coleta de dados e instrumentos utilizados

Os participantes dos 3 grupos foram convidados a realizar o autopreenchimento dos 30 itens componentes do modelo piloto da EA. Os grupos realizaram o preenchimento das escalas abaixo descritas:

■ Modelo piloto da Escala do Amor (EA) – escala desenvolvida com base em resultados obtidos em pesquisa de mestrado sobre as características clínicas e de personalidade dos indivíduos com AP (Sophia, 2008), com 30 itens autoaplicáveis e respostas em 4 pontos de uma escala de "Nunca/raramente" a "Sempre/quase sempre".

■ Questionário de Dados Sociodemográficos Adaptado – instrumento adaptado do Questionário de Dados Sociodemográficos (QDSD) (Tavares et al., 2003) e que foi desenvolvido e utilizado na 2ª parte do estudo, a fim de investigarmos dados sobre o relacionamento amoroso, além dos sociodemográficos tradicionais (vide Apêndice 1).

4.1.4 Análise estatística

Nesta 2ª parte do estudo, os seguintes passos foram realizados:

1º) Comparação dos dados sociodemográficos e relacionais – as amostras Com (20) e Sem AP (28) foram comparadas com relação variáveis

sociodemográficas e relacionais. Para a maioria das variáveis (categóricas), foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e, para as variáveis média de idade e anos de educação formal (contínuas), foi empregado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (U) e nível de significância 5%.

2º) Comparação dos 30 itens do modelo piloto da EA – para identificação das questões que diferenciam as amostras, as respostas às 30 questões do modelo piloto da escala foram comparadas entre os grupos Sem AP e Com AP. Para esta análise univariada, por se tratarem de variáveis contínuas, foi empregado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (U), com nível de significância 5%.

3º) Análise adicional das questões que não diferenciaram as amostras – para os itens que não diferenciaram as amostras no item anterior, foram analisados os gráficos tipo *Box-plot* para afastar a hipótese da influência de *outliers*.

4º) Desenvolvimento e validação da EA – as seguintes análises foram realizadas:

- 1) Análise fatorial (320 sujeitos): identificados os itens que diferenciaram as amostras, os Fatores foram recalculados, isto é, a análise fatorial foi refeita. Por meio do método Análise de Componentes Principais obtivemos os Fatores da escala e as cargas fatoriais de cada item, bem como os autovalores e suas respectivas porcentagens de explicação. Caso a solução (não-rotacionada) não gerasse Fatores com interpretação adequada, o que costuma ocorrer nas primeiras soluções fornecidas pelos programas estatísticos, seria utilizada solução bastante empregada: o método de rotação de fatores ortogonal VARIMAX (Artes, Barroso, 2000).

- 2) Análise do poder de discriminação da escala: o método da curva ROC foi utilizado para determinar a capacidade da EA para discriminar indivíduos Com e Sem AP, definida pela área sob a curva (AUC).
- 3) Verificação da confiabilidade (320 sujeitos): utilizando o coeficiente alfa de Cronbach, foi realizada estimativa da consistência interna dos Fatores da EA e da EA geral a fim de confirmarmos a confiabilidade da escala obtida na 1ª parte do estudo, isto é, a confiabilidade paralela dos coeficientes obtidos na 1ª e na 2ª parte do estudo foi estabelecida.
- 4) Sensibilidade, Especificidade e Acurácia: o método da curva ROC foi empregado para determinarmos a Sensibilidade, Especificidade e Acurácia da EA.
- 5) Cálculo do ponto de corte: utilizamos a curva ROC, ainda, para estabelecer o melhor ponto de corte da EA, isto é, para maximizar a Sensibilidade e a Especificidade da escala na discriminação do AP.

5 RESULTADOS

5.1 A 1ª parte do estudo

5.1.1 Aspectos sociodemográficos e relacionais

Na Tabela 1, apresentamos os resultados da análise univariada que comparou indivíduos com AP (n=79) e saudáveis (n=75) com relação a variáveis sociodemográficas. Constatamos que os grupos são semelhantes quanto a: pertencer ao sexo feminino (n=114, 74.0%), etnia caucasiana (n=101, 65.6%), religião de origem católica (n=115, 74.7%) e renda mensal familiar (média) de R\$ 2.981,88.

Tabela 1 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação a características sociodemográficas

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	INDIVÍDUOS COM AP (n=79)	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS (n=75)	COEFICIENTE	P
IDADE				
Média [DP]	40.2 anos [10.96]	33.6 anos [6.84]	U = 1904.0	<0.001
GÊNERO			$\chi^2_{[1]} = 0.031$	0.860
Feminino	58 (73.4%)	56 (74.7%)		
Masculino	21 (26.6%)	19 (25.3%)		
ETNIA			$\chi^2_{[1]} = 0.552$	0.458
Caucasiana	54 (68.4%)	47 (62.7%)		
Outras	25 (31.6%)	28 (37.3%)		
ESTADO CIVIL			$\chi^2_{[1]} = 7.636$	0.006
Mora com parceiro(a)	21 (26.6%)	36 (48.0%)		
Mora sem parceiro(a)	58 (73.4%)	39 (52.0%)		
SIT. PROFISSIONAL			$\chi^2_{[2]} = 17.792$	<0.001
Período integral	57 (72.2%)	41 (54.7%)		
Período parcial	22 (27.8%)	23 (30.7%)		
Desempregado	0 (0%)	11 (14.7%)		
TIPO DE PROFISSÃO			$\chi^2_{[4]} = 27.720$	<0.001
Executivos e liberais	35 (44.3%)	13 (17.3%)		
Profissionais médios	12 (15.2%)	4 (5.3%)		
Cargos administrativos	11 (13.9%)	8 (10.7%)		
Nível técnico	9 (11.4%)	17 (22.7%)		
Outros	12 (15.2%)	33 (44.0%)		
RELIGIÃO DE ORIGEM			$\chi^2_{[2]} = 1.466$	0.480
Católica	59 (74.7%)	56 (74.7%)		
Outras	20 (25.3%)	17 (22.7%)		
Ateísta (sem crença)	0 (0%)	2 (2.6%)		
RENDA MENSAL FAMILIAR				
Média [DP]	R\$ 3.231,77 [2.440,05]	R\$ 2.732,00 [2.034,96]	U = 2728.5	0.396
ANOS DE EDUCAÇÃO				
Média [DP]	15.22 [4.01]	12.73 [3.10]	U = 1750.0	<0.001
U = teste de Mann-Whitney; χ^2 = teste do qui-quadrado; p<0.05				

Por outro lado, os grupos se mostraram distintos em relação à idade, anos de educação, situação profissional, tipo de profissão e estado civil. Indivíduos com AP eram mais velhos e educados, trabalhavam mais horas por semana, todos trabalham, geralmente como altos executivos e liberais e a grande maioria (73.4%) morava sem parceiro, enquanto que os saudáveis eram estudantes ou trabalhavam em profissões menos especializadas, quase 15% encontravam-se desempregados, sendo que metade do grupo morava com e metade morava sem o parceiro.

5.1.2 Aspectos psicopatológicos e do relacionamento

Passamos à descrição dos resultados da comparação ($p < .001$) entre indivíduos com AP e saudáveis dos 135 itens referentes aos aspectos psicopatológicos e do relacionamento amoroso (Tabelas 2, 3, 4 e 5).

Com relação aos aspectos psicopatológicos, a Impulsividade de indivíduos com AP demonstrou-se significativamente superior a dos saudáveis (Tabela 2), em itens que avaliam os 3 diferentes subtipos: impulsividade motora, falta de planejamento e falta de atenção.

A comparação dos itens que avaliam Autotranscendência (Tabela 3) mostrou que nenhum item que avalia Identificação transpessoal diferenciou as amostras. No entanto, alguns itens que analisam Altruísmo x autoconsciência e Aceitação espiritual x materialismo diferenciaram as amostras, isto é, indivíduos com AP se revelaram mais Altruístas e com maior Aceitação espiritual do que saudáveis.

Tabela 2 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação à impulsividade

ITENS	INDIVÍDUOS COM AP MÉDIA [DP]	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS MÉDIA [DP]	TESTE [VALOR]	P
IMPULSIVIDADE (BIS)				
Impulsividade motora				
2 –	2.37 [0.82]	1.41 [0.52]	U [1096.0]	< .001
6 –	2.54 [1.00]	1.83 [0.89]	U [1776.5]	< .001
9 –	2.70 [1.05]	2.31 [0.90]	U [2307.0]	.013
12 –	2.39 [0.97]	1.57 [0.68]	U [1563.0]	< .001
15 –	2.73 [0.89]	1.56 [0.66]	U [959.5]	< .001
18 –	2.42 [0.89]	1.53 [0.64]	U [1329.5]	< .001
21 –	1.99 [0.98]	1.61 [0.73]	U [2355.0]	.017
23 –	2.76 [0.92]	2.96 [0.74]	U [2626.0]	.196
26 –	2.41 [0.98]	1.95 [0.63]	U [2208.0]	.003
29 –	2.24 [0.82]	1.75 [0.92]	U [1953.0]	< .001
Falta de planejamento				
1 –	2.43 [0.98]	2.21 [0.83]	U [2594.5]	.162
3 –	1.63 [0.72]	2.16 [0.90]	U [2000.0]	< .001
5 –	2.59 [1.06]	2.73 [0.99]	U [2724.0]	.369
8 –	2.42 [1.13]	2.51 [0.89]	U [2827.0]	.611
11 –	2.68 [1.09]	1.84 [0.74]	U [1649.0]	< .001
14 –	1.75 [0.98]	1.51 [0.67]	U [2701.0]	.290
17 –	2.43 [1.06]	2.44 [0.83]	U [2906.5]	.832
20 –	1.41 [0.69]	1.15 [0.36]	U [2405.5]	.007
22 –	2.49 [0.83]	1.69 [0.73]	U [1472.0]	< .001
25 –	2.04 [1.10]	1.36 [0.67]	U [1908.0]	< .001
28 –	2.47 [0.86]	2.52 [0.99]	U [2914.0]	.854
30 –	2.75 [0.97]	1.85 [0.82]	U [1519.5]	< .001
Falta de atenção				
4 –	2.62 [0.92]	2.87 [0.88]	U [2501.0]	.079
7 –	2.43 [1.05]	1.99 [0.76]	U [2273.5]	.009
10 –	2.61 [0.87]	2.29 [0.88]	U [2377.0]	.025
13 –	2.43 [1.03]	3.04 [0.89]	U [1965.0]	< .001
16 –	2.51 [0.97]	1.59 [0.68]	U [1390.5]	< .001
19 –	2.41 [0.87]	1.99 [0.80]	U [2172.5]	.003
24 –	2.38 [0.95]	1.99 [0.74]	U [2300.0]	.009
27 –	2.44 [0.90]	1.52 [0.60]	U [1296.5]	< .001
U = teste de Mann-Whitney; p<0.001				

Tabela 3 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação à autotranscendência

ITENS	INDIVÍDUOS COM AP N [%]	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS N [%]	TESTE [VALOR]	P
AUTOTRASCENDÊNCIA (TCI)				
Aceit. espiritual x materialismo				
6 –	52 [65.8%]	51 [68.0%]	χ^2 [0.082]	.774
38 –	53 [67.1%]	32 [42.7%]	χ^2 [9.279]	.002
56 –	56 [70.9%]	20 [26.7%]	χ^2 [30.097]	< .001
77 –	58 [73.4%]	27 [36.0%]	χ^2 [21.782]	< .001
88 –	43 [54.4%]	41 [54.7%]	χ^2 [0.001]	.977
97 –	43 [54.4%]	13 [17.3%]	χ^2 [22.881]	< .001
116 –	54 [68.4%]	30 [40.0%]	χ^2 [12.476]	< .001
123 –	53 [67.1%]	48 [64.0%]	χ^2 [0.163]	.687
145 –	58 [73.4%]	51 [68.0%]	χ^2 [0.546]	.460
175 –	25 [31.6%]	20 [26.7%]	χ^2 [0.461]	.497
194 –	42 [53.2%]	22 [29.3%]	χ^2 [8.997]	.003
208 –	51 [64.6%]	34 [45.3%]	χ^2 [5.749]	.016
220 –	41 [51.9%]	36 [50.7%]	χ^2 [0.021]	.884
Altruísmo x autoconsciência				
8 –	59 [74.7%]	38 [50.7%]	χ^2 [9.519]	.002
23 –	37 [46.8%]	18 [24.0%]	χ^2 [8.738]	.003
45 –	57 [72.2%]	27 [36.0%]	χ^2 [20.281]	< .001
76 –	34 [43.0%]	14 [18.7%]	χ^2 [10.652]	.001
96 –	46 [58.2%]	41 [54.7%]	χ^2 [0.199]	.656
125 –	50 [63.3%]	31 [41.3%]	χ^2 [7.440]	.006
152 –	36 [45.6%]	20 [26.7%]	χ^2 [5.941]	.015
173 –	45 [57.0%]	56 [74.7%]	χ^2 [5.343]	.021
195 –	52 [65.8%]	33 [44.0%]	χ^2 [7.409]	.006
215 –	40 [50.6%]	32 [42.7%]	χ^2 [0.981]	.322
228 –	43 [54.4%]	14 [18.7%]	χ^2 [21.108]	< .001
Identificação transpessoal				
15 –	46 [58.2%]	26 [34.7%]	χ^2 [8.579]	.003
31 –	33 [41.8%]	42 [56.0%]	χ^2 [3.117]	.077
51 –	37 [46.8%]	29 [38.7%]	χ^2 [1.048]	.306
84 –	31 [39.2%]	27 [36.0%]	χ^2 [0.172]	.678
95 –	33 [41.8%]	23 [30.7%]	χ^2 [2.051]	.152
132 –	35 [44.3%]	24 [32.0%]	χ^2 [2.464]	.116
163 –	23 [29.1%]	24 [32.0%]	χ^2 [0.151]	.697
200 –	33 [41.8%]	25 [33.3%]	χ^2 [1.167]	.280
232 –	63 [79.7%]	65 [86.7%]	χ^2 [1.313]	.252
χ^2 = teste do qui-quadrado de Pearson; p<0.001				

Tabela 4 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação à ajuda e relacionamento compulsivos

ITENS	INDIVÍDUOS COM AP MÉDIA [DP]	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS MÉDIA [DP]	TESTE [VALOR]	P
AJUDA / RELACIONAMENTO COMPULSIVOS (PROMIS)				
Ajuda dominante				
11 –	2.32 [1.84]	0.81 [1.39]	U [1584.5]	< .001
25 –	2.81 [1.78]	1.08 [1.46]	U [1374.0]	< .001
32 –	2.20 [1.62]	0.60 [1.27]	U [1293.0]	< .001
49 –	2.30 [2.02]	0.71 [1.30]	U [1606.5]	< .001
69 –	2.30 [1.92]	0.68 [1.21]	U [1523.0]	< .001
111 –	3.15 [1.74]	1.17 [1.58]	U [1255.5]	< .001
117 –	2.44 [1.86]	1.64 [1.84]	U [2219.5]	.006
122 –	3.04 [1.59]	1.79 [1.78]	U [1806.0]	< .001
127 –	2.89 [1.87]	2.60 [1.94]	U [2727.5]	.385
155 –	1.99 [1.84]	0.80 [1.30]	U [1875.5]	< .001
Ajuda submissa				
14 –	2.63 [1.92]	2.57 [2.01]	U [2892.0]	.794
35 –	3.02 [1.89]	0.79 [1.31]	U [1092.5]	< .001
39 –	3.69 [1.45]	2.73 [1.83]	U [2064.5]	< .001
45 –	2.94 [1.89]	1.33 [1.56]	U [1543.5]	< .001
58 –	4.24 [1.21]	2.96 [1.87]	U [1761.0]	< .001
62 –	3.00 [1.81]	2.72 [1.98]	U [2714.0]	.359
86 –	1.92 [1.82]	1.08 [1.46]	U [2148.5]	.002
103 –	2.75 [1.84]	1.59 [1.74]	U [1919.0]	< .001
149 –	3.37 [1.75]	2.24 [1.92]	U [1980.5]	< .001
158 –	2.34 [1.84]	1.45 [1.76]	U [2147.5]	.002
Relacionamento dominante				
5 –	2.22 [1.93]	0.65 [1.21]	U [1524.0]	< .001
29 –	1.69 [1.78]	0.76 [1.38]	U [2014.0]	< .001
72 –	2.37 [1.89]	1.28 [1.58]	U [1929.5]	< .001
96 –	1.97 [1.90]	0.96 [1.66]	U [2048.0]	< .001
101 –	1.27 [1.72]	0.43 [0.99]	U [2067.5]	< .001
106 –	1.47 [1.77]	1.20 [1.56]	U [2730.0]	.361
118 –	1.43 [1.71]	0.77 [1.30]	U [2356.0]	.015
126 –	2.04 [1.87]	1.84 [1.97]	U [2712.0]	.349
130 –	1.89 [1.74]	0.76 [1.26]	U [1855.5]	< .001
160 –	1.67 [1.98]	0.40 [0.92]	U [2005.0]	< .001
Relacionamento submisso				
16 –	2.10 [1.77]	0.53 [1.03]	U [1452.0]	< .001
27 –	2.62 [1.84]	0.72 [1.25]	U [1217.5]	< .001
55 –	1.70 [1.83]	0.47 [1.15]	U [1696.5]	< .001
63 –	2.68 [1.95]	1.85 [1.96]	U [2193.0]	.004
78 –	1.72 [2.03]	0.85 [1.49]	U [2240.5]	.003
81 –	1.23 [1.65]	0.55 [1.30]	U [2189.5]	< .001
87 –	1.73 [1.81]	0.72 [1.19]	U [2009.0]	< .001
91 –	1.87 [1.91]	1.09 [1.53]	U [2258.0]	.007
124 –	1.48 [1.75]	0.69 [1.48]	U [2081.0]	< .001
150 –	1.65 [1.70]	1.01 [1.41]	U [2355.5]	.019
U = teste de Mann-Whitney; p<0.001				

Nossos resultados para Ajuda e Relacionamento compulsivos (Tabela 4) mostraram que tais comportamentos são significativamente mais frequentes em sujeitos com AP do que entre saudáveis, em itens que investigam tanto a postura dominante quanto a postura submissa.

Tabela 5 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=79) e indivíduos saudáveis (n=75) com relação a características do relacionamento amoroso

ITENS	INDIVÍDUOS COM AP MÉDIA [DP]	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS MÉDIA [DP]	TESTE [VALOR]	P
INSATISFAÇÃO NO RELACIONAMENTO (EAR)				
1 –	2.51 [1.38]	3.75 [1.09]	U [1490.5]	< .001
2 –	2.05 [1.23]	3.84 [1.09]	U [931.5]	< .001
3 –	2.38 [1.34]	3.96 [1.02]	U [1130.0]	< .001
4 –	2.52 [1.30]	3.97 [1.26]	U [1276.0]	< .001
5 –	2.24 [1.33]	3.75 [1.09]	U [1202.0]	< .001
6 –	4.39 [0.99]	3.93 [1.22]	U [2324.5]	.011
7 –	2.08 [1.02]	4.00 [1.39]	U [943.0]	< .001
ESTILO DE AMOR (EAA)				
Mania*				
1 –	1.61 [0.93]	2.92 [1.39]	U [1321.5]	< .001
5 –	1.57 [1.23]	2.83 [1.48]	U [1459.5]	< .001
9 –	2.41 [1.41]	3.79 [1.30]	U [1446.0]	< .001
23 –	2.05 [1.23]	4.39 [0.96]	U [536.5]	< .001
Ágape*				
14 –	2.53 [1.41]	3.35 [1.31]	U [1976.0]	< .001
17 –	2.54 [1.30]	3.79 [1.15]	U [1452.0]	< .001
18 –	2.03 [1.12]	3.41 [1.12]	U [1130.0]	< .001
24 –	2.25 [1.22]	3.21 [1.27]	U [1727.0]	< .001
Estorge				
4 –	3.44 [1.42]	2.79 [1.39]	U [2190.0]	.004
10 –	3.33 [1.57]	2.95 [1.46]	U [2554.5]	.128
20 –	3.61 [1.38]	2.72 [1.38]	U [1935.5]	< .001
22 –	3.72 [1.35]	2.83 [1.37]	U [1901.5]	< .001
Eros				
2 –	2.28 [1.27]	1.80 [1.00]	U [2315.5]	.013
6 –	2.75 [1.33]	2.03 [1.05]	U [1028.0]	< .001
12 –	3.35 [1.32]	2.00 [1.10]	U [1345.0]	< .001
16 –	2.72 [1.42]	2.20 [1.16]	U [2366.5]	.026
Ludus				
3 –	3.11 [1.63]	3.20 [1.61]	U [2900.5]	.817
7 –	3.51 [1.53]	3.27 [1.42]	U [2663.0]	.262
19 –	2.79 [1.38]	2.67 [1.31]	U [2772.5]	.569
21 –	3.66 [1.51]	3.87 [1.37]	U [2735.0]	.377
Pragma				
8 –	4.00 [1.11]	3.65 [1.33]	U [2556.0]	.120
11 –	3.24 [1.64]	2.68 [1.38]	U [2359.0]	.025
13 –	3.86 [1.25]	3.60 [1.34]	U [2644.5]	.227
15 –	4.15 [1.23]	3.95 [1.18]	U [2622.5]	.172

continua

ITENS	INDIVÍDUOS COM AP MÉDIA [DP]	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS MÉDIA [DP]	TESTE [VALOR]	P
TIPO DE APEGO (TAA)				
1 – Seguro	22 [27.8%]	64 [85.3%]	χ^2 [51.560]	< .001
2 – Rejeitador	10 [12.7%]	9 [12.0%]	χ^2 [0.015]	.901
3 – Ansioso/ambivalente	47 [59.5%]	2 [2.7%]	χ^2 [57.271]	< .001
* todos os itens do subfator diferenciam as amostras				conclusão
U = teste de Mann-Whitney; χ^2 = teste do qui-quadrado de Pearson; p<0.001				

Conforme ilustra a Tabela 5, praticamente todos os itens que investigam Insatisfação no relacionamento mostraram-se estatisticamente superiores em indivíduos com AP, em comparação com saudáveis. Sobre os estilos de amor (relembrando, a menor média é a característica daquele grupo), com exceção de Ludus e Pragma, todos os demais estilos contêm itens que diferenciaram as amostras, com destaque para Ágape e Mania, cuja totalidade dos itens mostrou-se peculiar aos indivíduos com AP; os estilos Eros e Estorge, por sua vez, prevaleceram na amostra de indivíduos saudáveis. Os tipos de apego Ansioso/ambivalente e Seguro diferenciaram as amostras, sendo o primeiro mais frequente nos indivíduos com AP (59.5%) e, o segundo, nos saudáveis (85.3%).

5.1.3 Análise fatorial: desenvolvimento do modelo piloto da Escala do Amor (EA)

Dentre os 137 itens comparados, 67 (em negrito nas Tabelas 2, 3, 4 e 5) diferenciaram as amostras na análise univariada. Utilizando esses 67 itens, foi realizada análise fatorial exploratória. Utilizamos a Análise dos Componentes Principais para resumir os itens, resultando em 26 itens e assim obtivemos a estrutura fatorial do modelo inicial da EA (Tabela 6), bem como as cargas fatoriais de cada item, sendo que foram selecionados aqueles com a

maior carga. Essa estrutura fatorial inicial ficou composta por 5 Fatores, os quais receberam as seguintes denominações:

- Fator 1: Controle – inclui basicamente questões sobre dominação – comportamento excessivo de ajuda (dominante) ao parceiro (PROMIS 122, 49, 69, 11, 155) e estar em relacionamento onde ocorre dependência com postura dominante (PROMIS 96, 130, 160, 5, 101) – as mais importantes da escala. Também contém 3 questões (PROMIS 16, 81 e 124) sobre estar em um relacionamento onde ocorre dependência do parceiro com postura submissa.
- Fator 2: Insatisfação – 4 questões (EAR 1, 2, 3 e 5) constituem o 2º aspecto mais importante para avaliar o AP. Nota-se que a EAR 3 é a questão com maior carga na escala, demonstrando a relevância da Insatisfação no relacionamento para avaliar o AP.
- Fator 3: Impulsividade – presença de dois tipos de impulsividade: motora (BIS 6), particularidade do sujeito inquieto, e falta de planejamento (BIS 11), evidenciando foco na satisfação de desejo imediato.
- Fator 4: Abnegação – 4 questões sobre comportamento altruísta ou abnegado (EAA 14, 17, 18 e 24), onde o sujeito costuma renunciar à própria vontade e antepor as necessidades do outro em detrimento de si próprio.
- Fator 5: Idealização – supervalorização de aspectos como intuição (TCI 45 e 116) e conexão espiritual (TCI 77).

Tabela 6 – Fatores, subfatores/itens e cargas fatoriais do modelo inicial da Escala do Amor (EA)

FATORES SUBFATORES / ITENS	CARGA ABSOLUTA*
Controle	
PROMIS 96 – Tenho medo que a minha vida se arruine ou que os outros tirem vantagem de mim se eu abdicar (abrir mão) do poder ou da influência que eu tenho ou tinha.	.75
PROMIS 130 – Em um novo relacionamento, me sinto desconfortável enquanto não sou a parte dominante.	.69
PROMIS 160 – Costumo negligenciar outros aspectos da minha vida quando a minha posição de poder ou de influência está ameaçada.	.68
PROMIS 124 – Tenho tendência de ficar irritado(a) e impaciente quando as pessoas cuidam de suas próprias necessidades ao invés das minhas.	.68
PROMIS 122 – Geralmente tenho dificuldade para encerrar uma discussão (e deixar pontos sem solução) quando estou tentando ajudar alguém.	.68
PROMIS 49 – Me sinto vazio quando alguém que eu ajudo ou ajudei fica melhor e também fico ressentido(a) quando acho que já não precisam de mim.	.65
PROMIS 69 – Costumo me sacrificar e cuidar dos outros para me sentir melhor.	.63
PROMIS 5 – Tenho tendência a me colocar em posição de poder ou influência para me sentir mais importante do que as outras pessoas.	.62
PROMIS 81 – Só me arrisco a uma nova relação se for com alguém forte e capaz de cuidar de mim.	.62
PROMIS 101 – Regularmente tento diminuir o poder ou a influência relativa ao cargo ou à função de uma pessoa, mesmo que esta pessoa tenha menos poder do que eu.	.60
PROMIS 11 – Tenho medo de aparentar ou mesmo de me tornar uma pessoa insensível se eu não mostrar a minha preocupação e a minha capacidade de cuidar dos outros no dia-a-dia.	.59
PROMIS 155 – Sinto-me realmente bem quando ajudo alguém a resolver os seus problemas.	.59
PROMIS 16 – Tenho tendência a ficar chateado(a) quando alguém que me é próximo toma conta de outra pessoa.	.59
Insatisfação	
EAR 3 – Em comparação com a maioria das pessoas, quanto o seu relacionamento é bom?	-.81
EAR 5 – Em que medida o seu relacionamento tem satisfeito suas expectativas iniciais?	-.79
EAR 2 – Em geral, quão satisfeito você está com o seu relacionamento?	-.78
EAR 1 – Quanto o(a) seu (sua) parceiro(a) preenche suas necessidades?	-.77
Impulsividade	
BIS 11 – Eu faço planos para ter estabilidade no emprego.	.68
BIS 6 – Eu sou controlado.	.64
Abnegação	
EAA 17 – Eu não consigo ficar feliz a menos que eu coloque a felicidade do meu(minha) parceiro(a) antes da minha própria.	-.79
EAA 18 – Eu geralmente me disponho a sacrificar meus próprios desejos em função dos desejos do meu(minha) parceiro(a).	-.75
EAA 14 – Eu prefiro sofrer eu mesma(o) a deixar meu(minha) parceiro(a) sofrer.	-.75
EAA 24 – Eu aguentaria passar por qualquer coisa pelo bem do(a) meu(minha) parceiro(a).	-.67
Idealização	
TCI 77 – Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.	.67
TCI 45 – Muitas vezes tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.	.65
TCI 116 – Acho que intuição (ou telepatia, premonição) é realmente possível.	.54

* Quanto cada subfator/item está relacionado a cada Fator.

A seguir, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach, que demonstrou a boa consistência interna do modelo inicial da escala geral ($\alpha = .74$) e dos 5 fatores: Fator 1 – Controle ($\alpha = .91$); Fator 2 – Insatisfação ($\alpha = .94$); Fator 3 – Impulsividade ($\alpha = .74$); Fator 4 – Abnegação ($\alpha = .86$); Fator 5 – Idealização ($\alpha = .69$).

Por último, esses 26 itens sofreram 3 adaptações necessárias:

- 1) Para alguns, foi preciso colocar foco no constructo que objetivávamos avaliar, isto é, o relacionamento amoroso. Exemplo: PROMIS 69 – Costumo me sacrificar e cuidar (~~dos outros~~) da pessoa que eu amo para me sentir melhor.
- 2) Os itens do Fator 2 (Insatisfação) que, diferentemente dos demais, estavam em forma de interrogativa, foram transformados em afirmativas, a fim de uniformizar a escala.
- 3) Foram acrescentados 4 novos itens (Tabela 7; questões 4, 8, 22 e 30), elaborados por médicos psiquiatras e psicólogos do nosso grupo, habituados a avaliar indivíduos com AP. Estes itens analisam aspectos centrais do AP e que não estavam contemplados nas demais questões da escala. Exemplos: a questão 22 “Desde a minha adolescência, a maioria dos meus relacionamentos foram conturbados” analisa a continuidade do comportamento amoroso patológico ao longo da vida; a questão 30 “Sinto-me emocionalmente dependente da pessoa que eu amo, mas não de amigos e familiares” verifica se o comportamento patológico se refere somente ao parceiro e se restringe ao relacionamento amoroso, de acordo com a definição do construto.

Após estas adaptações, os 30 itens foram embaralhados e, para verificarmos a importância relativa dos itens, a escala foi estruturada com base na escala de 4 pontos desenvolvida por Rensis Likert (1932): (1) “Nunca/raramente”, (2) “De vez em quando”, (3) “Com frequência” e (4) “Sempre/quase sempre”. Assim concluímos o desenvolvimento do modelo piloto da EA (Tabela 7), objetivo desta 1ª parte do estudo.

Tabela 7 – Modelo piloto da Escala do Amor (EA)

30 QUESTÕES – MODELO PILOTO DA ESCALA DO AMOR (EA)	Nunca / raramente	De vez em quando	Com frequência	Sempre / quase sempre
1. Quando comparo meu relacionamento com o da maioria das pessoas, considero o meu relacionamento bom.	☐	☐	☐	☐
2. Eu geralmente sacrifico meus próprios desejos em função dos desejos da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐
3. Costumo me sacrificar e cuidar da pessoa que eu amo para me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐
4. Em geral, mantenho relacionamentos que me causam ansiedade e sofrimento.	☐	☐	☐	☐
5. Meu relacionamento tem satisfeito as minhas expectativas iniciais.	☐	☐	☐	☐
6. Eu aguentaria passar por qualquer coisa pelo bem da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐
7. Sou capaz de me arriscar numa nova relação apenas se for com alguém que cuide de mim.	☐	☐	☐	☐
8. Costumo não depender financeira nem profissionalmente da pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
9. Em geral, estou satisfeito com o meu relacionamento atual.	☐	☐	☐	☐
10. Em um novo relacionamento, me sinto desconfortável enquanto não sou a parte dominante.	☐	☐	☐	☐
11. Sinto-me realmente bem quando ajudo a pessoa que eu amo a resolver os seus problemas.	☐	☐	☐	☐
12. A pessoa que eu amo costuma preencher as minhas necessidades.	☐	☐	☐	☐
13. Tenho tendência a ficar irritado(a) e impaciente quando a pessoa que eu amo cuida das suas próprias necessidades ao invés das minhas.	☐	☐	☐	☐

continua

30 QUESTÕES –**MODELO PILOTO DA ESCALA DO AMOR (EA)**

	Nunca / raramente	De vez em quando	Com frequência	Sempre / quase sempre
14. Em geral, sou mais controlado(a) nas demais relações e atividades do que no meu relacionamento amoroso.	☐	☐	☐	☐
15. Sinto uma profunda conexão espiritual com a pessoa que eu amo, o que não consigo explicar em palavras.	☐	☐	☐	☐
16. Me sinto vazio(a) quando alguém que eu ajudo ou ajudei fica melhor e também fico ressentido(a) quando acho que a pessoa que eu amo não precisa mais de mim.	☐	☐	☐	☐
17. Tenho lampejos inesperados ou intuições sobre meu relacionamento quando estou relaxado.	☐	☐	☐	☐
18. Habitualmente, tento diminuir a importância do trabalho da pessoa que eu amo, mesmo que ele(a) seja menos importante do que eu.	☐	☐	☐	☐
19. Acho que intuição, telepatia ou premonição são possíveis entre pessoas que se amam de verdade.	☐	☐	☐	☐
20. Tenho tendência a ficar chateado(a) quando a pessoa que eu amo se dedica a outra pessoa.	☐	☐	☐	☐
21. Eu não consigo ficar feliz a menos que eu coloque a felicidade da pessoa que eu amo antes da minha própria.	☐	☐	☐	☐
22. Desde a minha adolescência, a maioria dos meus relacionamentos foram conturbados.	☐	☐	☐	☐
23. Eu prefiro sofrer eu mesmo(a) a deixar a pessoa que eu amo sofrer.	☐	☐	☐	☐
24. Tenho medo que a minha vida se arruine ou que a pessoa que eu amo tire vantagem de mim se eu abrir mão do poder ou da influência que eu tenho sobre ela.	☐	☐	☐	☐
25. Costumo negligenciar outros aspectos da minha vida quando a minha posição de poder ou de influência no relacionamento está ameaçada.	☐	☐	☐	☐
26. Tenho dificuldade para encerrar uma conversa (e deixar pontos sem solução) quando estou tentando ajudar a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
27. Tenho tendência a me colocar em posição de poder ou influência para me sentir mais importante do que a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
28. Tenho medo de aparentar ou mesmo de me tornar uma pessoa insensível se eu não mostrar a minha preocupação e a minha capacidade de cuidar da pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
29. Costumo ter maior estabilidade no emprego do que no relacionamento amoroso.	☐	☐	☐	☐
30. Sinto-me emocionalmente dependente da pessoa que eu amo, mas não de amigos e familiares.	☐	☐	☐	☐

conclusão

5.2 A 2ª parte do estudo

Nesta 2ª parte, o QDSD (adaptado para relacionamento amoroso, ver Apêndice A) e o modelo piloto da EA (págs. 81-82) foram aplicados em 20 indivíduos com AP e em 300 indivíduos que preencheram as escalas *online*. Passamos a descrever os resultados obtidos.

5.2.1 Aspectos sociodemográficos e relacionais

Na página seguinte, a Tabela 8 apresenta os resultados da análise univariada dos grupos Sem (28) e Com (20) AP, que foram comparados com relação a 9 variáveis sociodemográficas (idade, gênero, raça, estado civil, situação profissional, tipo de profissão, religião de origem, renda mensal familiar, anos de educação formal) e 3 relacionais: se atualmente está em relacionamento amoroso, há quanto tempo (para aqueles que responderam “sim” na questão anterior) e tipo de relação com a pessoa que ama.

Tabela 8 – Comparação entre indivíduos sem (n=28) e com (n=20) amor patológico com relação a características sociodemográficas e relacionais

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E RELACIONAIS	INDIVÍDUOS SEM AP (n=28)	INDIVÍDUOS COM AP (n=20)	COEFICIENTE	P
IDADE				
Média [DP]	44.1 anos [9.65]	37.5 anos [9.69]	U = 185.5	0.048
GÊNERO			$\chi^2_{[1]} = 0.039$	0.843
Feminino	16 (57.1%)	12 (60.0%)		
Masculino	12 (42.9%)	8 (40.0%)		
ETNIA			$\chi^2_{[1]} = 0.528$	0.468
Caucasiana	25 (89.3%)	19 (95.0%)		
Outras	3 (10.7%)	1 (5.0%)		
SIT. PROFISSIONAL			$\chi^2_{[2]} = .472$	0.790
Período integral	19 (67.9%)	13 (65.0%)		
Período parcial	4 (14.3%)	2 (10.0%)		
Desempregado	5 (17.9%)	5 (25.0%)		
TIPO DE PROFISSÃO			$\chi^2_{[4]} = 17.881$	0.013
Executivos e liberais	15 (53.6%)	8 (40.0%)		
Profissionais médios	1 (3.6%)	5 (25.0%)		
Cargos administrativos	5 (17.9%)	2 (10.0%)		
Nível técnico	2 (7.1%)	1 (5.0%)		
Nível não especializado	0 (0%)	4 (20.0%)		
Estudante	1 (3.6%)	0 (0%)		
Prendas domésticas	2 (7.1%)	0 (0%)		
Desempregado	2 (7.1%)	0 (0%)		
RELIGIÃO DE ORIGEM			$\chi^2_{[2]} = 9.186$	0.010
Católica	15 (53.6%)	17 (85.0%)		
Outras	0 (0%)	1 (5.0%)		
Ateísta (sem crença)	13 (46.4%)	2 (10.0%)		
RENDA MENSAL FAMILIAR (R\$)			$\chi^2_{[5]} = 20.832$	0.001
Até 1000,00	1 (3.6%)	1 (5.0%)		
1001,00 a 2000,00	0 (0%)	2 (10.0%)		
2001,00 a 3000,00	1 (3.6%)	7 (35.0%)		
3001,00 a 4000,00	0 (0%)	2 (10.0%)		
4001,00 a 5000,00	2 (7.1%)	2 (10.0%)		
Acima de 5000,00	24 (85.7%)	6 (30.0%)		continua

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E RALACIONAIS	INDIVÍDUOS SEM AP (n=28)	INDIVÍDUOS COM AP (n=20)	COEFICIENTE	P
ANOS DE EDUCAÇÃO			U = 225.5	0.094
Média [DP]	10.68 [1.09]	10.05 [1.64]		
ESTADO CIVIL DE FATO			$\chi^2_{[4]} = 13.214$	0.010
Casado ou amasiado	19 (67.9%)	5 (25.0%)		
Solteiro	3 (10.7%)	10 (50.0%)		
Separado	2 (7.1%)	1 (5.0%)		
Divorciado	3 (10.7%)	4 (20.0%)		
Viúvo	1 (3.6%)	0 (0%)		
EM RELACIONAMENTO			$\chi^2_{[1]} = 5.777$	0.016
Sim	22 (78.6%)	9 (45.0%)		
Não	6 (21.4%)	11 (55.0%)		
TEMPO DE RELACIONAMENTO			$\chi^2_{[5]} = 16.620$	0.005
6 a 11 meses	1 (4.5%)	1 (11.1%)		
1 a 5 anos	3 (13.6%)	7 (77.7%)		
6 a 10 anos	5 (22.7%)	0 (0%)		
11 a 15 anos	6 (27.3%)	1 (11.1%)		
16 a 20 anos	3 (13.6%)	0 (0%)		
Mais que 20 anos	4 (18.2%)	0 (0%)		
TIPO DE RELAÇÃO			$\chi^2_{[3]} = 24.454$	<0.001
Namorando	2 (7.1%)	4 (20.0%)		
Casado	20 (71.4%)	4 (20.0%)		
Já se relacionou	2 (7.1%)	12 (60.0%)		
Não está envolvido	4 (14.3%)	0 (0%)		
U = teste de Mann-Whitney; χ^2 = teste do qui-quadrado; p<0.05				conclusão

Os grupos Sem e Com AP se mostraram estatisticamente semelhantes com relação às seguintes variáveis: sexo feminino (n=28, 58.3%), etnia caucasiana (n=44, 91.7%), trabalhar em período integral (n=32, 66.7%) e ter estudado em torno de 10 anos. Entretanto, indivíduos com AP eram aproximadamente 7 anos mais novos do que os sem AP, quase metade (45%)

deles trabalhavam em profissões médias e não especializadas, tinham renda familiar inferior e religião de origem principalmente católica (85%), com número bastante inferior de ateístas (10%) do que nas famílias dos indivíduos sem AP (46.4%)

Sobre as variáveis relacionais, conforme o esperado, os grupos se mostraram heterogêneos: a maior parte do grupo Sem AP encontrava-se em algum tipo de relacionamento amoroso (n= 22, 78.6%) e era casado (n=19; 67.9%), sendo que no grupo Com AP a maior parte não estava se relacionando (n=11, 55%) e o número de solteiros (n=10, 50%) foi o dobro do que de casados (n=5, 25%). Para aqueles que estavam se relacionando, a duração do mesmo também se apresentou diferente: o grupo Sem AP estava em relacionamento há mais tempo (50% de 6 a 15 anos, contra 11.1% dos Com AP) do que o grupo Com AP (77.7% de 1 a 5 anos, contra 13.6% dos Sem AP). Sobre o tipo de relacionamento com a pessoa que ama, a maior parte (71.4%) dos indivíduos sem AP relataram ser casados com a pessoa que amavam e, entre os indivíduos com AP, 60% já haviam se relacionado com a pessoa que amavam, mas esse relacionamento havia terminado.

5.2.2 Aspectos psicopatológicos e do relacionamento

Para identificar quais questões do modelo piloto da EA diferenciaram as amostras, comparamos as respostas das 30 questões entre o grupo Sem (n=28) o grupo Com (n=20) AP. O resultado inicial (Tabela 9) indicou que, dentre as 30 questões analisadas, 22 diferenciaram significativamente os grupos.

Tabela 9 – Comparação entre indivíduos com (n=20) e sem (n=28) amor patológico com relação às 30 questões do modelo piloto da Escala do Amor (EA)

QUESTÕES*	INDIVÍDUOS COM AP MÉDIA [DP]	INDIVÍDUOS SEM AP MÉDIA [DP]	TESTE [VALOR]	P
Q 1 –	1.80 [0.69]	3.54 [0.64]	U [29.5]	<.001
Q 2 –	3.55 [0.68]	2.46 [0.69]	U [90.0]	<.001
Q 3 –	3.50 [0.61]	2.36 [0.99]	U [102.0]	<.001
Q 4 –	3.00 [0.72]	1.61 [0.83]	U [67.5]	<.001
Q 5 –	1.80 [0.83]	2.75 [1.00]	U [135.5]	.002
Q 6 –	3.20 [0.95]	2.43 [1.03]	U [162.0]	.010
Q 7 –	2.00 [1.17]	1.75 [0.93]	U [252.5]	.531
Q 8 –	3.30 [1.13]	2.86 [1.24]	U [224.0]	.199
Q 9 –	1.65 [0.59]	3.04 [0.88]	U [66.5]	<.001
Q 10 –	2.25 [1.07]	1.89 [0.78]	U [230.5]	.276
Q 11 –	3.65 [0.59]	3.57 [0.74]	U [276.0]	.917
Q 12 –	2.00 [0.56]	2.93 [0.81]	U [101.0]	<.001
Q 13 –	2.50 [0.89]	1.79 [0.79]	U [156.0]	.006
Q 14 –	2.80 [1.00]	2.18 [1.09]	U [190.0]	.052
Q 15 –	2.90 [1.10]	2.36 [0.82]	U [196.0]	.063
Q 16 –	2.80 [1.24]	1.57 [0.88]	U [132.0]	.001
Q 17 –	2.45 [1.00]	1.96 [0.92]	U [203.5]	.092
Q 18 –	1.80 [0.95]	1.36 [0.82]	U [199.0]	.042
Q 19 –	2.60 [1.19]	2.29 [1.08]	U [237.5]	.353
Q 20 –	3.35 [0.93]	1.71 [0.81]	U [66.0]	<.001
Q 21 –	2.70 [1.03]	1.32 [0.55]	U [80.0]	<.001
Q 22 –	2.85 [1.09]	1.96 [0.92]	U [155.0]	.006
Q 23 –	2.95 [0.94]	1.82 [0.90]	U [113.0]	<.001
Q 24 –	2.60 [1.19]	1.32 [0.61]	U [110.5]	<.001
Q 25 –	2.75 [1.12]	1.25 [0.52]	U [82.0]	<.001
Q 26 –	2.95 [1.00]	1.82 [0.94]	U [120.0]	.001
Q 27 –	2.15 [1.09]	1.43 [0.63]	U [173.0]	.014
Q 28 –	3.25 [0.85]	1.71 [0.71]	U [58.0]	<.001
Q 29 –	2.80 [1.10]	1.71 [1.12]	U [128.0]	.001
Q 30 –	3.75 [0.55]	1.71 [1.01]	U [44.5]	<.001

U = teste de Mann-Whitney; $p < 0.05$

* As questões estão nas páginas 81-82.

Para as 8 questões que não diferenciaram as amostras, mesmo sabendo que com respostas de 1 a 4 dificilmente algum *outlier* influenciaria o resultado, analisamos os gráficos tipo *Box-plot*, ilustrados na Figura 3. Foram realizados os gráficos para o banco de dados completo (320 sujeitos), composto por 3 amostras: Sem AP (28), Com AP (20) e Status desconhecido para AP (272 sujeitos que preencheram a escala *online* e não foram entrevistados/avaliados). As 3 amostras constituíram o eixo das abscissas (x). As possibilidades de respostas às questões da escala (de 1 a 4 pontos) formaram o eixo das ordenadas (y).

Conforme o esperado, não foram encontrados *outliers* em nosso banco de dados:

- Na amostra Sem AP, nenhuma resposta ocorreu de modo isolado.
- Na questão 8 da amostra Com AP, constatamos uma resposta (2) isolada. Para esta questão, foram emitidas respostas de 4 pontos (13 sujeitos), de 3 pontos (3 sujeitos), de 1 ponto (3 sujeitos) e, embora apenas uma pessoa tenha emitido resposta de 2 pontos, esta resposta não se caracteriza como um valor atípico que pudesse influenciar na análise (*outlier*).
- Por último, na amostra Com status desconhecido para AP, também foram verificadas respostas isoladas nas questões 7, 10 e 11. Em todas ocorreram situações semelhantes à que descrevemos no parágrafo acima, isto é, casos isolados que não caracterizaram respostas discrepantes das demais.

Figura 3 – Box-plot das 8 questões que não diferenciaram as amostras Sem AP (28), Com AP (20) e Com status desconhecido para AP (272)

5.2.3 Análise fatorial: desenvolvimento do modelo final da Escala do Amor (EA)

Para realizar a análise fatorial, empregamos o banco com 320 sujeitos e utilizamos o método da Análise de Componentes Principais da matriz de correlação, com rotação fatorial VARIMAX. Como abordamos anteriormente (pág. 46), a ampliação da amostra prevista para esta 2ª parte – de 120 para 320 sujeitos – foi importante para garantir a qualidade desta nova análise fatorial. A Análise dos Componentes Principais resultou nos Fatores e cargas fatoriais de cada item, nos permitindo desenvolver o modelo final da Escala do Amor (EA), descrito na Tabela 10 e que ficou composto por 22 questões:

- 22 questões que diferenciaram as amostras;
- Questões 15 e 17: apesar de não diferenciarem as amostras isoladamente, juntas (Fator 4) discriminaram as amostras (área da Curva ROC acima de .700 – ver Tabela 15, pág. 99);
- Retiradas as questões 29 e 18: mesmo ambas diferenciando as amostras, a Q29 (covariância .38) foi retirada porque a análise fatorial verificou que se distribuía igualmente pelos 4 Fatores, isto é, não apresentou alocação específica em nenhum Fator. A Q18 também não carregou em nenhum Fator, mas se mostrou discriminativa (covariância .84), por isso foram realizadas duas análises de Sensibilidade e Especificidade, primeiramente mantendo e depois retirando esta questão, que analisa o sentimento competitivo e/ou agressivo em relação ao parceiro. Constatamos que o impacto da sua manutenção na habilidade discriminativa foi negligível e optamos, então, por retirá-la.

Tabela 10 – Fatores, questões e cargas fatoriais do modelo final da Escala do Amor (EA)

FATORES / QUESTÕES*	CARGA ABSOLUTA
Fator 1 – Controle	
Q 25 (PROMIS 160) – Costumo negligenciar outros aspectos da minha vida quando a minha posição de poder ou de influência no relacionamento está ameaçada.	.76
Q 24 (PROMIS 96) – Tenho medo que a minha vida se arruine ou que a pessoa que eu amo tire vantagem de mim se eu abrir mão do poder ou da influência que eu tenho sobre ela.	.71
Q 27 (PROMIS 5) – Tenho tendência a me colocar em posição de poder ou influência para me sentir mais importante do que a pessoa que eu amo.	.65
Q 16 (PROMIS 49) – Me sinto vazio(a) quando alguém que eu ajudo ou ajudei fica melhor e também fico ressentido(a) quando acho que a pessoa que eu amo não precisa mais de mim.	.63
Q 20 (PROMIS 16) – Tenho tendência a ficar chateado(a) quando a pessoa que eu amo se dedica a outra pessoa.	.62
Q 26 (PROMIS 122) – Tenho dificuldade para encerrar uma conversa (e deixar pontos sem solução) quando estou tentando ajudar a pessoa que eu amo.	.60
Q 28 (PROMIS 11) – Tenho medo de aparentar ou mesmo de me tornar uma pessoa insensível se eu não mostrar a minha preocupação e a minha capacidade de cuidar da pessoa que eu amo.	.60
Q 13 (PROMIS 124) – Tenho tendência de ficar irritado(a) e impaciente quando a pessoa que eu amo cuida das suas próprias necessidades ao invés das minhas.	.58
Q 30 (nova) – Sinto-me emocionalmente dependente da pessoa que eu amo, mas não de amigos e familiares.	.51
Q 22 (nova) – Desde a minha adolescência, a maioria dos meus relacionamentos foram conturbados.	.47
Fator 2 – Insatisfação	
Q 9 (EAR 2) – Em geral, estou satisfeito com o meu relacionamento atual.	.86
Q 5 (EAR 5) – Meu relacionamento atual tem satisfeito as minhas expectativas iniciais.	.83
Q 12 (EAR 1) – A pessoa que eu amo costuma preencher as minhas necessidades.	.74
Q 1 (EAR 3) – Quando comparo meu relacionamento com o da maioria das pessoas, considero o meu relacionamento bom.	.73
Q 4 (nova) – Em geral, mantenho relacionamentos que me causam ansiedade e sofrimento.	-.51
Fator 3 – Abnegação	
Q 23 (EAA 14) – Eu prefiro sofrer eu mesma(o) a deixar a pessoa que eu amo sofrer.	.73
Q 3 (PROMIS 69) – Costumo me sacrificar e cuidar da pessoa que eu amo para me sentir melhor.	.69
Q 2 (EAA 18) – Eu geralmente sacrifico meus próprios desejos em função dos desejos da pessoa que eu amo.	.68
Q 21 (EAA 17) – Eu não consigo ficar feliz a menos que eu coloque a felicidade da pessoa que eu amo antes da minha própria.	.66
Q 6 (EAA 24) – Eu aguentaria passar por qualquer coisa pelo bem da pessoa que eu amo.	.65
Fator 4 – Idealização	
Q 17 (TCI 45) – Tenho lampejos inesperados ou intuições sobre meu relacionamento quando estou relaxado.	.76
Q 15 (TCI 77) – Sinto uma profunda conexão espiritual com a pessoa que eu amo, o que não consigo explicar em palavras.	.52
* Critério de ordenação das questões: pela carga absoluta.	

Assim, nossos resultados revelaram uma estrutura fatorial composta por 4 Fatores, os quais apresentam questões consistentes entre si e com o Fator, conforme descrevemos abaixo:

- Fator 1 – Controle: manteve-se semelhante ao resultado da fatoração realizada na 1ª parte do estudo. Apenas, duas questões (Q 3 e 18) foram realocadas em outros Fatores e duas questões novas (Q 22 e 30), que versam sobre o mesmo conteúdo, foram incorporadas a este Fator.
- Fator 2 – Insatisfação: mesmo sendo transformadas em afirmativas, todas as questões permaneceram e uma questão nova (Q 4) foi agrupada a este Fator. Esta questão nova investiga o mesmo conteúdo das demais questões deste Fator, incluindo o conceito de que os sujeitos com AP permanecem no relacionamento amoroso a despeito de estarem conscientes de sua insatisfação.
- Fator 3 – Abnegação: igualmente ao Fator anterior, todas as questões permaneceram e outra (Q 3, que anteriormente fazia parte do Fator 1), que versa sobre o mesmo conteúdo investigado por este Fator (abnegação e altruísmo) foi incorporada.
- Fator 4 – Idealização: do parceiro e do relacionamento amoroso, manteve-se neste Fator uma questão sobre conexão espiritual com o parceiro (Q 15) e outra sobre a elevada intuição sobre o relacionamento amoroso (Q 17).

Determinado o número de Fatores e as cargas fatoriais, a Análise dos Componentes Principais nos possibilitou extrair, também, os autovalores

($\geq$ a 1; ordenados de forma decrescente) e a proporção (porcentagem) da variância acumulada (permaneceram aqueles com maiores proporções da variância total). Os resultados encontram-se descritos abaixo, na Tabela 11, mostraram que o Fator 1 (Controle) explicou 15.7%, o Fator 2 (Insatisfação) 14.2%, o Fator 3 (Abnegação) 13.8% e o Fator 4 (Idealização) 11.8%. Todos os autovalores foram maiores que 1 e a porcentagem de variância acumulada dos 4 Fatores foi 52.2%.

Tabela 11 – Análise de Componentes Principais realizada com 320 sujeitos: 20 Com AP, 28 Sem AP e 272 Com status desconhecido para AP

FATORES DA EA	AUTOVALOR	VARIÂNCIA EXPLICADA (%)	EXPLICAÇÃO ACUMULADA (%)
1 – Controle	4.58	19.1	19.1
2 – Insatisfação	3.62	15.0	34.1*
3 – Abnegação	2.90	12.1	46.2*
4 – Idealização	1.44	6.0	52.2*
* Soma da explicação da linha atual e das linhas anteriores.			

A Análise dos Componentes Principais nos permitiu encontrar, ainda, as comunalidades dos itens do modelo final da Escala do Amor (EA). Recapitulando, comunalidades (pág. 47) são índices atribuídos aos itens que sugerem quanto da variabilidade de cada item é explicada pelo modelo obtido, o que é melhor quando os índices são próximos a 1. Nossos resultados evidenciaram, conforme ilustramos na Tabela 12 apresentada na página seguinte, que a maior parte dos índices são próximos a 1, sendo que a Q 9 é a melhor explicada (.845) e a Q 22 é a pior explicada (.576) pelo modelo final da Escala do Amor (EA).

Tabela 12 – Comunalidades referentes ao modelo final da Escala do Amor (EA) composto por 4 fatores

ITENS / QUESTÕES DA EA	COMUNALIDADE
Q 1	.735
Q 2	.696
Q 3	.642
Q 4	.737
Q 5	.794
Q 6	.705
Q 9	.845
Q 12	.756
Q 13	.829
Q 15	.789
Q 16	.665
Q 17	.715
Q 18	.724
Q 20	.621
Q 21	.779
Q 22	.576
Q 24	.712
Q 25	.746
Q 26	.708
Q 27	.728
Q 28	.704
Q 30	.752

Por último, essas 22 questões foram renumeradas de forma sequencial e os espaços das questões excluídas foi ocupado (Tabela 13). Podendo ser autoaplicada com facilidade e rapidez, a versão adequada para aplicação, que inclui o enunciado da EA, pode ser visualizada no Apêndice 2 desta tese.

Tabela 13 – Modelo final da Escala do Amor (EA)

22 QUESTÕES – MODELO FINAL DA ESCALA DO AMOR (EA)	Nunca / raramente	De vez em quando	Com frequência	Sempre / quase sempre
1. Quando comparo meu relacionamento com o da maioria das pessoas, considero o meu relacionamento bom.	☐	☐	☐	☐
2. Eu geralmente sacrifico meus próprios desejos em função dos desejos da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐
3. Costumo me sacrificar e cuidar da pessoa que eu amo para me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐
4. Em geral, mantenho relacionamentos que me causam ansiedade e sofrimento.	☐	☐	☐	☐
5. Meu relacionamento tem satisfeito as minhas expectativas iniciais.	☐	☐	☐	☐
6. Eu aguentaria passar por qualquer coisa pelo bem da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐
7. Em geral, estou satisfeito com o meu relacionamento atual.	☐	☐	☐	☐
8. A pessoa que eu amo costuma preencher as minhas necessidades.	☐	☐	☐	☐
9. Tenho tendência a ficar irritado(a) e impaciente quando a pessoa que eu amo cuida das suas próprias necessidades ao invés das minhas.	☐	☐	☐	☐
10. Sinto uma profunda conexão espiritual com a pessoa que eu amo, o que não consigo explicar em palavras.	☐	☐	☐	☐
11. Me sinto vazio(a) quando alguém que eu ajudo ou ajudei fica melhor e também fico ressentido(a) quando acho que a pessoa que eu amo não precisa mais de mim.	☐	☐	☐	☐
12. Tenho lampejos inesperados ou intuições sobre meu relacionamento quando estou relaxado.	☐	☐	☐	☐
13. Tenho tendência a ficar chateado(a) quando a pessoa que eu amo se dedica a outra pessoa.	☐	☐	☐	☐
14. Eu não consigo ficar feliz a menos que eu coloque a felicidade da pessoa que eu amo antes da minha própria.	☐	☐	☐	☐
15. Desde a minha adolescência, a maioria dos meus relacionamentos foram conturbados.	☐	☐	☐	☐
16. Eu prefiro sofrer eu mesmo(a) a deixar a pessoa que eu amo sofrer.	☐	☐	☐	☐
17. Tenho medo que a minha vida se arruine ou que a pessoa que eu amo tire vantagem de mim se eu abrir mão do poder ou da influência que eu tenho sobre ela.	☐	☐	☐	☐
18. Costumo negligenciar outros aspectos da minha vida quando a minha posição de poder ou de influência no relacionamento está ameaçada.	☐	☐	☐	☐

continua

22 QUESTÕES – MODELO FINAL DA ESCALA DO AMOR (EA)	Nunca / raramente	De vez em quando	Com frequência	Sempre / quase sempre
19. Tenho dificuldade para encerrar uma conversa (e deixar pontos sem solução) quando estou tentando ajudar a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
20. Tenho tendência a me colocar em posição de poder ou influência para me sentir mais importante do que a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
21. Tenho medo de aparentar ou mesmo de me tornar uma pessoa insensível se eu não mostrar a minha preocupação e a minha capacidade de cuidar da pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
22. Sinto-me emocionalmente dependente da pessoa que eu amo, mas não de amigos e familiares.	☐	☐	☐	☐
				conclusão

5.2.4 Análise do poder de discriminação

Além da validade fatorial, para confirmarmos a validade de construto (2º nível da validação) da EA, averiguamos a sua validade discriminante, isto é, a capacidade da escala para discriminar dois grupos diferentes (Com e Sem AP). Para tanto, primeiramente foi analisada a curva ROC de cada Fator, a fim de demonstrarmos a habilidade individual de cada Fator da escala contribuindo, assim, para avaliarmos o desempenho da escala geral.

Como a EA é composta por 3 Fatores com ordem direta (1, 3, e 4), nos quais quanto maior é o escore, mais intenso o AP, e um Fator com ordem inversa (2), para facilitar a visualização da AUC, ilustramos as duas curvas em separado, nas Figuras 2 e 3 respectivamente. Nessas figuras, o eixo das abscissas (x) foi constituído pela Especificidade e, o eixo das ordenadas (y), pela Sensibilidade, que medem a capacidade de acerto diagnóstico da escala, um valor entre 0 e 1 portanto.

Na Figura 4, ilustrada abaixo, as curvaturas evidenciam que os Fatores 1, 3 e 4 apresentam alto poder discriminatório entre indivíduos com e sem AP, uma vez que todas curvas ROC estão concentradas na parte superior esquerda. Retomando, quanto mais próxima a curva está do canto superior esquerdo do gráfico, melhor é o poder discriminatório e, quanto mais distante, pior é este poder. Pode-se observar nestas curvaturas que o Fator 1 (Controle) apresenta o maior poder discriminante da escala e, o Fator 4 (Idealização), o menor.

Figura 4 – Curva ROC dos fatores 1, 3 e 4 da Escala do Amor (EA)

A curvatura ilustrada na Figura 5 mostra que o Fator 2 (Insatisfação) da EA também possui alto poder discriminatório entre indivíduos com e sem AP, pois a curva ROC encontra-se concentrada na parte superior esquerda.

Figura 5 – Curva ROC do fator 2 da Escala do Amor (EA)

Outra forma de descrever os resultados referentes aos 4 Fatores que compõem a EA, é por meio da análise das áreas sob a curva (AUC), as quais ultrapassam 70% ou 0.7 e, assim, demonstram que todos os Fatores são capazes de classificar corretamente a presença ou ausência de AP. Desta forma averiguamos (Tabela 14) que o Fator 1 (Controle) tem o maior poder de discriminação (AUC = .975) e, o Fator 4 (Idealização), o menor (AUC = .704).

Tabela 14 – Área embaixo da curva dos 4 fatores componentes da Escala do Amor (EA)

FATORES	AUC	ERRO PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%		P
			LIMITE + BAIXO	LIMITE + ALTO	
1 – Controle	.975	.018	.940	1.000	<.001
2 – Insatisfação	.963	.024	.915	1.010	<.001
3 – Abnegação	.917	.040	.839	.994	<.001
4 – Idealização	.704	.079	.549	.860	.017

A seguir, a Figura 6 ilustra a capacidade discriminante da EA geral (22 questões), observada do mesmo modo como descrevemos para as Figuras 2 e 3.

Figura 6 – Curva ROC da Escala do Amor (EA)

Na Tabela 15, demonstramos que o poder da EA geral para classificar sujeitos com e sem AP é ainda melhor ($AUC = .989$) do que dos 4 Fatores.

Tabela 15 – Área embaixo da curva da Escala do Amor (EA) geral

ÁREA	ERRO PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%		P
		LIMITE + BAIXO	LIMITE + ALTO	
.989	.012	.966	1.000	<.001

5.2.5 Verificação da confiabilidade

Analisamos o 3º nível da validação (Confiabilidade) aferindo a consistência interna do modelo final da EA e, também, a confiabilidade paralela, comparando o coeficiente de consistência interna da 1ª e da 2ª parte

do estudo. Embora os nossos resultados da 1ª parte indicaram que o modelo inicial da EA apresentou boa consistência interna ($\alpha=.74$; IC=.72-.76; $p<.001$), devido às adaptações realizadas e por termos incluído 4 novas questões, optamos por recalcular o cálculo do alfa do modelo final da escala. O resultado ($\alpha=.88$; IC=.86-.89; $p<.001$) demonstrou que a consistência interna do modelo final da EA ficou ainda melhor, passando de boa (1ª parte) para alta (2ª parte).

Sobre os coeficientes alfa aferidos para cada Fator da EA, conforme mostra a Tabela 16 apresentada na página seguinte, averiguamos que os Fatores 1, 2 e 3 demonstraram alta consistência interna (.86, .85 e .77, respectivamente) e, conforme o esperado – por ser composto apenas por 2 questões – o coeficiente alfa do Fator 4 (.31) evidenciou baixa consistência interna.

Essa Tabela (16) também descreve os resultados da correlação intraclasse (proporção da variância ou grau de homogeneidade dos Fatores, geralmente semelhante ao valor do alfa), a correlação item-total (medida mais apropriada da consistência do item com o escore total) e os alfas se cada questão do instrumento for excluída.

Nossos resultados sobre o coeficiente alfa de Cronbach demonstraram que as questões da EA são satisfatórias e apresentam boa correlação item-total (valores $\geq .30$), com exceção de uma questão (Q15) do Fator 4 (.041), sendo que as mais bem correlacionadas com o indicador total foram: Q 25 (.661), Q 4 (.645), Q 20 (.626), Q 24 (.619) e Q3 (.600). Por fim, analisando o alfa resultante da exclusão de itens da EA, verificamos que os 22 itens contribuem para melhorar ou manter o alfa da escala, por isso nenhum foi retirado.

Tabela 16 – Alfa de Cronbach dos fatores, correlação intraclass e correlação item-total

QUESTÕES DA EA	CORRELAÇÃO INTRACLASSE [IC 95%]	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	α SE ITEM FOR EXCLUÍDO
Fator 1 ($\alpha = .86$)	.858 [.833 – .880]		
Q 20		.626	.867
Q 24		.619	.868
Q 27		.457	.872
Q 28		.584	.868
Q 16		.561	.869
Q 13		.427	.873
Q 26		.527	.870
Q 25		.661	.866
Q 22		.502	.871
Q 30		.580	.868
Fator 2 ($\alpha = .85$)	.852 [.825 – .876]		
Q 1		.449	.872
Q 5		.373	.875
Q 12		.365	.875
Q 9		.464	.872
Q 4		.645	.867
Fator 3 ($\alpha = .77$)	.773 [.731 – .810]		
Q 23		.379	.875
Q 2		.555	.870
Q 6		.131	.882
Q 3		.600	.868
Q 21		.562	.869
Fator 4 ($\alpha = .31$)	.308 [.138 – .445]		
Q 17		.256	.878
Q 15		.041	.886

Neste ponto do processo de validação, finalizamos as análises dos níveis necessários para averiguar a Validade Interna da EA, isto é, demonstramos que os itens da EA (ou a sua estrutura interna) são confiáveis. Passamos, então, para a descrição dos resultados referentes às análises dos níveis seguintes da nossa estratégia de validação, necessários para confirmarmos a Validade Externa da EA que se refere à soma total (resultado).

Sobre o 4º nível do processo de validação (Estabilidade dos resultados), a mesma foi verificada aplicando os itens da EA em tempos diferentes, na 1ª e na 2ª parte do estudo. Apesar das questões terem sido adaptadas para o construto estudado (AP), dos 26 itens originais que diferenciaram significativamente as amostras na 1ª parte (modelo inicial da EA, pág. 79), 19 mantiveram o mesmo resultado na 2ª parte (modelo final da EA, pág. 91), isto é, os resultados mantiveram-se estáveis. Este resultado indica que a escala em estudo é precisa para diagnosticar o AP.

5.2.6 Sensibilidade, Especificidade e Acurácia

Como não foi encontrado na literatura outro instrumento que avaliasse o AP, a fim de averiguarmos a validade de critério (5º nível da validação), empregamos como prova padrão ouro a entrevista clínica. Por meio da curva ROC, comparamos os resultados da prova padrão ouro (entrevista) com os resultados da EA (*screening*) e constatamos que são coerentes.

Conforme mostra a Tabela 17, a Sensibilidade dos Fatores da EA para identificar o AP, determinado por entrevista clínica, foi:

Fatores 1 e 2 – 20 sujeitos (100%) com AP;

Fator 3 – 17 sujeitos (85%) com AP;

Fator 4 – 12 sujeitos (60%) com AP.

A Especificidade dos Fatores da EA para afastar o diagnóstico de AP em sujeitos avaliados em entrevista clínica foi:

Fator 1 – 24 sujeitos (85.7%) sem AP;

Fatores 2 e 3 – 25 sujeitos (89.3%) sem AP;

Fator 4 – 23 sujeitos (82.1%) sem AP.

Tabela 17 – Sensibilidade, Especificidade e Acurácia dos Fatores da Escala do Amor (EA)

FATORES	SENSIBILIDADE (%)	ESPECIFICIDADE (%)	ACURÁCIA (%)
1 – Controle	100.0	85.7	91.7
2 – Insatisfação	100.0	89.3	93.8
3 – Abnegação	85.0	89.3	87.5
4 – Idealização	60.0	82.1	72.9

Sobre a escala geral (Tabela 18), constatamos que a Sensibilidade para identificar o AP, identificado por entrevista foi 100% e a Especificidade para afastar o diagnóstico de AP em sujeitos avaliados em entrevista foi 96%. Assim, a alta Sensibilidade analítica da EA não comprometeu a sua Especificidade: todos os 20 sujeitos do grupo Com AP foram detectados pela EA e, dos 28 do grupo Sem AP, a EA afastou o diagnóstico de AP em 27.

Tabela 18 – Sensibilidade, Especificidade e Acurácia da Escala do Amor (EA) geral

SENSIBILIDADE (%)	ESPECIFICIDADE (%)	ACURÁCIA (%)
100.0	96.0	98.0

Nossos resultados sobre os Fatores da EA (Tabela 17) evidenciaram, ainda, que a Acurácia dos Fatores 1, 2 e 3 para promoverem resultado correto é excelente e, do Fator 4, é muito boa. A escala geral (Tabela 18) revelou Acurácia excelente e ainda melhor do que dos Fatores individuais.

5.2.7 Cálculo do ponto de corte

A fim de constataremos a validade do 6º e último nível do processo de validação (Rendimento diagnóstico da escala), além de comprovarmos a capacidade da EA para detectar o AP (Sensibilidade), para descartar aqueles

que não têm AP (Especificidade) e para fornecer resultados corretos (Acurácia), por meio da análise das coordenadas da curva ROC determinamos o melhor ponto de Sensibilidade com o melhor ponto de Especificidade (o ponto de corte), visando maximizar a Sensibilidade e a Especificidade da EA na discriminação do AP. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 19.

Tabela 19 – Ponto de corte da Escala do Amor (EA)

POSITIVO SE FOR ≥ a	SENSIBILIDADE	1 - ESPECIFICIDADE	SENSIBILIDADE - ESPECIFICIDADE	SENSIBILIDADE + ESPECIFICIDADE
29.0000	1.000	1.000	.000	1.000
31.5000	1.000	.964	.036	1.036
33.5000	1.000	.893	.107	1.107
35.0000	1.000	.750	.250	1.250
37.0000	1.000	.679	.321	1.321
38.5000	1.000	.571	.429	1.429
39.5000	1.000	.536	.464	1.464
40.5000	1.000	.464	.536	1.536
41.5000	1.000	.393	.607	1.607
42.5000	1.000	.321	.679	1.679
43.5000	1.000	.250	.750	1.750
44.5000	1.000	.179	.821	1.821
46.5000	1.000	.143	.857	1.857
48.5000	1.000	.107	.893	1.893
49.5000	1.000	.071	.929	1.929
▶ 51.5000	1.000	.036	.964	1.964
54.5000	.950	.036	.964	1.914
56.5000	.900	.036	.964	1.864
58.0000	.850	.036	.964	1.814
59.5000	.750	.036	.964	1.714
60.5000	.700	.036	.964	1.664
61.5000	.700	.000	1.000	1.700
62.5000	.650	.000	1.000	1.650
63.5000	.600	.000	1.000	1.600
64.5000	.550	.000	1.000	1.550
66.0000	.450	.000	1.000	1.450
67.5000	.400	.000	1.000	1.400
69.5000	.300	.000	1.000	1.300
72.0000	.250	.000	1.000	1.250
73.5000	.200	.000	1.000	1.200
76.0000	.150	.000	1.000	1.150
78.5000	.050	.000	1.000	1.050
80.0000	.000	.000	1.000	1.000

Conforme mostramos na Tabela 19, a análise das coordenadas da curva estabeleceu que o melhor ponto de corte para EA é 51 (em negrito). Assim, para um sujeito ser considerado como caso (teste positivo, presença de AP), precisa obter pontuação $\geq$ a 52. Sujeitos com pontuações até 51 serão considerados não casos (teste negativo, ausência de AP).

A Figura 7 ilustra outra possibilidade de visualização das coordenadas da curva. Para cada ponto de corte foram calculados valores de Sensibilidade e de Especificidade dispostos no gráfico. O ponto mais íngreme da curva, onde a soma da Sensibilidade com a Especificidade é máxima, representa o melhor ponto de corte, isto é, $1.964 = \text{Sensibilidade} (1.000) + [\text{Sensibilidade} - \text{Especificidade}] (0.964)$ (vide Tabela 20).

Figura 7 – Coordenadas da curva da Escala do Amor (EA)

Levando-se em conta este ponto de corte (51) e as pontuações relativas a cada questão, no Apêndice 3 desta tese descrevemos detalhadamente como deve ser realizado o cálculo do escore da EA.

6 DISCUSSÃO

6.1 A 1ª parte do estudo

Na 1ª parte do estudo, dentre as 9 variáveis sociodemográficas investigadas, verificamos que os grupos com AP e saudáveis são homogêneos na maior parte (5). No entanto, sujeitos com AP trabalham com mais frequência em período integral e em um tipo de profissão mais qualificada, o que é coerente com o fato deles serem mais velhos e de terem estudado mais tempo do que os saudáveis. Embora as famílias de ambas as amostras possuam condição financeira (renda familiar) similar, quase metade dos sujeitos com AP são altos executivos ou profissionais liberais (profissões que exigem nível

superior), enquanto que os saudáveis trabalham principalmente em profissões menos especializadas, condizentes com um menor nível educacional.

Conforme o esperado, encontramos diferença significativa para a condição marital: chama a atenção que a maioria (73.4%) dos sujeitos com AP mora sem parceiro, ou seja, é solteiro, separado/divorciado ou viúvo. Por outro lado, entre os saudáveis ocorre empate entre os que moram com e sem parceiro. Este dado seria esperado em decorrência do próprio quadro de AP, cuja insatisfação conjugal mais frequentemente levaria ao distanciamento e separação do casal (Helms e Buehler, 2007), ou mesmo porque os sujeitos com AP são mais velhos, em torno dos 40 anos, quando se espera aumento do número de separados e divorciados ou, ainda, devido à procura de ajuda por parte de sujeitos com este quadro ser mais comum nos momentos que se seguem a rompimentos, devido aos sentimentos de angústia, abandono e raiva decorrentes da falta do parceiro, além do medo de darem conta de si mesmos sozinhos (Timmreck, 1990; Moss 1995; Donnellan et al., 2005).

Na comparação inicial sobre aspectos psicopatológicos (Autotranscendencia e Impulsividade) e do relacionamento amoroso (Ajuda/Relacionamento compulsivos, Insatisfação no relacionamento, Estilo de amor e Tipo de apego), dentre os 137 itens investigados, em praticamente metade (67) os dois grupos (indivíduos com AP e saudáveis) são estatisticamente semelhantes. Por outro lado, aspectos peculiares ao AP foram identificadas em 67 itens, sendo que as que englobam conceitos mais peculiares ao AP foram contempladas nos 5 Fatores do modelo inicial da EA.

Com relação à Autotranscendência, o subfator Identificação transpessoal – aceitação, identificação ou união espiritual com a natureza –

não diferenciou as amostras em nenhuma das 9 questões analisadas por este subfator. Constatamos, assim, que o AP pode ser caracterizado pelos outros dois subfatores da Autotranscendência (Aceitação espiritual e Altruísmo), demonstrando as tendências idealistas e priorização do outro em detrimento de si próprio, conceitos importantes para identificar o AP, os quais foram incluídos no Fator 5 (Idealização) do modelo inicial da EA.

Esta busca pelo parceiro e relacionamento ideais foi publicada há séculos por Platão (s/d), que abordou sobre o mito da fusão de duas metades que, ao se encontrarem, se tornariam um ser único e completo. Sobretudo na época do romantismo, o amor costumava ser vivenciado como algo central na existência (passiva e infeliz) e com desejo fusional idealizado, o que levava ao sofrimento em decorrência de renúncia de si próprio (Beauvoir, 1990; Sartre, 2005). Nesta época, Kant denominou esse amor descontrolado e idealizado (que despreza o outro, portanto) de "amor-paixão" ou "amor patológico" (Kant, 1960). Para Freud, essa busca pelo par complementar seria uma tentativa de repetição da relação fusional (ou simbiótica) mãe-bebê, dado que sugere que a imaturidade e a carência emocionais sejam conteúdos latentes ao portador de AP, contemplados pelos itens deste Fator da EA. Ainda, autores atuais (Gordon, 2006; Norwood, 1985; Peele e Brodsky, 1975) publicaram estudos de casos citando a idealização do parceiro (a exemplo do que é esperado na fase da paixão) como típica e permanente nos sujeitos com AP, quadro denominado por eles principalmente como *love addiction*.

No modelo inicial da EA, também confirmamos estudos anteriores (Sophia, 2008) sobre a Impulsividade motora (inquietação) e a Falta de planejamento (agir sem pensar) elevadas entre sujeitos com AP (Fator 3 –

Impulsividade), em comparação com sujeitos saudáveis. Um estudo com amostra brasileira encontrou alta impulsividade em pacientes com dependência comportamental, como jogo patológico, em comparação com controles (Tavares e Gentil, 2007), fato que chama a atenção para a similaridade entre o perfil impulsivo dos indivíduos com AP e outras dependências comportamentais ou transtornos do controle dos impulsos. Este achado reforça a similaridade desta condição com demais quadros de dependência comportamental (Sophia e Zilberman, 2013).

Sobre os aspectos do relacionamento amoroso, nossos resultados demonstraram a semelhança do AP com outros comportamentos repetitivos e/ou de dependência: foi constatado que Ajuda compulsiva (quando indivíduo cuida do parceiro de maneira repetitiva, passando do comportamento saudável de ser amável para o não saudável de assumir as responsabilidades do outro) e Relacionamento compulsivo (quando o indivíduo está em relacionamento onde ele é dependente do parceiro) são mais frequentes entre sujeitos com AP, conceito incluído em questões do Fator 1 – Controle no modelo inicial da EA. Este Fator inclui praticamente questões sobre dominação – comportamento excessivo de ajuda (dominante) ao parceiro e sobre estar em relacionamento onde ocorre dependência com postura controladora – o conteúdo mais importante para avaliação do AP segundo o modelo inicial da escala.

Este entendimento do AP como um tipo de dependência comportamental, ou seja, uma dependência amorosa em relação ao parceiro, abona a definição de AP, os critérios empregados para avaliação do AP (Sophia, Tavares e Zilberman, 2007) e, ainda, está de acordo com o conceito de love addiction, definido como “experiência viciadora” que seria absorvida

pela mente do indivíduo e, assim como acontece com os analgésicos, aliviaria a sensação de ansiedade e dor (Peele, 1975).

Outro achado que confirmou pesquisas anteriores (Sophia, 2008; Sophia et al., 2009) foi a prevalente Insatisfação no relacionamento, o 2º mais importante conteúdo inerente ao AP, cujas questões concentram-se no Fator 2 do modelo inicial da EA. Chama a atenção que uma das questões relativas a este conteúdo (Escala de Avaliação do Relacionamento – 3), apresenta a maior carga da escala, evidenciando a relevância da excessiva tentativa de manutenção de relacionamento insatisfatório para a análise do AP.

Sobre estilo de amor, a análise univariada mostrou que a frequência do estilo de amor Mania (atitude obsessiva que domina o indivíduo a atrair continuamente a atenção do parceiro) foi superior para indivíduos com AP em todas as 4 questões que averiguam este estilo de amor, dado que confirma nossos estudos anteriores (Sophia, 2008). No entanto, após a análise fatorial, nenhuma das questões relativas a este estilo entrou no modelo inicial da escala. Nossa hipótese é que este estilo de amor foi contemplado por outras questões do Fator 1 que medem este mesmo conteúdo (obsessão pelo parceiro) como, por exemplo, a questão PROMIS 11 – “Tenho medo de aparentar ou mesmo de me tornar uma pessoa insensível se eu não mostrar a minha preocupação e a minha capacidade de cuidar dos outros no dia-a-dia.”

Por outro lado, nossos resultados sobre Abnegação (Estilo de amor Ágape) para análise de indivíduos com AP, além de corroborarem estudos anteriores (Sophia, 2008; Sophia et al. 2009) demonstraram que, para todos as questões que avaliam este estilo de amor as médias dos indivíduos com AP

foram superiores aos saudáveis. As questões que analisam este conteúdo foram incluídas no Fator 4 (Abnegação) do modelo inicial da EA.

Para os outros dois estilos de amor, a análise univariada evidenciou similaridade entre as amostras. Os estilos de amor Ludus (envolve falta de compromisso e vários parceiros simultâneos) e Pragma (valoriza a compatibilidade e verifica se os pretendentes atendem às expectativas antes do envolvimento) foram pouco frequentes. Ainda, era esperado que o estilo de amor Ludus fosse pouco frequente entre indivíduos com AP (por se fixarem em um único parceiro) e entre indivíduos saudáveis (por serem capazes de se comprometer e apaixonar), porém, é digno de nota o achado de que, para ambos os grupos (Com e Sem AP), a escolha do parceiro não ocorre de forma lógica e racional (Pragma).

Assim como ocorreu com o Estilo de amor Mania, as 2 questões sobre Tipo de apego (seguro, característico dos sujeitos saudáveis e ansioso/ambivalente, típico dos sujeitos com AP) que diferenciaram os grupos na análise univariada e em estudos anteriores (Sophia, 2008), não entraram no modelo inicial da EA. Acreditamos que o Tipo de apego característico dos sujeitos com AP (ansioso/ambivalente), marcado por ansiedade de separação ou medo de perder o parceiro, também foi abrangido por outras questões do Fator 1, uma vez que o conteúdo Controle seria uma das possíveis maneiras para se tentar evitar a perda (ou abandono) do parceiro. A questão PROMIS 124, por exemplo, analisa esta maneira ansiosa de se relacionar – “Tenho tendência de ficar irritado(a) e impaciente quando as pessoas cuidam de suas próprias necessidades ao invés das minhas.”

Concluindo, esta 1ª parte do estudo nos permitiu confirmar a hipótese 1 inicialmente levantada nesta pesquisa, qual seja, que o grupo de indivíduos com AP, além de apresentar impulsividade e autotranscendência mais elevadas, é mais insatisfeito e compulsivo no relacionamento do que o grupo de indivíduos saudáveis.

6.2 A 2ª parte do estudo

Na 2ª parte, a comparação entre os grupos Com e Sem AP com relação às variáveis sociodemográficas revelou que estes são semelhantes quanto ao sexo, etnia, nível educacional e horas trabalhadas por dia. Porém, sujeitos com AP são mais novos, praticamente metade trabalha em profissões médias ou não especializadas e têm renda familiar inferior. Chama a atenção que praticamente metade do grupo Sem AP é proveniente de família ateuista, contra apenas 10% no grupo Com AP, maioria proveniente de família católica. Este dado pode ter relação com a elevada Autotranscendência, que é uma medida de espiritualidade, encontrada entre os sujeitos com AP.

Com relação às variáveis associadas ao relacionamento amoroso, conforme o esperado os grupos mostraram-se díspares. A maior parte dos Sem AP são casados com a pessoa que amam e, entre os Com AP, a maioria já tinha se relacionado com a pessoa que ama, mas esse relacionamento havia terminado. Este dado pode estar associado à menor renda mensal familiar encontrada entre os Com AP, uma vez que não podem contar com o salário do parceiro para completar a renda como acontece com o outro grupo. Interessante o achado que, no grupo Com AP, apesar de para a maioria o relacionamento amoroso já havia terminado, os indivíduos ainda relatam nutrir

o sentimento amoroso pelo ex-parceiro, dado que pode estar relacionado com a iniciativa da separação em geral ser do parceiro, insatisfeito com a relação conjugal (Fricker e Moore, 2001).

Encontramos, ainda, outro dado relacional importante: para os indivíduos Com AP que estão em um relacionamento amoroso, este é significativamente menos duradouro do que para os indivíduos Sem AP. Esse dado pode justificar-se pelo fato de indivíduos com AP serem mais jovens e/ou pela probabilidade de separação e divórcio estar aumentada para eles, dado que confirmaria estudo anterior sobre a qualidade do casamento, no qual Helms e Buehler (2007) verificaram que a dependência excessiva entre os parceiros seria um fator contribuinte para o fim do casamento. Segundo esse estudo, o aumento do nível do estresse e da insatisfação conjugal costuma gerar distanciamento e separação do casal.

Passando a discutir sobre a análise do modelo piloto da EA, surpreendeu que, dentre as 30 questões aplicadas, 6 foram eliminadas da escala por não diferenciarem as amostras (7, 8, 10, 11, 14 e 19). Destas, apenas a 8 foi aplicada pela primeira vez (questão nova). Nossa hipótese é que este resultado se justifique pelo tamanho menor das amostras comparadas na 2ª parte do estudo (20 com AP e 28 sem AP) do que na 1ª parte (79 sujeitos com AP e 75 saudáveis), ou em decorrência das próprias adaptações realizadas em algumas questões.

Sobre as questões 29 e 18, que versam sobre comportamento agressivo e impulsivo no relacionamento amoroso, apesar de discriminarem as amostras, foram eliminadas da escala por não carregarem em nenhum fator na análise fatorial. Assim, tais traços (agressivos e impulsivos) – inerentes ao

quadro em estudo na 1ª parte deste estudo (Fator 3 – Impulsividade) e em estudos anteriores (Sophia, 2008; Sophia et al., 2009) – necessitam continuar a ser investigados em outras pesquisas.

As 22 questões que permaneceram no modelo final da EA revelaram uma estrutura fatorial com 4 Fatores que apresentam estrutura interna coerente com as dimensões teóricas do construto analisado (Tabela 10).

O Fator 1 (Controle), composto por 10 itens, explica 19.1% deste quadro. Nota-se que todas questões deste Fator apresentaram boa correlação com o mesmo, sendo que as questões 25, 24 e 27 – que versam sobre estar em relacionamento onde o sujeito é dependente e com postura dominante – mantiveram-se as principais deste Fator (cargas .76, .71 e .65 respectivamente), ou seja, o conteúdo Controle foi confirmado nesta 2ª parte do estudo como o principal para avaliação do AP.

Em segundo lugar, responsável pela explicação de 15% do construto pesquisado, as 5 questões do Fator 2 (Insatisfação), com cargas totais variando de .86 a -.51 também comprovaram a relevância da tentativa de manter relacionamento insatisfatório para avaliar o AP, o que está de acordo com resultados de nossos estudos anteriores (Sophia, 2008).

O mesmo se aplica ao Fator 3 (Abnegação), que explicou 12.1% do construto, também incluindo 5 questões fortemente correlacionadas com o comportamento altruísta, significativamente característico dos sujeitos com AP, conforme resultado encontrado na 1ª parte deste estudo, bem em nossos estudos anteriores (Sophia, 2008; Sophia et al., 2009).

Sobre o Fator 4 (Idealização), permaneceram na EA duas questões, ambas com boas cargas fatoriais, e que juntas avaliaram 6% deste conteúdo –

sensação de conexão espiritual com o parceiro e intuição quanto ao relacionamento amoroso – traço peculiar dos sujeitos com AP que corrobora outros autores (Gordon, 2006; Norwood, 1985; Peele e Brodsky, 1975). Essas idealizações, sobre a conexão espiritual com o parceiro e sobre o relacionamento amoroso, são observadas, por exemplo, em pacientes que, mesmo quando a fase da paixão já passou há anos relatam acreditar que o parceiro (em geral distante e descomprometido) irá mudar, vindo a se tornar o seu par idealizado ou perfeito; embora relatem insatisfação com o relacionamento, tais pacientes referem acreditar que o seu sofrimento ou abnegação poderão transformá-lo em um vínculo fusional, ou seja, revelam ilusão de que virá a acontecer uma repetição da relação simbiótica primária (com a mãe).

Estes 4 Fatores explicam 52.2% da variância total (acumulada). Apesar de a literatura recomendar 60% (Malhotra, 2006) e de sabermos que aumentando o número de Fatores/itens esta porcentagem se eleva, em se tratando de uma primeira escala sobre o construto em estudo, optamos por ser mais rigorosos com a seleção dos itens que permaneceriam na mesma, retirando questões que não carregaram em nenhum fator (Q 18 e Q29), por exemplo. Para efeito de ilustração, caso optássemos por outra solução com as questões 18 e 29, a porcentagem de variância acumulada ficaria próxima dos 60% indicados pela literatura (57.7%). A fim de aumentar a variância acumulada da EA, sugerimos que estudos posteriores incluam novos itens à escala, os quais podem ser criados sobre os conceitos inerentes aos 4 Fatores (sobretudo ao Fator 4, que focou com apenas 2 itens), ou retirados de instrumentos originais e que analisem conceitos do AP ainda pouco

investigados (como autoestima, por exemplo) ou, ainda, novos conceitos intrínsecos ao AP podem ser pesquisados utilizando-se a metodologia de grupo focal, uma técnica de pesquisa qualitativa que coletaria informações dos próprios indivíduos com AP por meio das suas interações grupais.

Com relação ao número de questões, a EA ficou bem representada com 22, uma vez que, para cobrir a totalidade ou maior parte da extensão semântica de um construto, o mesmo deve incluir cerca de 20 itens (Pasquali, 2000). O coeficiente alfa (.88) nos confirmou que a EA apresenta alta consistência interna, ou seja, que é composta por questões relacionadas e que medem o mesmo constructo e, ainda, que cada questão contribui com alguma informação inédita, isto é, as suas questões não são redundantes, o que pode ocorrer quando o alfa é igual ou maior a .95.

Nota-se que, dentre as 22 questões da EA, 3 (Q4, Q15 e Q22) foram criadas a partir da teoria e experiência clínica prévias e, a maior parte das questões (19 restantes), foram selecionadas de outros instrumentos originais. Assim, o nosso trabalho para desenvolver a EA baseou-se, sobretudo, na psicometria tradicional e, o fato da maior parte das questões da EA ser fundamentada em conteúdos definidos como característicos do AP em estudos anteriores demonstra que a escala apresenta validade racional, uma maneira de exprimir validade de conteúdo (1º nível da validação).

Durante o desenvolvimento da EA averiguamos, também, que a mesma evidencia validade de construto (2º nível da validação), que neste estudo foi explicada por meio da validade fatorial: a Análise de Componentes Principais das 22 questões demonstrou que as questões possuem variância comum e que a EA apresenta estrutura fatorial coerente com as dimensões

teóricas do construto (AP), ou seja, que cada Fator analisa uma peculiaridade do AP e que, juntos, os Fatores analisam o mesmo construto.

Com relação à validade externa, analisando o resultado da EA, constatamos que a mesma apresenta Sensibilidade e Especificidade para analisar o AP e também para discriminar significativamente sujeitos Com e Sem AP. Assim confirmamos a nossa hipótese 2 levantada neste estudo.

Por fim, a obtenção de 4 Fatores compatíveis com os construtos apontados por nossos estudos anteriores e pela literatura como relacionados ao AP, nos permite dizer que a EA apresenta evidências de validade baseadas na análise de sua estrutura interna e externa.

6.3 Limitações do estudo

Retomando, em relação aos objetivos propostos, esta pesquisa obteve êxito na fundamentação teórica da Escala do Amor (EA) e na obtenção de fatores válidos e consistentes com o construto que se pretendia avaliar (AP).

Entretanto, a amostra clínica de sujeitos com AP é bastante específica, uma vez que costuma procurar tratamento em fase de rompimento do relacionamento, dado que pode ter influenciado nos resultados sobre a maioria estar sem parceiro e, ainda, apresentar menor renda familiar do que a amostra de sujeitos sem AP, maior parte casados. Recomendamos que estes achados sociodemográficos sejam comparados com amostras não clínicas de sujeitos com AP, em estudo populacional.

Outra limitação a ser considerada é que as propriedades psicométricas merecem consideração em outros estudos, devido à ocorrência de um Fator (4) com baixo número de itens e, por isso, com coeficiente de

fidedignidade (alfa) abaixo do recomendável. Sugerimos a criação e análise de outros itens para este Fator. Exemplos: “Você acredita que seu(sua) parceiro(a) possa mudar ou melhorar a ponto de se tornar o seu par ideal?”; “Você costuma esperar que o vínculo com o(a) seu(sua) parceiro(a) fique mais próximo, ou que vocês fiquem mais conectados física e espiritualmente?”

Ainda, é necessário que as propriedades psicométricas encontradas nesta pesquisa sejam confirmadas invariantes em culturas diversificadas, uma vez que um estudo não possibilita validar totalmente a análise de um conceito. São necessários vários estudos, com diferentes amostras e locais, para a validação de um construto.

7 CONCLUSÕES

A Escala do Amor (EA) é o primeiro instrumento desenvolvido para avaliar o AP. Com base nos resultados obtidos neste estudo, as nossas principais comprovações foram:

- A Escala do Amor (EA) apresenta excelentes parâmetros psicométricos e pode ser facilmente autoaplicada;
- Trata-se de uma escala com validade (interna e externa) e com alta capacidade para discriminar sujeitos com e sem amor patológico;
- O principal conteúdo para analisar a presença de amor patológico é a excessiva e repetitiva necessidade de manter o parceiro sob

controle;

- Em segundo lugar, mesmo conscientes de que seus relacionamentos amorosos são insatisfatórios, indivíduos com amor patológico tentam mantê-los;
- Na sequência, outro conteúdo característico do amor patológico é o comportamento abnegado, isto é, os indivíduos costumam priorizar os interesses do parceiro e abandonar as próprias necessidades;
- Por último, mesmo após a fase de paixão, indivíduos com amor patológico mantém a idealização pelo parceiro e pelo relacionamento amoroso, nutrindo a ilusão que o parceiro e o relacionamento podem mudar, tornando-se ideais ou perfeitos.

A partir destas conclusões, almejamos que a Escala do Amor (EA) contribua para aperfeiçoar a avaliação do AP e a análise dos tratamentos oferecidos.

8 ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO.:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o amor patológico

PESQUISADOR : Monica L. Zilberman

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisadora INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 72538

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 36 meses 2

1 – Desenho do estudo e objetivo(s): “essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa desenvolver e validar um instrumento para avaliar o relacionamento amoroso”;

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros: preenchimento de questionários anônimos rotineiros sobre relacionamento amoroso, análise dos dados obtidos e criação de instrumento fidedigno para avaliar o relacionamento amoroso;

- 3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: coleta de dados sobre relacionamento amoroso;
- 4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3: risco mínimo de desconforto, podendo ocorrer devido aos questionários propiciarem reflexão sobre o seu relacionamento atual e sobre a maneira de amar do sujeito;
- 5 – Benefícios para o participante: conhecer como é sua maneira de amar e de se relacionar com o parceiro amoroso;
- 6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: para os pacientes com relacionamento amoroso patológico, oferecemos tratamento específico e gratuito;
- 7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Dra. Monica L. Zilberman, que pode ser encontrada no Lim-23 do Instituto de Psiquiatria. Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785. Telefone(s): (11) 3069-6978. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br
- 8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
- 9 – Direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;
- 10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- 11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se

existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

12 – Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa;

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o amor patológico”. Eu discuti com a Profa. Dra. Monica L. Zilberman sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data __/__/__

Assinatura da testemunha Data __/__/__

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data __/__/__

9 REFERÊNCIAS

Acevedo BP, Aron A, Fisher HE, Brown LL. Neural correlates of long-term intense romantic love. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2011:1-15.

Acevedo BP, Aron A, Fisher HE, Brown LL. Neural correlates of marital satisfaction and well-being: reward, empathy, and affect. *Clin Neuropsychiatry*. 2012;9(1):20-31.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillside: Erlbaum; 1978.

Amaro JWF. Mal-estar e amor. *Rev Psiq Clin*. 2006;33(6):337-41.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed (DSM-IV). Washington DC: APA; 1994.

Aron A, Fisher H, Mashek DJ, Strong G, Li H, Brown LL. Reward, motivation and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *J Neurophysiol*. 2005;94:327–337.

Artes R, Barroso LP. Aspectos Estatísticos da Análise Fatorial de Escalas de Avaliação. In: Gorenstein, Andrade, Zuardi. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p.35-41.

- Bartholomew K. Adult avoidance of intimacy: An attachment perspective. *J Soc Pers Rel.* 1990;7:147-78.
- Bauman Z. *Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro:Zahar; 2004.
- Beauvoir S. de. *O Segundo Sexo: A Experiência Vivida*. (S. Milliet, Trad.). 9a impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, v.2; 1990.
- Bernardes D, Mendes M, Sarmiento P, Silva S, Moreira J. *Gender Differences in Love and Sex: A Cross-Cultural Study*. Louisville, Kentucky: International Network on Personal Relationships Young Scholars; 1999.
- Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1998.
- Berti MB, Zilberman ML, Sophia EC, Gorenstein C, Pereira AP, Lorena A, Mello C, Cordás TA, Tavares H. Validação de escalas para avaliação do amor patológico. *Rev Psiquiatr Clin.* 2011;38(4):135-8.
- Bogerts B. Deselusional jealousy and obsessive love – causes and forms. *MMW Fortschr Med.* 2005;147(6):26,28-9.
- Borras L, Khazaal Y, Khan R, Mohr S, Kaufmann Y-A, Zullino D, Huguelet P. The relationship between addiction and religion and its possible implication for care. *Substance Use & Misuse.* 2010;45:2357-75.
- Borsboom D, Mellembbergh GJ e van Heerden J. The concept of validity. *Psychological Review.* 2004;111(4):1061-71.
- Bowlby J. *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books; 1969.
- Bowlby J. *The making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock; 1979.
- Bowlby J. *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 1990.
- Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol.* 1992;28:759-75.
- Brockman R. Aspects of psychodynamic neuropsychiatry IV: love, ripe fruit, and other addictions. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2011;39(4):737-47.
- Bystronski B. *A liberação dos costumes e suas consequências sobre os relacionamentos amorosos heterossexuais* [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 1992.
- Bystronski B. Teorias e Processos Psicossociais da Intimidade Interpessoal. In: Rodrigues A. *Psicologia Social para principiantes: estudo da interação humana*. Petrópolis: Vozes; 1995.

Burkett JP, Young LJ. The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012;224(1):1-26.

Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*. 1959;56:81-105.

Cattell RB. *The description and measurement of personality*. New York: World Book; 1946.

Chauí-Berlinck L. *Contemporaneidade: narcisismo e a melancolia / depressão*. Cadernos Espinosanos (USP); 2008.

Chotai J, Jonasson M, Hägglöf B, Adolfsson R. Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. *Eur Psychiatry*. 2005;20(3):251-9.

Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, LeFever RMH, LeFever R. The shorter PROMIS Questionnaire: Further validation of tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav*. 2003;28:225-48.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality. St. Louis: MO; 1994.

Collinson P. Of bombers, radiologists, and cardiologists: time to ROC. *Heart*. 1998;80(3):215-17.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. 16(3) *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.

Crombach LJ, Meehl P. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955;52(2):281-302.

Diemen L, Szobot CM, Kessler F, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):153-6.

Donnellan MB, Larsen-rife D, Conger RD. Personality, family history, and competence in early adult romantic relationships. *J Pers Soc Psychol*. 2005;88(3):562-576.

Eberstadt, MT. *Adam and Eve after the Pill: Paradoxes of the Sexual Revolution*. San Francisco: Ignatius Press; 2012.

Ellis P, Mellsop G. De Clérambault's syndrome: a nosological entity? *Br J Psychiatry*. 1985;146:90-5.

Feldman R. Oxytocin and social affiliation in humans. *Horm Behav*. 2012;61(3):380-91.

Fisher HE. *Why We Love: The Nature and Chemistry of Romantic Love*. Owl Books: NY; 2004.

Fisher HE, Brown LL, Aron A, Strong G, Mashek D. Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *J Neurophysiol.* 2010;104:51-60.

Fisher M. *Personal Love*. London: Duckworth; 1990.

Fletcher R, Fletcher S. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Formiga NS. Fidedignidade da escala de condutas anti-sociais e delitivas ao contexto brasileiro. *Psicologia em Estudo*. 2003;8(2).

Frazier PA, Esterly E. Correlates of Relationship Beliefs: Gender, Relationship Experience and Relationship Satisfaction. *J Soc Pers Rel.* 1990;7:331-52.

Freud S. *O Futuro de uma ilusão e O mal estar da civilização (1929)*. Ed. Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. XXI.

Freud S. *Sobre o narcisismo: uma introdução (1914)*. Ed. Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. XIV.

Fricker J, Moore S. Relationship satisfaction: the role of love styles and attachment styles. *Curr Res Soc Psychol.* 2001;7(11):182-204.

Fromm E. *The art of loving*. New York: Harper; 1956.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e de Caráter de Cloninger – Validação da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, ed. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial. 2000. p. 363-376.

Gerdner A, Nordlander T, Pedersen T. Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatry comorbidity. *Subst Use Misuse*. 2002;37(1): 1-18.

Gjerde PF, Onishi M, Carlson KS. Personality characteristics associated with romantic attachment: a comparison of interview and self-report methodologies. *Pers Soc Psychol Bull.* 2004;30(11):1402-15.

Goldberg C. *In Defence of Narcisism*. New York: Gardner Press; 1980.

Goldstein JM, Simpson JC. Validity: definitions and applications to psychiatry research. In: Tsuang MT, Zahner GEP (eds). *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: A John Wiley, Sons, Inc. Publication. 1995. p.229-42.

Goodwin R, Findlay C. "We were just fated together"...Chinese love and the concept of yuan in England and Hong Kong. *Pers Relationship*. 1997;4:85-92.

Gordon RM. *I love You Madly! On Passion, Personality and Personal Growth*. Allentown, Pa: IAPT Press; 2006

Gorenstein C, Gentil V, Melo M, Lotufo-Neto F, Lauriano V. Mood improvement in "normal" volunteers. *J Clin Psychopharm*. 1998;12(2):246-51.

Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Públ*. 2006;40(2):249-55.

Guilford, JP. New standards for test evaluation. *Educational and Psychological Measurement*. 1946;6:427-39.

Halkin A, Reichman M, Schwarber M, Paltiel O, Brezis M. Likelihood ratios: getting diagnostics testing into perspective. *QJM*. 1998;91:247-58.

Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care; a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41.

Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *J Pers and Soc Psychol*. 1987;52:511-24.

Helms H, Buehler C. Marital quality and personal well-being: a meta-analysis. *J Marriage and Family*. 2007;69:576-93.

Hendrick SS. A generic measure of relationship satisfaction. *J Marriage Family*. 1998;50:93-8.

Hendrick SS, Hendrick C. Gender differences and similarities in sex and love. *J Soc Pers Rel*. 1995;2:55-65.

Hendrick SS, Hendrick C. Love and Satisfaction. In: Sternberg RJ, Hojjat M (orgs.). *Satisfaction in Close Relationships*. New York: Guilford Press; 1997. p. 56-78.

Hendrick C, Hendrick SS, Dicke A. The love attitude scale: short form. *J Soc Pers Rel*. 1998;15:147-59.

Hendrick C, Hendrick SS, Foote FH, Slapion-Foote MJ. Do Men and Women Love Differently? *J Soc Pers Rel*. 1984;1(2):177-95.

Hernandez JAE, Oliveira IMB. Os componentes do amor e a satisfação. *Psicol Cienc Prof*. 2003;23(1):58-69.

Insel TR. Is social attachment an addictive disorder? *Physiol Behav*. 2003; 79(3):351-7.

Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Johnson RA, Wichern DW. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1998.

Kant. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Trad. Paulo Quintela. Coimbra: Atlântida; 1960.

Kelly EL. *Interpretation of educational measurements*. New York: Macmillan. 1927.

Kelsey JL et al. *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press. 1996.

Lázaro A. *Amor: do mito ao mercado*. Petrópolis: Vozes; 1996.

Lee JA. *The Colours of love: An Exploration of the Ways of Loving*. Ontario: New Press; 1973.

Lee JA. A typology of styles of loving. *Pers Soc Psychol Bull*. 1977;3:173-82.

Lee JA. Love-Styles. In: Sternberg RJ, Barnes ML (orgs.). *The Psychology of Love*. New Haven: Yale University; 1988.

Lemieux R. Picnics, flowers, and moonlight strolls: an exploration of routine love behaviours. *Psychol Rep*. 1996;78(1):91-8.

Levine R, Sato S, Hashimoto T, Verma J. Love and marriage in eleven cultures. 1995; *J Cross-Cultural Psychol*. 26:554-71.

Likert R. Una Técnica para la Medición de Atitudes. (A technique for the measurement of attitudes, *Arquives of Psychology*, n.140, p.1-50, 1932). In: Weinerman C H. *Escalas de Medición en Ciências Sociais*. Buenos Aires: Nueva Vision; 1976. p.201-60.

Malhotra NK. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.

Main M, Hesse E. Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg M, Cichetti D, Cummings M (Orgs.). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: University Press; 1990. p.161-82.

Mallandain I, Davies MF. The colours of love: Personality correlates of love styles. *Pers Indiv Differ*. 1994;17(4):557-60.

Marazziti D. *A natureza do amor: conhecendo os sentimentos para vivê-los melhor*. Trad. Betina Mariante Cardoso. São Paulo: Atheneu; 2007.

Marazziti D, Akiskal HS, Rossi A, Cassano GB. Alteration of the serotonin transporter in romantic love. *Psychol Med*. 1999;29(3):741-5.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a Psychiatry Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(2):3-26.

Martin JD, Blair GE, Nevels R, Fitzpatrick JH. A Study of the Relationship of

- Styles of Loving and Marital Happiness. *Psychol Reports*. 1990;66:122.
- Maturana H. *Da Biologia à Psicologia*. Trad. Juan Acuña.(3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- Medronho RA. *Epidemiologia*. 2 Ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- Menezes PR, Nascimento AF. Validade e Confiabilidade das Escalas de Avaliação em Psiquiatria. In: Gorenstein, Andrade, Zuardi. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p.23-8.
- Messik S. Validity. In: Linn R. *Educational measurement*. 3rd ed. New York: American Concil on Education and Macmillan Publishing Company. 1989. p.13-103.
- Moss E. Treating the love-sick patient. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1995;32(3):167-73.
- Naso PO. *A arte de amar*. Trad. Dúnia Marinho da Silva. Porto Alegre: L&PM; 2001.
- Nelson ES, Hill-Barlow D, Benedict JO. Addiction versus intimacy as related to sexual involvement in a relationship. *J Sex Marital Ther*. 1994;20(1):35-45.
- Norwood R. *Women who love too much*. Los Angeles: J. P. Tarcher; 1985.
- Ortigue S, Bianchi-Demicheli F, Hamilton AF, Grafton ST. The neural basis of love as a subliminal prime: An event-related fMRI study. *J Cognitive Neurosci*. 2007;19:1218-30.
- Pagano M. *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: CENGAGE, 2008.
- Pasquali L. Princípios de Elaboração de Escalas Psicológicas. In: Gorenstein C, Andrade LHSGA, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p.15-21.
- Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicol Teor Pesq*. 2007;23(n. especial):099-107.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51(6):768-74.
- Peele S, Brodsky A. *Love and Addiction*. New York: Taplinger; 1975.
- Pincus AL, Wilson KR. Interpersonal variability in dependent personality. *J Pers*. 2001;69(2):223-51.
- Pinsky A. *Love and sex in resigned people*. Summary of lecture given at the New School: ACAAP; 1951.
- Platão. *O Banquete*, in Diálogos, tradução de Jaime Bruna. São Paulo: Cultrix; 1976.

- Reynaud M, Karila L, Blecha L, Benyamina A. Is love passion an addictive disorder? *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):261-7.
- Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Rev*. 1988;18(3):247-91.
- Rougemont D. *O amor e o ocidente*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
- Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in a social work research. *Soc Work Res*. 2003; 27(2):94-105.
- Sartre JP. *O Ser e o Nada: ensaio de fenomenologia ontológica*. 13a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2005.
- Schjodt U, Stodkilde-Jorgensen H, Geertz AW, Roepstorff A. Rewarding prayers. *Neurosci Lett*. 2008;443:165-8.
- Simon J. Love: addiction or road to self-realization, a second look. *Am J Psychoanal*. 1982;42(3):253-63.
- Sophia EC. *Amor patológico: características clínicas e de personalidade*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.
- Sophia EC, Tavares H, Berti MP, Pereira AP, Lorena A, Mello C, Gorenstein C, Zilberman ML. Pathological Love: Impulsivity, Personality, and Romantic Relationship. *CSN Spectr*. 2009;14:5:168-274.
- Sophia EC, Tavares H, Zilberman ML. Pathological love: is it a new psychiatric disorder? *Rev Bras Psiqu*. 2007;29(1):55-62.
- Sophia EC, Zilberman ML. Addictive Disorders. In: Goldman MB, Troisi R, Rexrode KM. *WOMEN AND HEALTH*. 2nd ed. Oxford (UK): Elsevier, 2013. p.1305-16.
- Sprecher S, Aron A, Hatfield E, Cortese A, Potapova E, Levitskaya A. Love: American style, Russian style, and Japanese style. *Pers Relatsh*. 1994;1:349-69.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I. History, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:624-9.
- Sprecher S, Aron A, Hatfield E, Cortese A, Potapova E, Levitskaya A. Love: American style, Russian style, and Japanese style. *Pers Relatsh*. 1994;1:349-69.
- Supo J. *Cómo Validar Un Instrumento: La Guía Para Validar Un Instrumento En 10 Pasos*. Amazon company: CreateSpace; 2013.
- Sussman S, Lisha N, Griffiths M. Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority. *Eval Health Prof*. 2010;34:53-6.

Sussman S, Reynaud M, Aubin HJ, Leventhal AM. Drug addiction, love, and the higher power. *Eval Health Prof.* 2011;34(3):362-70.

Tavares H, Gentil V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. *Rev Bras Psiqu.* 2007;29(2):107-117.

Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins DC. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(4):433-8.

Timmreck TC. Overcoming the loss of a love: preventing love addiction and promoting emotional health. *Psychol Rep.* 1990; 66(2):515-528.

Trochim WM. *The Research Methods Knowledge Base*, 2nd Edition. Internet www page, at URL: <<http://trochim.human.cornell.edu/kb/index.htm>> (version current as of August, 2003).

Van Furth WR, Wolterink G, Van Ree JM. Regulation of masculine sexual behavior: involvement of brain opioids and dopamine. *Brain Research Rev.* 1995;21(2):162-84.

Volkmar FR. Pharmacological interventions in autism: theoretical and practical issues. *J Clin Child Psychol.* 2001;30(1):80-7.

Wang AY, Nguyen HT. Passionate love and anxiety: a cross-generational study. *J Soc Psychol.* 1995;135(4):459-70.

Wang Z, Aragona B. J. Neurochemical regulation of pair bonding in male prairie voles. *Physiol Behav.* 2004;83(2):319-28.

Younger J, Aron A, Parke S, Chatterjee N, Mackey S. Viewing pictures of a romantic partner reduces experimental pain: Involvement of neural reward systems. *PLoS ONE.* 2010;5(10):e13309.

Xu X, Aron A, Brown L, Cao G, Feng T, Weng X. Reward and motivation systems: a brain mapping study of early-stage intense romantic love in Chinese participants. *Hum Brain Mapp.* 2011;32(2):249-57.

Zweig MH, Campbell G. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry.* 1993;39(4):561-77.

APÊNDICES

Apêndice A – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (QDSD) ADAPTADO PARA RELACIONAMENTO AMOROSO

Nesta 1ª parte, precisamos que você preencha todas as questões sobre as suas características sociodemográficas. As suas respostas serão confidenciais, ou seja, você não será identificado.

1. **Nome** (ou iniciais do seu nome completo):

2. **Sexo:** ☐

- 1 – masculino
- 2 – feminino

3. **Idade:** ☐ ☐

4. **Etnia:** ☐

1 – branca (caucasiana)	4 – amarela
2 – negra	5 – outra
3 – parda (mulata, mestiça)	

5. **Situação profissional** (dos últimos 30 dias): ☐ ☐

- 1 – trabalha em período integral (30 horas semanais ou mais)
- 2 – trabalha em período parcial (menos que 30 horas semanais)
- 3 – estudante
- 4 – prendas domésticas
- 5 – desempregado
- 6 – aposentado

6. **Tipo de profissão** (dos últimos 6 meses): ☐

- 1 – alto executivo ou profissional liberal (exige curso superior)
- 2 – gerente/proprietário de empresa média
- 3 – gerente/proprietário de pequena empresa ou cargo administrativo (não exige curso superior)
- 4 – cargo de nível técnico ou profissionalizante (não exige 2º grau).
- 5 – cargo de nível não-especializado (como zelador, porteiro, ajudante de pedreiro, serviços gerais etc.)
- 6 – estudante
- 7 – prendas domésticas
- 8 – desempregado(a)

7. **Grau de instrução:** ☐

1 – analfabeto
incompleto

2 – primário/ensino fundamental I incompleto
completo

3 – primário/ensino fundamental I completo

4 – 1º grau/ensino fundamental II incompleto

5 – 1º grau/ensino fundamental II completo

5 – 2º grau/ensino médio

6 – 2º grau/ensino médio

7 – superior incompleto

8 – superior completo

9 – pós-graduado(a)

8. **Número de anos de educação formal:** ☐☐

9. **Religião da sua família de origem:** ☐

1 – Católica

2 – Evangélica

3 – Espírita

4 – Outra

5 – Ateísta (sem crença religiosa)

10. **Local onde você mora atualmente** (cidade e estado):

11. **Renda mensal familiar** (soma de todos que moram na sua casa): ☐

1 – até R\$ 1000,00

2 – 1001,00 a 2000,00

3 – 2001,00 a 3000,00

4 – 3001,00 a 4000,00

5 – 4001,00 a 5000,00

6 – acima de 5000,00

12. **Opção sexual:** ☐

1 – homossexual

2 – heterossexual

3 – bissexual

13. **Estado civil de fato:** ☐

1 – casada(o) ou amasiado(a)

2 – solteira(o)

3 – separado(a)

4 – divorciado

5 – viúvo

14. Atualmente, você está em um relacionamento amoroso? ☐

1 – sim

2 – não

3 – outro. Especifique:

15. Se você respondeu SIM na questão anterior, há quanto tempo você está neste relacionamento amoroso? ☐

1 – menos que um mês

2 – 1 a 5 meses

3 – 6 a 11 meses

4 – 1 a 5 anos

5 – 6 a 10 anos

6 – 11 a 15 anos

7 – 16 a 20 anos

8 – mais que 20 anos

16. Relação com a pessoa que você ama: ☐

1 – Estou começando a sair (estou “ficando”) com a pessoa que amo

2 – Estou namorando com a pessoa que amo

3 – Sou casado(a) ou moro junto com a pessoa que amo

4 – Tenho um relacionamento extra-conjugal com a pessoa que amo

5 – Já me relacionei com a pessoa que amo, mas este relacionamento terminou

6 – Nunca tive qualquer tipo de relacionamento amoroso com a pessoa que amo

7 – Não estou envolvido com ninguém no momento

Apêndice B – ESCALA DO AMOR (EA)

As pessoas divergem na sua maneira de pensar e agir em seus relacionamentos amorosos. Por favor, leia cada afirmação abaixo e assinale a opção que mais corresponde à sua maneira de se relacionar. Não existem afirmações certas ou erradas. Responda rápida e honestamente. Suas respostas serão confidenciais.

	Nunca / raramente	De vez em quando	Com frequência	Sempre / quase sempre
1. Quando comparo meu relacionamento com o da maioria das pessoas, considero o meu relacionamento bom.	☐	☐	☐	☐
2. Eu geralmente sacrifico meus próprios desejos em função dos desejos da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐
3. Costumo me sacrificar e cuidar da pessoa que eu amo para me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐
4. Em geral, mantenho relacionamentos que me causam ansiedade e sofrimento.	☐	☐	☐	☐
5. Meu relacionamento tem satisfeito as minhas expectativas iniciais.	☐	☐	☐	☐
6. Eu aguentaria passar por qualquer coisa pelo bem da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐
7. Em geral, estou satisfeito com o meu relacionamento atual.	☐	☐	☐	☐
8. A pessoa que eu amo costuma preencher as minhas necessidades.	☐	☐	☐	☐
9. Tenho tendência a ficar irritado(a) e impaciente quando a pessoa que eu amo cuida das suas próprias necessidades ao invés das minhas.	☐	☐	☐	☐
10. Sinto uma profunda conexão espiritual com a pessoa que eu amo, o que não consigo explicar em palavras.	☐	☐	☐	☐
11. Me sinto vazio(a) quando alguém que eu ajudo ou ajudei fica melhor e também fico ressentido(a) quando acho que a pessoa que eu amo não precisa mais de mim.	☐	☐	☐	☐
12. Tenho lampejos inesperados ou intuições sobre meu relacionamento quando estou relaxado.	☐	☐	☐	☐

	Nunca / raramente	De vez em quando	Com frequência	Sempre / quase sempre
13. Tenho tendência a ficar chateado(a) quando a pessoa que eu amo se dedica a outra pessoa.	☐	☐	☐	☐
14. Eu não consigo ficar feliz a menos que eu coloque a felicidade da pessoa que eu amo antes da minha própria.	☐	☐	☐	☐
15. Desde a minha adolescência, a maioria dos meus relacionamentos foram conturbados.	☐	☐	☐	☐
16. Eu prefiro sofrer eu mesmo(a) a deixar a pessoa que eu amo sofrer.	☐	☐	☐	☐
17. Tenho medo que a minha vida se arruine ou que a pessoa que eu amo tire vantagem de mim se eu abrir mão do poder ou da influência que eu tenho sobre ela.	☐	☐	☐	☐
18. Costumo negligenciar outros aspectos da minha vida quando a minha posição de poder ou de influência no relacionamento está ameaçada.	☐	☐	☐	☐
19. Tenho dificuldade para encerrar uma conversa (e deixar pontos sem solução) quando estou tentando ajudar a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
20. Tenho tendência a me colocar em posição de poder ou influência para me sentir mais importante do que a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
21. Tenho medo de aparentar ou mesmo de me tornar uma pessoa insensível se eu não mostrar a minha preocupação e a minha capacidade de cuidar da pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐
22. Sinto-me emocionalmente dependente da pessoa que eu amo, mas não de amigos e familiares.	☐	☐	☐	☐

Apêndice C – ESCORE DA ESCALA DO AMOR (EA)

Como a Escala do Amor (EA) é um instrumento com 22 questões, todas com respostas em 4 pontos e que variam de “Nunca / raramente” a “Sempre / quase sempre”, 88 é a sua pontuação máxima. Indivíduos com pontuações $\geq$ a 52 são considerados como casos (com amor patológico); aqueles com pontuações até 51 são classificados como não casos (sem amor patológico).

* Esta coluna não pertence à escala, é apresentada para nomear a qual Fator cada questão se refere: CO = Controle; IN = Insatisfação; AB = Abnegação; ID = Idealização.

** Esta coluna não pertence à escala, é apresentada para indicar o sentido da pontuação.

Quando o sentido é | Nunca/raramente = 1, De vez em quando = 2, Com frequência = 3, Sempre/quase sempre = 4.

Quando o sentido é – Nunca/raramente = 4, De vez em quando = 3, Com frequência = 2, Sempre/quase sempre = 1.

	Nunca / raramente	De vez em quando	Com frequência	Sempre / quase sempre	Fator *	Pontuação **
1. Quando comparo meu relacionamento com o da maioria das pessoas, considero o meu relacionamento bom.	☐	☐	☐	☐	IN	—
2. Eu geralmente sacrifico meus próprios desejos em função dos desejos da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐	AB	
3. Costumo me sacrificar e cuidar da pessoa que eu amo para me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐	AB	
4. Em geral, mantenho relacionamentos que me causam ansiedade e sofrimento.	☐	☐	☐	☐	IN	
5. Meu relacionamento tem satisfeito as minhas expectativas iniciais.	☐	☐	☐	☐	IN	—
6. Eu aguentaria passar por qualquer coisa pelo bem da pessoa que amo.	☐	☐	☐	☐	AB	
7. Em geral, estou satisfeito com o meu relacionamento atual.	☐	☐	☐	☐	IN	—
8. A pessoa que eu amo costuma preencher as minhas necessidades.	☐	☐	☐	☐	IN	—
9. Tenho tendência a ficar irritado(a) e impaciente quando a pessoa que eu amo cuida das suas próprias necessidades ao invés das minhas.	☐	☐	☐	☐	CO	

10. Sinto uma profunda conexão espiritual com a pessoa que eu amo, o que não consigo explicar em palavras.	☐	☐	☐	☐	ID	
11. Me sinto vazio(a) quando alguém que eu ajudo ou ajudei fica melhor e também fico ressentido(a) quando acho que a pessoa que eu amo não precisa mais de mim.	☐	☐	☐	☐	CO	
12. Tenho lampejos inesperados ou intuições sobre meu relacionamento quando estou relaxado.	☐	☐	☐	☐	ID	
13. Tenho tendência a ficar chateado(a) quando a pessoa que eu amo se dedica a outra pessoa.	☐	☐	☐	☐	CO	
14. Eu não consigo ficar feliz a menos que eu coloque a felicidade da pessoa que eu amo antes da minha própria.	☐	☐	☐	☐	AB	
15. Desde a minha adolescência, a maioria dos meus relacionamentos foram conturbados.	☐	☐	☐	☐	CO	
16. Eu prefiro sofrer eu mesmo(a) a deixar a pessoa que eu amo sofrer.	☐	☐	☐	☐	AB	
17. Tenho medo que a minha vida se arruine ou que a pessoa que eu amo tire vantagem de mim se eu abrir mão do poder ou da influência que eu tenho sobre ela.	☐	☐	☐	☐	CO	
18. Costumo negligenciar outros aspectos da minha vida quando a minha posição de poder ou de influência no relacionamento está ameaçada.	☐	☐	☐	☐	CO	
19. Tenho dificuldade para encerrar uma conversa (e deixar pontos sem solução) quando estou tentando ajudar a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐	CO	
20. Tenho tendência a me colocar em posição de poder ou influência para me sentir mais importante do que a pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐	CO	
21. Tenho medo de aparentar ou mesmo de me tornar uma pessoa insensível se eu não mostrar a minha preocupação e a minha capacidade de cuidar da pessoa que eu amo.	☐	☐	☐	☐	CO	
22. Sinto-me emocionalmente dependente da pessoa que eu amo, mas não de amigos e familiares.	☐	☐	☐	☐	CO	