HERMANO TAVARES

JOGO PATOLÓGICO E SUAS RELAÇÕES COM O ESPECTRO
IMPULSIVO-COMPULSIVO

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Medicina

São Paulo

2000

HERMANO TAVARES

JOGO PATOLÓGICO E SUAS RELAÇÕES COM O ESPECTRO
IMPULSIVO-COMPULSIVO

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Medicina

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Valentim Gentil Filho

São Paulo

2000

Às minhas 3 famílias,

Aos Tavares: Hermano, Débora e Marina

Aos Zilberman: Jacob, Maria Helena, Gisela e Felipe

Aos Zilberman Tavares: Monica, Hermano e quem vai chegar

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Valentim Gentil Filho, pelo apoio e pela orientação sempre crítica e sólida.

À toda equipe do AMJO, por acreditarem.

SUMÁRIO

Resumo	Pág.
Summary	
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Transtornos Relacionados ao TOC	3
1.1.1. O Espectro Impulsivo-Compulsivo	4
1.2. Transtornos do Excesso de Comportamento	5
1.3. O Espectro Impulsivo-Compulsivo, o TOC e os TEC: dificuldades e desafios para o avanço de uma abordagem dimensional	6
1.4. Psicopatologia da Volição: impulso, instinto e vontade	8
1.4.1. Atos Impulsivos e Atos Compulsivos	13
1.5. Personalidade e sua relação com Transtornos Psiquiátricos	17
1.5.1. Impulsividade e Compulsividade como componentes da Personalidade	19
1.6. Jogo Patológico: um modelo para o estudo dos Transtornos de Excesso do Comportamento	23
1.6.1. Jogo Patológico: impulsivo ou compulsivo ?	24
1.6.2. Jogo Patológico e o Espectro Impulsivo-Compulsivo	26
1.7. Usando modelos clínicos para investigação da psicopatologia da volição	27
2. OBJETIVOS	30
3. MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1. Critérios de inclusão	31
3.1.1. Seleção da Amostra Clínica	31
3.1.2. Seleção de Controles Normais	32
3.2. Critérios de exclusão	33
3.3. Investigação das variáveis de pesquisa	33
3.3.1. Avaliação de variáveis sócio-demográficas	33
3.3.2. Escala de avaliação psicopatológica e de comorbidades em Eixo I	34
3.3.3. Avaliação de Impulsividade e Compulsividade	35
3.4. Análise Estatística	50
4. RESULTADOS	55
4.1. Análise de características sócio-demográficas	55
4.2. Análise de dados clínicos	58
4.2.1. Avaliação de curso de evolução mórbida	58
4.2.2. Comorbidade psiquiátrica	64
4.3. Análise de Personalidade, Impulsividade e Compulsividade	70
4.3.1. Análise Preliminar	70
4.3.2. Análise Discriminante de Características de Personalidade	76
4.3.3. Análise de Correlação entre Impulsividade e Compulsividade	80

5. DISCUSSÃO	.88
5.1. Perfil sócio-demográfico e homogeneidade das amostras	88
5.2. Investigando evidências de relação entre Jogo Patológico e TOC	89
5.2.1. Avaliação de curso e evolução mórbida	89
5.2.2. Perfil de comorbidades para jogadores patológicos e portadores de TOC	89
5.3. Personalidade e psicometria em jogadores patológicos e portadores de TOC	103
5.4. Investigando a relação entre Impulsividade e Compulsividade	110
6. CONCLUSÕES	119
7. ANEXOS	120
Anexo A: Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger – Validação da Versão em Português	120
Anexo B: “Foi correto excluir as variáveis de impulsividade que não diferenciaram Jogo Patológico e TOC ?”	136
Anexo C: “As variáveis Indecisão e Excesso de Responsabilidade, adaptadas da YBOCS são importantes para o modelo global de Impulsividade e Compulsividade?”	139
Anexo D: “Por que <i>Sensation Seeking</i> não se mostrou um fator relacionado à Impulsividade ?”	146
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154

RESUMO

TAVARES, H. **Jogo Patológico e suas Relações com o Espectro Impulsivo-Compulsivo**. São Paulo, 2000, 184p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Jogo Patológico é um transtorno psiquiátrico ao qual se reputa importante participação de fatores de personalidade. Jogo Patológico tem sido associado com dependências de substâncias e especula-se uma relação com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Alguns propõem que seja visto como uma dependência não química, outros recusam esta designação argumentando que o termo dependência deveria ser reservado ao uso abusivo de substâncias psicoativas e que JP estaria mais próximo de transtornos do humor e ansiosos. Jogo patológico já foi classificado como comportamento compulsivo, como dependência e, atualmente, encontra-se entre os “Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local” no DSM-IV, e entre os “Transtornos de Hábitos e Impulsos” na CID-10. A relativa juventude do Jogo Patológico, enquanto categoria diagnóstica operacionalmente definida, talvez explique a imprecisão em sua caracterização fenomenológica e clínica. Os objetivos desta tese foram comparar Jogo Patológico e TOC, quanto às características de curso clínico e comorbidade e comparar jogadores patológicos, portadores de TOC e controles normais quanto a traços de personalidade com enfoque específico em impulsividade e compulsividade. Foram selecionados 40 jogadores patológicos, 40 portadores de TOC e 40 controles normais, pareados por gênero, idade e nível educacional. Os instrumentos utilizados foram o SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*), para investigação de curso e comorbidade; o *Tridimensional Personality Questionnaire*; a *Barrat Impulsiveness Scale* versão 11 e uma versão adaptada da *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* para investigação de compulsividade. Observou-se que os portadores de TOC apresentaram

início mais precoce, curso mais insidioso e menor frequência de períodos livres de sintomatologia. Jogo Patológico e TOC apresentaram elevada comorbidade com transtornos ansiosos e depressão, porém Jogo Patológico apresentou uma associação significativamente maior com alcoolismo e tabagismo, enquanto TOC apresentou maior frequência de transtornos somatoformes. Jogadores pontuaram em média significativamente mais que portadores de TOC e controles normais nas medidas de impulsividade. Portadores de TOC pontuaram mais que jogadores e controles normais em compulsividade. Jogadores pontuaram mais que controles normais em compulsividade. Conclui-se que Jogo Patológico e TOC guardam alguma semelhança no tocante à elevada comorbidade com depressão e ansiedade. Contudo, o curso clínico do Jogo Patológico, marcado por exacerbações paroxísticas e períodos de abstinência, além da elevada comorbidade com alcoolismo e tabagismo, reforçam suas semelhanças com as dependências. Em relação à personalidade, o traço mais saliente dos jogadores foi a impulsividade, justificando sua classificação como um transtorno do impulso.

SUMMARY

TAVARES, H. Pathological Gambling and its Relation to the Impulsive-Compulsive Spectrum of Disorders. São Paulo, 2000, 184p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PATHOLOGICAL GAMBLING AND ITS RELATION TO THE IMPULSIVE-COMPULSIVE SPECTRUM OF DISORDERS

Pathological Gambling (PG) is a psychiatric disorder in which personality features are considered essential for its development. In addition, it has been associated to Substance Dependence and a relationship to Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) has been proposed. Some authors conceptualize it as a non-chemical dependence; others refuse this concept, arguing that the term dependence should be used exclusively to the misuse of psychoactive substances, and that PG would be closer to anxiety and affective disorders. PG has been classified as a compulsive behavior, as a dependence, and presently it is classified among the Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified in the DSM-IV, and “Habit and Impulse disorders” in the ICD-10. PG’s relative youth as a diagnostic category may explain the inaccuracy of its phenomenology and clinical characterization. The objectives of this study were: to compare PG and OCD regarding clinical course and psychiatric comorbidity; to compare pathological gamblers, obsessive-compulsive patients, and normal controls regarding personality features, specifically focussing impulsivity and compulsivity. Forty pathological gamblers, 40 obsessive-compulsive patients, and 40 normal control volunteers, matched by gender, age, and educational level were included. They were assessed through the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry for evaluation of course of illness and psychiatric comorbidity; the Tridimensional Personality Questionnaire; the Barrat Impulsiveness Scale version 11, and an adapted version of the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale for investigation of compulsivity. It was

observed that OCD patients were younger at illness onset, had a more insidious course of the illness, with less frequent symptom free periods. PG and OCD presented high comorbidity with anxiety and depressive disorders, but PG presented a higher association to alcoholism and tobacco dependence as compared to OCD, while OCD presented a higher association to somatomorphic disorders as compared to PG. Pathological gamblers scored significantly higher than OCD patients and normal controls on impulsivity measures. OCD patients scored higher than pathological gamblers and normal controls on impulsivity. Pathological gambler scored higher than normal controls on compulsivity. It was concluded that PG and OCD have similarities regarding their high comorbidity to depression and anxiety. Nevertheless, PG's clinical course, characterized by recurrent symptomatic periods and symptom free periods, in addition to the high comorbidity with alcoholism and tobacco dependence, reinforces its resemblance to the dependencies. Regarding personality, impulsivity was the most salient feature found among pathological gamblers, thus supporting PG's classification as an impulsive control disorder.

1. INTRODUÇÃO

Pacientes que apresentam comportamentos repetidos até o extremo do prejuízo social, físico ou psicológico foram registrados pela Psiquiatria desde os seus primórdios (KRAEPELIN, 1915; STEKEL, 1968; ORFORD, 1985). São comportamentos como ingerir excessivamente bebidas alcoólicas ou outra substância psicoativa, comer excessivamente, ou engajar-se excessivamente em jogos de azar, atividade sexual, compras ou outra atividade de caráter gratificante. LACEY e EVANS (1986) descrevem que dois ou mais destes comportamentos podem estar associados em um mesmo indivíduo, o que, para estes autores, denotaria um traço subjacente de personalidade caracterizado pela falta de controle sobre o próprio comportamento.

Entretanto, MILLER (1979) afirma que, a despeito desta associação entre diferentes comportamentos de abuso, foram poucos os esforços de estudar e sistematizar uma teoria geral sobre os mesmos. ORFORD (1985), endossando Miller, especula que o estabelecimento das dependências a substâncias psicoativas como uma categoria diagnóstica isolada do restante dos comportamentos de abuso foi deletério para uma melhor compreensão destas síndromes marcadas pelo descontrole. A fim de organizá-las sob um termo comum, ele as descreve como Síndromes do Apetite Excessivo. Outros autores têm dado preferência ao termo Transtornos do Excesso de Comportamento (TEC – HAND, 1998).

Uma outra síndrome mental, igualmente registrada nos primeiros estudos psiquiátricos, capturou a atenção dos estudiosos, entre outras razões, também pela característica da repetição de comportamentos como checagem, organização e limpeza (DEL PORTO, 1994). Trata-se do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). A semelhança da repetição e o fato de que em ambas as síndromes se verifica uma

subversão da auto-determinação do paciente têm instigado especulações sobre a relação desses comportamentos de abuso e o TOC (STEIN; HOLLANDER, 1993). De outro lado, a ausência de gratificação primária nos rituais observados no TOC é apontada como elemento diferencial entre os TEC e o TOC (FROSCH, 1977).

Encontramos em ESQUIROL (1838), talvez, o germe desta controvérsia. Ele estabeleceu o termo Monomania para descrever uma condição patológica onde uma alteração pontual na esfera cognitiva ou na esfera volitiva encontrava-se afetada em meio a um psiquismo que, de resto, não apresentava alterações. Sob as designações de Monomania Instintiva e Monomania Raciocinante, ele forneceu descrições que se assemelham, respectivamente, às descrições atuais de TEC e TOC:

“...o paciente é constrangido a realizar atos os quais não são determinados por sua razão, nem por suas emoções - atos que sua consciência desaprova, mas sobre os quais ele não tem controle voluntário; as ações são involuntárias, instintivas, irresistíveis, é a monomania sem delírio ou monomania instintiva”.

“...as ações desses doentes são contrárias aos seus afetos, aos seus interesses e aos costumes sociais...Por mais desordenadas que sejam suas ações, esses monomaniacos têm sempre motivos mais ou menos plausíveis para se justificar, de forma que deles se pode dizer que são loucos razoáveis”.

A reunião destas descrições sob o termo único Monomania pode ser usado como argumento para a exploração de semelhanças entre TEC e TOC; a distinção nos subtipos Instintiva e Raciocinante, para a sua diferenciação. Contudo, a reunião de comportamentos cujas origens psicopatológicas divergiam, cognitiva ou volitiva, conduziu à construção de um conceito por demais abrangente que incluía transtornos psicóticos e não psicóticos. O termo Monomania foi abandonado, mas não a intenção de explorar uma possível proximidade entre esses comportamentos repetitivos como se pode verificar em publicações mais recentes (HUDSON; POPE, 1990; McELROY et al., 1993; STEIN; HOLLANDER, 1993; OLDHAM et al., 1996). Em comum, essas publicações apontam para o fato de que o elevado índice

de comorbidades psiquiátricas existente entre esses diagnósticos pode ser um reflexo dos limites do modelo categorial do diagnóstico médico e propõem uma abordagem dimensional através da adoção de espectros psicopatológicos que agregariam grupos de categorias diagnósticas mais comumente associadas entre si.

1.1. Transtornos Relacionados ao TOC

Os recentes avanços na investigação da etiopatogenia das obsessões e compulsões (INSEL, 1992) fomentaram propostas de se adotar o TOC como ponto de partida para a investigação das relações entre diferentes transtornos psiquiátricos sob uma perspectiva dimensional (JENIKE, 1990; STEIN; HOLLANDER, 1993). Em sua proposta, estes autores reúnem diferentes diagnósticos sob o título de Transtornos Relacionados ao TOC (TRTOC). Este modelo se estrutura tendo ao centro o TOC e dele irradiando-se três eixos espectrais que se organizam tendo, no pólo original, um fenômeno característico do TOC e, no outro pólo, uma característica psicopatológica oposta (vide figura 1).

FIGURA 1

Os eixos propostos foram: Compulsividade (aversão ao risco) vs. Impulsividade (procura pelo risco), Sintomatologia Cognitiva (obsessões) vs. Sintomatologia Motora (tiques motores), Incerteza (dúvida patológica) vs. Certeza (convicção delirante). Destes, o par Impulsividade-Compulsividade recebeu maior atenção e tem sido proposto como um eixo espectral organizador de transtornos cuja principal característica é a repetição insistente e nociva de comportamentos (SKODOL; OLDHAM, 1996).

1.1.1. O Espectro Impulsivo-Compulsivo

Na tentativa de sistematizar e descrever essa hipotética relação entre o TOC e outras síndromes marcadas pela repetição e por comportamentos excessivos, HOLLANDER (1993) elaborou um modelo axial unidimensional, onde os seguintes transtornos estão dispostos em progressão linear: TOC, Hipocondria (Hip), Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), Anorexia Nervosa (AN), Transtorno de Despersonalização (Desp), Síndrome de Tourette (ST), Tricotilomania (Tric), Jogo Patológico (JP), Impulso Sexual Excessivo (ISE) e Transtorno *Borderline* de Personalidade (TBP). Nesta ordem, como mostra a figura 2, estes transtornos representariam uma progressão sintomatológica onde, à esquerda, prepondera a compulsividade e, à medida que se progride à direita, este caráter se reduz cedendo espaço a um crescente caráter impulsivo. O TOC, alocado na extrema esquerda, seria o paradigma da compulsividade e o TBP, na extrema direita, o paradigma do transtorno eminentemente impulsivo.

FIGURA 2

Esta organização linear de transtornos compulsivos e impulsivos tem sido usada por alguns autores (KAVOUSSI; COCCARO, 1993) na especulação de que a Compulsividade (CMP) e a Impulsividade (IMP) seriam, respectivamente, a expressão comportamental da hiperatividade e da hipoatividade de um mesmo substrato neuroanatômico, cujo funcionamento seria modulado pela atividade serotoninérgica. Atividade serotoninérgica excessiva estaria associada à inibição comportamental e atitudes esquivantes em relação ao risco; deficiência da mesma, ao comportamento impulsivo que não se deixa inibir mesmo pela evidência dos riscos (CLONINGER, 1987).

1.2. Transtornos do Excesso de Comportamento

Em 1915, KRAEPELIN usou o termo *impulsos patológicos* para descrever e reunir sob este elemento comum síndromes como a piromania, a cleptomania e a oniomania, entre outras. Mais recentemente, outros autores têm salientado a elevada prevalência e comorbidade de síndromes caracterizadas por comportamentos habituais da vida cotidiana, em geral gratificantes (comprar, comer, jogar, fazer sexo) e que, pela repetição excessiva, tornam-se prejudiciais a alguns indivíduos que perdem o controle sobre os mesmos (ORFORD, 1985).

Parte destas síndromes encontram-se reunidas nos atuais sistemas de classificação diagnóstica em Psiquiatria, Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4ª Edição (DSM IV – A.P.A., 1994) e Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição (CID-10 – W.H.O., 1992), sob o título de Transtornos do Controle do Impulso; no DSM IV, com o complemento da ressalva Não Classificados em Outro Lugar. Esta foi acrescentada para lembrar que outras síndromes, particularmente as dependências de substâncias psicoativas e a bulimia nervosa, também cursam com alterações do impulso mas encontram-se classificadas em outras seções.

McELROY e colaboradores (1995) lembram que, apesar de descrições clínicas que datam desde o final do século XIX, os Transtornos do Controle do Impulso ainda funcionam como uma categoria

residual de classificação; são mal compreendidos do ponto de vista psicopatológico e a natureza impulsiva das síndromes que compõem este grupo é questionada por alguns autores que preferem atribuir o descontrolo do comportamento a alterações do humor e à ansiedade (TABER et al., 1987; ALLCOCK; GRACE, 1988). McELROY e colaboradores (1993) também apontam semelhanças entre estas síndromes e o TOC, especulando se a verdadeira natureza dos comportamentos repetitivos observados não seria de fundo compulsivo. Talvez para evitar terminologias comprometidas com assunções prévias, alguns autores têm dado preferência ao termo Transtornos do Excesso de Comportamento (TEC - HAND, 1998). Ao discorrer sobre os TEC, Hand resume a principal controvérsia que os cerca: seriam eles comportamentos assemelhados às dependências de substâncias psicoativas, fruto de uma perda de controle, ou teriam eles uma natureza compulsiva assim como os rituais de limpeza e checagem dos portadores de TOC ?

A proposta dos TRTOC abrange um conjunto grande de transtornos mentais com sintomatologia bastante diversa entre si. Especificamente no caso do Espectro Impulsivo-Compulsivo, ela agrega aos TEC um conjunto de síndromes cuja relação entre si e a relação com TOC ainda não foram suficientemente investigadas.

1.3. O Espectro Impulsivo-Compulsivo, o TOC e os TEC: dificuldades e desafios para o avanço de uma abordagem dimensional

A proposta de um Espectro Impulsivo-Compulsivo (EIC) representa uma avanço em relação ao tratamento genérico dado ao JP e às outras síndromes reunidas sob a designação de TEC. O uso do termo TEC tem desobrigado investigadores da área do indispensável exercício da caracterização psicopatológica da natureza da repetição observada. Observa-se que vários autores referem-se à IMP e à CMP como conceitos sobrepostos. Isto é particularmente verdadeiro no caso do envolvimento patológico com jogos

de azar. Esta síndrome é frequentemente referida como Jogo Compulsivo por autores que descrevem seus portadores como personalidades impulsivas (DELL et al., 1981; CUSTER, 1984).

O modelo do EIC ao opor CMP e IMP impõe a necessidade de diferenciá-las. Contudo, o EIC, em sua proposição teórica, apresenta deficiências que pedem uma revisão crítica do modelo:

- As relações entre TOC e Transtorno Dismórfico Corporal (MUNRO; STEWART, 1991; HOLLANDER et al., 1990), Hipocondria (McELROY et al., 1994; BARSKY et al., 1992) e outros transtornos ansiosos (RASMUSSEN; EISEN, 1990) têm sido investigadas por diferentes autores; porém, a relação entre estes transtornos e as síndromes mais próximas do pólo impulsivo no EIC nunca foi objetivamente investigada;
- A atividade serotoninérgica diminuída no Sistema Nervoso Central (SNC) tem sido correlacionada com a expressão de comportamentos agressivos tais como piromania (VIRKKUNEN et al., 1989), explosões súbitas de agressividade episódica (BROWN et al., 1989), suicídio (COCCARO et al., 1992) e irritabilidade (MARKOWITZ; COCCARO, 1995). Entretanto, as relações entre a IMP e a agressividade ainda não estão esclarecidas e os autores que estudam esta interface, lembrando-se do caráter multi-fatorial da IMP, preferem dividi-la em IMP Não Agressiva e IMP Agressiva (PLUTCHIK; VAN PRAAG, 1995; BARRAT, 1993);
- os autores que se dedicam ao estudo da IMP e da CMP adotam modelos diferentes, não havendo até o momento consenso quanto às suas definições conceituais. Particularmente no caso da IMP, onde diferentes autores desenvolveram escalas de acordo com seus próprios conceitos (ZUCKERMAN, 1994; BARRAT, 1993), corre-se o risco de uma confirmação tautológica desses modelos quando estes autores organizam paradigmas de testagem de acordo com suas preconcepções e usam escalas organizadas à luz das mesmas para confirmá-las. Isto colabora para a persistência de propostas independentes de como conceituar e medir a IMP, sendo que, apesar dos esforços no sentido de integrar diferentes conceitos (GERBING et al., 1987; LUENGO et al., 1991), não se chegou a um

denominador comum sobre onde recairiam as sobreposições e complementaridades entre eles (EVENDEN, 1999).

1.4. Psicopatologia da Volição: impulso, instinto e vontade

SIMS (1995), em seu livro *Symptoms of the Mind*, dedica um capítulo específico à vontade e às suas perturbações. Logo no início do texto, ele afirma que, até hoje, filósofos, teólogos e outros profissionais se ocuparam da volição mais do que os psiquiatras e que, portanto, nesta área, verifica-se a falta de um modelo psicopatológico abrangente que organize de forma coerente todos os termos empregados na descrição dos componentes da vontade.

Outro problema que se assoma, quando se examina a literatura disponível, é o da tradução e equivalência destes termos. Por exemplo, em um estudo etimológico sobre o uso da palavra alemã *Trieb* na obra de Freud, HANNS (1996) detectou significados diversos que tiveram diferentes traduções ao longo das versões inglesa, espanhola e portuguesa da obra freudiana. Na versão em português, *Trieb* é traduzido como impulso, instinto ou pulsão, ora com significado semelhante entre os termos, ora distinto.

Citando Schafetter, SIMS (1995) conceitua o instinto como uma forma particularizada de impulso que, por ser inato, não estaria condicionado por qualquer experiência de aprendizagem. Neste caso, então, instinto deveria ser um termo reservado à descrição das necessidades primárias vinculadas à homeostase orgânica (fome, sede, sono, etc.). Contudo, outros autores (abordados adiante neste texto) ignoram esta diferenciação e igualam os termos impulso e instinto. Em 1915, ao descrever o instinto, FREUD (1981) o decompõe em quatro elementos:

- A pressão (em alemão *drang*): ou a essência do instinto, representa sua energia propulsora;
- A finalidade (*ziel*): segundo Freud, “a finalidade do instinto é sempre a satisfação, que somente pode ser alcançada pela supressão do estado de estimulação da fonte do instinto”. Sugere que o instinto sempre adota um sentido que o conduza à sua extinção;

- O objeto (*objekt*): a coisa através da qual o instinto logra satisfazer-se;
- A fonte (*quelle*): o processo somático que se passa em uma parte do corpo e que origina o instinto.

A descrição de Freud encontra paralelos em Karl JASPERS (1979). Em sua obra *Psicopatologia Geral*, publicada pela primeira vez em 1913, ele menciona breves porém importantes definições no tocante à investigação do campo volitivo. Ele busca diferenciar três fenômenos:

“...o **impulso primário**, sem conteúdo e sem direção, o **instinto natural** que tende inconscientemente a um fim e o **ato de vontade** que produz representações conscientes de finalidade, com conhecimento dos meios e as conseqüências”.

É interessante observar a semelhança entre os conceitos freudianos de pressão e finalidade e os conceitos jasperianos de impulso primário e instinto natural. Porém, em Jaspers, impulso, instinto e ato de vontade são vivências simultâneas que lutam entre si. Os efeitos deste embate se observam na ponderação, hesitação e, finalmente, em uma decisão – “quero” ou “não quero”. Toda ação que se desenvolve no contexto de uma deliberação consciente com uma conseqüente escolha pode ser chamada de **ação arbitrária**. Por outro lado, se os movimentos instintivos chegam à descarga, sem ponderação, mas “*ainda sob o controle oculto da personalidade*”, chamar-se-ão **atos instintivos**. Se o comportamento não for passível de supressão ou controle, então, será chamado de **ato impulsivo**. Contudo, ao discorrer sobre a volição, Jaspers se ocupou apenas de suas alterações associadas aos quadros de evolução processual, isto é, as psicoses.

KRAEPELIN (1915) talvez tenha sido um dos primeiros autores a salientar a natureza impulsiva de algumas síndromes neuróticas em sua descrição dos chamados impulsos patológicos.

Kurt SCHNEIDER (1976) também descreve o processo volitivo como um embate. Igualando os termos impulso e tendência, ele propõe que, para cada tendência que se ergue no âmago do psiquismo,

surge uma contra-tendência equivalente e, desta forma, vários pares antagônicos se manifestam simultaneamente:

“Atinge-se, assim, uma pugna entre as tendências e a mais poderosa é a que triunfa”.

Para Schneider, a vontade consiste na propriedade de poder intervir nesta pugna, escolhendo uma entre duas tendências distintas. Schneider, ao contrário de Jaspers, não vincula a escolha volitiva ao exercício da razão, embora afirme que escolher entre as tendências é uma capacidade exclusiva do homem e que não seria possível falar-se de uma vontade animal, posto que nas outras espécies tudo se resumiria a atos determinados pela pressão dos instintos sem opção de escolha.

NOBRE DE MELO (1979) descreve o ato volitivo humano como um processo subdividido em quatro fases:

1. A fase de intenção ou propósito, na qual se esboçam as tendências básicas do indivíduo, suas inclinações e interesses. Nesse momento, os impulsos, desejos e temores inconscientes exercem influência decisiva.
2. A fase de deliberação, que diz respeito à ponderação consciente. É um momento de apreciação e consideração dos vários aspectos e implicações de determinada decisão.
3. A fase de decisão propriamente dita é o momento culminante do processo volitivo, instante que marca o começo da ação.
4. A fase de execução, que seria a fase final do processo volitivo, no qual o conjunto de atos psicomotores simples e complexos decorrentes da decisão são postos em funcionamento.

Em acordo com os autores mencionados anteriormente, STEKEL (1968), em 1922, reiterou o conceito de instintos organizados em pares antagônicos (este autor não diferencia entre impulso e

instinto) e acrescentou que toda reação impulsiva era uma irrupção do reflexo egoísta contra a tendência em aceitar o imperativo moral comunitário. Além de explorar o antagonismo indivíduo / sociedade, Stekel avançou também nas relações entre instintos e afetos, subordinando estes últimos à esfera volitiva, ao afirmar que:

“O afeto é, por assim dizer, a elaboração intelectual do instinto... Não existe, portanto, afeto algum que não tenha sido alimentado por um instinto”.

Particularmente no tocante à relação entre vontade e afeto, encontramos outra divergência bem assinalada por DEL PORTO (1994). Entre autores clássicos que se dedicaram ao estudo do TOC, ele cita Esquirol e Magnan como defensores do caráter primário que as alterações volitivas têm no TOC, enquanto Morel e Legrand du Saulle consideravam a síndrome de origem primariamente afetiva.

Entre autores modernos, a tendência parece ser contrária à proposta por Stekel. JACOBS (1987) e HAND (1998), ao discorrerem sobre os mecanismos dos comportamentos de abuso, propõem os afetos negativos e a impossibilidade de tolerá-los ou lidar apropriadamente com eles como sendo o fulcro mórbido das alterações dos impulsos. HUDSON e POPE (1990) cogitam uma origem comum às síndromes volitivas fundamentados na prevalência quase universal de sintomas afetivos entre elas e no fato de que antidepressivos têm sido propostos como abordagem terapêutica para quase todas. Finalmente, destacamos CIOMPI (1991) e seu modelo bio-psico-social pelo qual propõe que os afetos, na dimensão da mente, e o Sistema Límbico, na dimensão do cérebro, se encarregariam de intermediar e integrar a atividade dos instintos e da cognição, dos gânglios da base e das estruturas corticais respectivamente. Quer dizer, para Ciompi, os afetos seriam o centro organizador da atividade mental, responsáveis pela conciliação das disposições instintivas e racionais em um comportamento que, idealmente, deveria ser integrado e harmônico.

Do exposto acima, verifica-se que os autores em Psicopatologia não têm um consenso sobre qual seria a exata relação entre a vontade, os afetos e a razão (ou cognição). Particularmente no caso do binômio vontade e razão, não há consenso quanto a se a primeira se submeteria à segunda, se a influenciaria, se a superaria ou se elas se opõem como forças independentes. Esta mesma questão também permeia as discussões filosóficas sobre a natureza da vontade humana. Na Filosofia, encontramos uma corrente clássica com raízes no pensamento Aristotélico que iguala vontade ao exercício da razão sobre o desejo e outra corrente com origem em Descartes que afirma que a vontade transcende as fronteiras do intelecto (ENCICLOPAEDIA BRITANNICA, 1978).

Outra divergência filosófica a respeito da vontade, com importantes repercussões para a abordagem clínica, é a polêmica a respeito do livre arbítrio. A vontade humana estaria sempre subjugada a determinantes sobre-humanos (imperativos biológicos, sociais ou teológicos) ou, no ato deliberativo, o ser humano gozaria do poder de uma escolha livre de forças alheias ao seu íntimo? Mariana VALVERDE (1998), em seu livro *Doenças da vontade: alcoolismo e os dilemas da liberdade*, aborda o tema, apontando a atitude ambivalente dos profissionais de saúde em relação ao paciente dependente, ora vitimizando-o com juízos morais calcados na crença da liberdade de escolha, ora escusando-o de qualquer responsabilidade, fundamentando-se em um determinismo biológico.

Em resumo, sobre a vontade, podemos dizer que antigas divergências ainda não solucionadas cercam o tema:

- A vontade é um ato de escolha livre ou toda deliberação humana é determinada por forças sobre-humanas ?
- A vontade estaria subordinada à razão ? Seria ela fruto da intervenção do aparato cognitivo sobre o jogo de forças pulsionais ou ela sobrepujaria a cognição, podendo até mesmo influenciá-la ?
- Os impulsos estariam subordinados aos afetos ? Ou os impulsos, sua satisfação ou insatisfação, determinariam o cenário afetivo ?

Por outro lado, verifica-se que autores de diferentes épocas e origens (filósofos, psicólogos, médicos e psicopatologistas) concordam nos seguintes aspectos:

- O ato volitivo, em seu estado ideal, corresponde a uma deliberação que resulta da combinação ponderada das forças propelentes do psiquismo, os impulsos e instintos;
- As perturbações da vontade podem ser observadas na neurose obsessiva e nos comportamentos de abuso, particularmente nas dependências.

1.4.1. Atos Impulsivos e Atos Compulsivos

A partir das definições anteriores, podemos concluir que atos impulsivos e atos compulsivos são fenômenos comportamentais produzidos por alterações da volição. O primeiro caracteriza-se pela precipitação e incapacidade de resistir à insatisfação do impulso, ou mesmo de postergá-la, o que impele à execução do ato sem o planejamento necessário, ou sem que todos os riscos e conseqüências possam ser aquilatados pelo sujeito (BARRAT; PATTON, 1983; EYSENCK, 1983; PLUTCHIK; VAN PRAAG, 1995). O segundo caracteriza-se por sua natureza opressiva que compele e constrange à execução de um ato repetitivo e estereotipado. FROSCH (1977) afirma que o ato impulsivo caracteriza-se pela gratificação às disposições da consciência do paciente no momento imediatamente anterior ao ato. Já o ato compulsivo, em geral, é justificado pelo paciente como sendo uma resistência a uma ameaça, imaginária ou não, mas sempre magnificada por ele. Ou simplesmente, ele alega que não realizá-lo implicaria em grande desconforto (GOAS, 1966; TAYLOR, 1986; MARKS, 1987; LIMA, 1996).

Descritos desta forma, os atos impulsivos e compulsivos parecem ser relativamente fáceis de serem diferenciados. Entretanto, na infinita miríade de combinações possíveis entre contexto e disposições subjetivas que observamos na clínica, este exercício de distinção pode se revelar particularmente dificultoso.

Tomemos, como paradigma, a Síndrome de Dependência ao Alcool (SDA). EDWARDS (1986)

descreveu a Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA) como sendo composta de sete elementos:

1. Estreitamento do repertório de beber: diz respeito à um progressivo abandono de variações do comportamento de consumir álcool; o dependente torna-se consumidor quase exclusivo de um tipo de bebida, bem como horários, locais e até mesmo o gestual do ato de consumo tornam-se relativamente fixos e estereotipados;
2. Saliência do comportamento de busca por bebida: o consumo de álcool é posto à frente de todas as outras obrigações do sujeito, determinando um re-escalonamento de suas prioridades, uma vez que, instalada a síndrome, qualquer outra necessidade passa a ser secundária;
3. Tolerância elevada ao álcool;
4. Sintomas de abstinência repetidos;
5. Comportamentos de esquiva e alívio dos sintomas de abstinência;
6. Percepção subjetiva, consciente da compulsão de beber;
7. Reincidência do comportamento de beber, mesmo após um período significativo de abstinência.

LARANJEIRA (1994), citando revisão de Babor e Lauerman e os trabalhos clássicos de Jellinek, salienta que os trabalhos publicados entre 1850 e 1950 têm como referências teóricas mais comuns, na descrição da Síndrome de Dependência ao Álcool, a avidez (*craving*) e a perda de controle, dois fenômenos impulsivos. Contudo, os dois primeiros elementos da proposta de Edwards guardam inapelável semelhança com a dimensão compulsiva, ao expressar o caráter de constrição das opções de resposta e o enrijecimento do comportamento. Os itens 3, 4 e 5 são correlatos comportamentais de mecanismos farmacológicos bem estabelecidos, decorrentes da exposição crônica a uma substância psicoativa. Os itens 6 e 7 são talvez aqueles onde se implica a impulsividade, apesar de, no texto do item 6, ler-se a palavra compulsão, pois, ao examinarmos a definição desta alegada compulsão, ela é descrita em termos de necessidade e desejo imperioso (BABOR, 1986). A persistência do desejo, mesmo após cessados os sintomas de abstinência, é um dos fenômenos mais intrigantes e, possivelmente, o principal

responsável pela longa duração da Síndrome de Dependência ao Álcool e outras dependências de substâncias (ROBINSON; BERRIDGE, 1993). Ao beber, um alcoolista poderia estar buscando alívio da ameaça da abstinência (uma finalidade esquivante que sugere compulsividade), poderia estar cedendo a um desejo (um caráter impulsivo), ou ambos ao mesmo tempo.

Esse traço compulsivo das dependências tem sido responsável por recorrentes e históricas propostas de apresentá-las como variantes da neurose obsessiva (LARANJEIRA, 1994; McELROY et al., 1995). Todavia, autores como FENICHEL (1981) e TAYLOR (1986) insistem na separação destas síndromes com base nos conceitos de ego-sintonia e ego-distonia. Para Fenichel, tanto a neurose obsessiva quanto as neuroses impulsivas eram fruto do antagonismo entre a vontade e os impulsos. Desta forma, ele reitera a vontade como instância em separado e superior aos impulsos e salienta o aspecto da perturbação volitiva nas neuroses obsessivas e impulsivas.

Em 1932, ele realizou a seguinte comparação para discriminar psicopatologicamente as neuroses obsessivas das neuroses impulsivas e perversões¹:

“O neurótico obsessivo sente-se forçado a fazer uma coisa que não quer fazer, ou seja, é compelido a usar sua volição contra seus próprios desejos; o perverso sente-se obrigado a “querer” uma coisa, mesmo contra sua vontade.”

Segundo Kraupl TAYLOR (1986), o ato compulsivo, determinado pela ocorrência de uma obsessão, é executado, apesar do reconhecimento de sua falta de sentido, pelo temor de consequências nefastas. Esse autor denominou “compulsão não-obsessiva” os atos mais desejados do que temidos, levados a cabo apesar de suas previsíveis consequências negativas, exemplificando-os com o beber excessivo dos alcoolistas e o jogar recorrente dos jogadores patológicos. Ou seja, a compulsão seria

¹ Para Fenichel, as neuroses impulsivas e as perversões guardavam esta semelhança na estrutura psicopatológica com relação à perda do controle dos impulsos; a diferença estava apenas na eleição do objeto de desejo que, na perversão, era sempre de cunho sexual explícito.

determinada por uma obsessão ego-distônica, enquanto a “compulsão não-obsessiva” seria conseqüente a um desejo ego-sintônico. Os comportamentos descritos por Taylor como exemplos de compulsões não-obsessivas recebem em outros textos a denominação de atos impulsivos (SKODOL; OLDHAM, 1996).

Contudo, é questionável se os conceitos de ego-sintonia e ego-distonia seriam os mais adequados para a diferenciação entre atos compulsivos e impulsivos. O DSM IV (A.P.A., 1994) justifica o caráter ego-distônico das obsessões pelo seu conteúdo estranho ao juízo e aos valores do indivíduo. Ego-distônico, na verdade, se estruturaria, como conceito, por oposição a “ego-sintônico” cunhado por FREUD (1981) em 1914, para descrever impulsos e desejos em consonância com os ideais do sujeito. Porém, apoiar a diferenciação entre impulsivo e compulsivo em conceitos que dependem do juízo realizado pelo indivíduo pode conduzir a equívocos. MARKS (1987) descreve que portadores de TOC com evolução crônica freqüentemente não apresentam crítica quanto ao absurdo de seus comportamentos ritualísticos e portadores de síndromes impulsivas, como bulimia nervosa ou dependência química, podem se recriminar antes de cederem aos seus impulsos (vide revisão em TAVARES et al., 1996).

Também não é plenamente adequado diferenciar tais conceitos a partir da associação dos atos ego-sintônicos com o prazer. Como salientado por ROBINSON e BERRIDGE (1993), o consumo de uma substância psicoativa se deve, entre outros fatores, à expectativa de uma experiência prazerosa mas, nas dependências, ele se perpetua mesmo após a extinção da experiência subjetiva de prazer. Apoiando-se em paralelos entre a clínica das dependências e modelos experimentais, esses autores demonstram uma clara dissociação entre a experiência de prazer e o desejo imperioso de se auto-administrar a droga. Isto é, no caso dos dependentes, eles continuariam desejando o objeto de dependência independentemente do fato de apreciá-lo ou não.

Parece que o ponto comum aos autores que buscam caracterizar e diferenciar compulsividade e impulsividade é a resistência. O ritual no TOC associa-se à reiteração da resistência a uma ameaça ou a uma sensação subjetiva de desconforto. No transtorno do impulso, o que se observa é a falência da

resistência a um desejo e a realização de um ato a despeito de consequências ameaçadoras (TAYLOR, 1986).

Em resumo, poderíamos afirmar que, ao largo da controvérsia sobre o uso de conceitos como ego-sintônico, ego-distônico, prazer e desprazer, pode-se subtrair os seguintes denominadores comuns entre os autores que tentaram diferenciar ato compulsivo e ato impulsivo:

- ambos estão associados a uma representação mental, experimentada na forma de um pensamento ou impulso;
- o ato será denominado compulsivo se, dado o seu caráter de resistência, seu desempenho conduzir a uma divergência da representação mental à qual se associa (por exemplo, o neurótico obsessivo que temendo que sua casa seja invadida, retorna várias vezes para certificar-se que trancou a porta);
- ou será denominado impulsivo se, dado seu caráter de concessão, conduzir a uma convergência com a representação mental à qual se associa (por exemplo, o alcoolista que, cedendo ao desejo, embriaga-se, mesmo sob risco de desaprovação).

É importante salientar que, conquanto o binômio divergência/convergência nos auxilie a diferenciar a natureza preponderante do ato, ele não abrange toda a caracterização dos atos compulsivos e impulsivos, nem nos auxilia na diferenciação das representações mentais que se associam a eles (obsessões, ou desejos imperiosos), que ainda demandam uma investigação mais detalhada.

1.5. Personalidade e sua relação com Transtornos Psiquiátricos

Entre muitas definições possíveis de personalidade, podemos citar a de FREEMAN (1996) por ser sintética e compatível com a maior parte das outras definições do termo:

“...em sua forma mais simples, personalidade pode ser definida como padrões característicos de comportamento e modos de pensar que determinam o ajustamento da pessoa ao meio”.

Este mesmo autor reforça que o interesse na personalidade e seus transtornos foi grandemente renovado nos Estados Unidos da América a partir de 1980 com a publicação do DSM terceira edição (DSM III - A.P.A., 1980). Nele, os transtornos da personalidade são dispostos de maneira independente em relação aos demais diagnósticos em Psiquiatria, através da divisão dos transtornos psiquiátricos em Eixo 1 e Eixo 2. O Eixo 1 abrangeria os transtornos caracterizados pela emergência de fenômenos psíquicos (sintomas) que representam uma indubitável mudança no funcionamento psíquico do indivíduo e o Eixo 2, abrangendo os transtornos de personalidade e as oligofrenias, seria caracterizado por características persistentes e inflexíveis do sujeito (traços) que determinam sua má adaptação ao meio ao longo de todo seu desenvolvimento (FREEMAN, 1996).

Entretanto, a relação entre os transtornos da personalidade e outros transtornos psiquiátricos não é de mútua exclusão, como se poderia supor pela sua separação em dois eixos distintos. Interações entre Eixo 1 e Eixo 2 têm sido um interessante campo de especulações a respeito da gênese e da patoplastia dos fenômenos psíquicos na clínica psiquiátrica (CLONINGER, 1996; SKODOL; OLDHAM, 1996). No Brasil, antecipando-se ao DSM III, encontramos LEME LOPES (1980) e sua proposta do diagnóstico pluridimensional dinâmico, que prevê a integração de três fatores distintos para a conformação da classificação final. São eles: a personalidade pré-mórbida (e os seus componentes biológicos, psicológicos e sociais), a caracterologia sindrômica (ou a apresentação psicopatológica) e a constelação etiológica (presumível, ou objetivamente verificada). Quer dizer, no princípio da década de 80, através da iniciativa de diferentes autores, nota-se uma retomada do interesse da Psiquiatria pelas relações entre Psicopatologia e personalidade.

Em uma revisão sobre o tema, AKISKAL e colaboradores (1983) organizaram as propostas existentes em quatro possibilidades de interação entre personalidade e transtorno psiquiátrico:

1. Hipótese da predisposição: de acordo com esta abordagem, a saliência de determinados traços de personalidade poderiam predispor o indivíduo a certos tipos de doença mental. Esta visão tem em CLONINGER (1996) um dos seus principais propositores;
2. Hipótese da expressão subclínica de síndromes psiquiátricas: esta abordagem propõe a existência de um *continuum* entre transtornos de personalidade e transtornos psiquiátricos, onde os primeiros seriam formas frustras de apresentação clínica dos segundos (RATEY; JOHNSON, 1997);
3. Hipótese patoplástica: propõe que traços prévios de personalidade não determinam o surgimento da doença psiquiátrica, mas moldam a expressão fenotípica da mesma. Por exemplo, DOWSON (1992) supõe que quanto mais traços impulsivos de personalidade, maior a probabilidade de pacientes com Anorexia Nervosa apresentarem sintomas bulímicos;
4. Hipótese da “cicatriz” ou seqüela: em oposição à teoria da predisposição, esta abordagem propõe que eventuais traços proeminentes de personalidade que se observem em portadores atuais ou em remissão de transtornos psiquiátricos podem ser consequência de um efeito mórbido do transtorno sobre a personalidade (WONDERLICH, 1995).

O exame das hipóteses acima parece evidenciar que as relações entre personalidade e transtorno psiquiátrico não são estanques e que, se a personalidade pode influenciar a expressão sintomatológica, os sintomas, como fenômenos que irrompem no psiquismo do sujeito, certamente determinarão uma nova forma de se relacionar com o ambiente, podendo afetar temporária ou definitivamente a personalidade.

1.5.1. Impulsividade e Compulsividade como componentes da Personalidade

SKODOL e OLDHAM (1996) propõem que a IMP e a CMP seriam componentes da personalidade, cujos reflexos se observariam nos sintomas utilizados para diagnósticos de várias

síndromes do Eixo I. De uma forma genérica, poderiam ser descritas como predisposições cognitivas e emocionais, constitutivas do sujeito que facilitariam a ocorrência de atos impulsivos ou compulsivos como resposta comportamental a determinados estímulos. Todavia, não existe um consenso sobre quais traços de personalidade melhor expressariam IMP e CMP.

CLONINGER e colaboradores (1993) construíram um modelo psicobiológico da personalidade² fundamentado na divisão clássica entre temperamento e caráter. O temperamento foi definido como o conjunto de traços de determinação heredo-genética cuja expressão é apenas parcialmente afetada pelas influências ambientais. O caráter foi definido como o conjunto de traços definidos ao longo do desenvolvimento, como resultado das experiências de aprendizagem. A primeira versão do modelo de CLONINGER (1987) divide o temperamento em três fatores independentes: Busca de Novidades (BN), Esquiva ao Dano (ED) e Dependência de Recompensa (DR). CLONINGER (1996) localiza a origem da IMP e da CMP nos fatores de temperamento. Para ele, a IMP corresponderia ao perfil temperamental composto por elevada BN, reduzida ED e eventualmente reduzida DR; e a CMP se relacionaria à reduzida BN, elevada ED e eventualmente elevada DR. Esta hipótese, contudo, ainda não foi empiricamente testada.

BECH e MAK (1995), em uma revisão sobre a IMP, afirmam que o conceito é dominado por dois fatores: resposta imediata ao estímulo e incapacidade de resistir aos impulsos. Porém, LUENGO e colaboradores (1991) apontam para outra divisão do conceito de IMP entre ações precipitadas e natureza aventureira. Por fim, BARRAT (1993), em investigação sobre as relações entre IMP e agressividade, propõe uma distinção entre irritabilidade/IMP agressiva e IMP não agressiva. Uma análise fatorial realizada por GERBING e colaboradores (1987) sugere uma boa consistência desses conceitos, confirma a estrutura multi-fatorial da IMP, mas aponta para uma considerável sobreposição conceitual entre diferentes escalas de avaliação da IMP.

² Para informações mais detalhadas sobre o modelo psicobiológico da personalidade de Cloninger, vide revisão de FUENTES; TAVARES e colaboradores (2000) no Anexo A.

Busca de emoções e aventuras, novas experiências e suscetibilidade ao tédio são características apontadas por autores que percebem impulsividade como uma tendência a se deixar atrair por atividades estimulantes do ponto de vista sensorial, apesar ou até mesmo em função do risco inerente a elas (ZUCKERMAN, 1994), em uma visão mais próxima do que STEIN e HOLLANDER (1993) propõem como caracterização do pólo impulsivo no EIC.

Outra proposta de compreensão da IMP caracteriza-a como a tomada de decisões súbitas, gestos velozes e ausência de planejamento ou de consideração das conseqüências futuras advindas do próprio comportamento. São características apontadas por autores que aproximam impulsividade ao conceito de precipitação (BARRAT, 1993).

Não há, até o momento, um consenso claro na literatura sobre qual seria a abordagem mais adequada; contudo, está bem estabelecido que a IMP é um conceito composto de múltiplos fatores (LUENGO et al., 1991).

Compulsividade, por sua vez, embora habitualmente citada na literatura, não foi investigada, como a impulsividade, com o objetivo específico de estruturá-la conceitualmente. As principais abordagens sugeridas são:

- *Sintomas do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) como um paradigma de Compulsividade* (SKODOL; OLDHAM, 1996): este modelo pode ter implicações interessantes quando, como sugerem RASMUSSEN e EISEN (1992), se tomam os conceitos propostos por Pierre Janet como os pontos centrais da estrutura psicopatológica do TOC. São eles: a dúvida patológica e a hesitação, a vivência subjetiva de incompletude e a avaliação patológica de risco, que não é exclusiva do TOC, mas que pode ser encontrada também em outros transtornos de ansiedade (STEIN; HOLLANDER, 1993). O problema, neste caso, é que, enquanto TOC é um modelo inegável de CMP, ele pode não abranger toda a dimensão compulsiva da personalidade existente em outros transtornos psiquiátricos, ou no indivíduo normal.

- *Compulsividade conceituada como característica anancástica da personalidade.* JANET (1904) acreditava que o TOC tinha suas origens em uma personalidade mal estruturada. Ele considerava obsessões e compulsões apenas como sintomas indicativos da fase mais grave do quadro que ele intitulou Psicastenia (fraqueza da mente). DEL PORTO (1994), em uma ampla revisão histórica sobre o TOC, a respeito da obra de Janet, cita:

“O ‘estado psicastênico’, que prepara o caminho para o surgimento das obsessões e compulsões, inclui entre suas características traços que hoje fazem parte do conceito de ‘personalidade anancástica’: indecisão, coartação emocional, autoritarismo, perfeccionismo. A síntese de JANET, que integra em um único quadro (a psicastenia) sintomas como tiques, dismorfofobia, agorafobia, fobia social e distúrbios dos hábitos alimentares guarda certa semelhança com o conceito atual de ‘espectro dos distúrbios obsessivos’.”

Ou seja, Del Porto localiza em Janet os primórdios da concepção de um traço comum de personalidade que poderia operar como predisponente para transtornos marcados pela ansiedade, que, para Cloninger, seria o fator de temperamento descrito em seu modelo de personalidade como Esquiva ao Dano (CLONINGER, 1996).

Contudo, não está claro quais seriam as alterações pré-mórbidas de personalidade que antecederiam o TOC. Por exemplo, a relação entre TOC e o atual diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo de Personalidade (TOCP) é pouco consistente e alguns autores (BAER; JENIKE, 1992) sugerem que o TOCP, da forma como foi definido no DSM-III e IV, recebe muita ênfase em características periféricas, como apeço pela ordem, necessidade de simetria, controle sobre o comportamento alheio, negligenciando aspectos mais "europeus" do conceito de personalidade anancástica centrado no receio da culpa e da vergonha e na necessidade de reassseguramento

(RASMUSSEN; EISEN, 1992). Estas últimas características podem ser encontradas entre os critérios propostos pelo DSM-III-R na descrição do Transtorno Dependente de Personalidade (A.P.A., 1980). Em um estudo comparativo entre portadores de TOC e controles normais, TORRES (1994) encontrou, como Transtornos de Personalidade mais prevalentes, os subtipos Esquivante e Dependente. O TOCP foi encontrado em 7 indivíduos entre 40 portadores de TOC. A autora cita ainda trabalhos de SCIUTO et al. (1991), onde o TOCP foi duas vezes menos freqüente em portadores de TOC quando comparados a portadores de Transtorno do Pânico e Agorafobia; e de POLLAK (1987), que afirma que traços obsessivo-compulsivos de personalidade têm uma distribuição normal na população e que uma discreta concentração dos mesmos entre portadores de TOC não constitui evidência para se afirmar que sejam condição necessária ou suficiente para o desenvolvimento do diagnóstico. Por fim, TORRES (1996) conclui que transtornos de personalidade e particularmente traços do chamado aglomerado (*cluster*) A de transtornos de personalidade, marcados pela ansiedade (RUTTER, 1987), são mais freqüentes no TOC, mas os dados não seriam suficientes para a descrição de uma personalidade prototípica associada à síndrome.

1.6. Jogo Patológico: um modelo para o estudo dos Transtornos de Excesso do Comportamento³

Jogo Patológico é um transtorno psiquiátrico ao qual se reputa importante participação de fatores de personalidade (ROY et al., 1989). JP tem sido associado com as dependências de substâncias e especula-se uma relação com TOC (COMINGS, 1998; DeCARIA; HOLANDER, 1993). Alguns autores propõem que seja visto como uma dependência não química (JACOBS, 1987); outros recusam esta designação argumentando que o termo dependência deveria ser reservado ao uso abusivo de substâncias psicoativas e que JP estaria mais próximo de transtornos do humor e ansiosos (HAND, 1998;

³ Para mais informações sobre Jogo Patológico, vide revisão em TAVARES et al. (1999) no Anexo C. Destacam-se, também, as dissertações de OLIVEIRA (1997) e PACHECO E SILVA NETO (1999), pela qualidade de suas revisões e por serem trabalhos pioneiros sobre ao assunto no Brasil.

BLASZCZYNSKY; McCONAGHY, 1989). No campo da psicologia cognitiva, distorções cognitivas, negação, racionalização (MARLATT; GORDON, 1985) e falsas concepções sobre estatística e probabilidades (WAGENAAR, 1988) têm sido propostas como fatores mantenedores do comportamento de abuso. No campo da neuropsicologia, têm sido exploradas as relações entre JP e alterações da atenção (CARLTON et al., 1987).

Está claro, então, que JP, ao combinar um comportamento de abuso, sintomas afetivos, cognitivos e de personalidade, torna-se um modelo especialmente rico de TEC para investigação das alterações da volição e suas relações com o afeto, a cognição e a personalidade. Em relação a outros comportamentos de abuso como as dependências de substâncias, apresenta ainda a vantagem de não ter suas avaliações enviesadas pelo consumo agudo e excessivo de fármacos psicoativos.

1.6.1. Jogo Patológico: impulsivo ou compulsivo ?

A relativa juventude do jogo patológico, enquanto categoria diagnóstica operacionalmente definida, talvez explique a imprecisão em sua caracterização fenomenológica e clínica (DeCARIA; HOLLANDER, 1993). Jogo patológico já foi classificado como comportamento compulsivo, como dependência e, atualmente, encontra-se entre os "Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local" no DSM-IV (A.P.A., 1994). O caráter ego-sintônico do comportamento de jogar, sua estreita relação com o prazer (MORAN, 1983) e sua associação com outras patologias de perfil impulsivo (McELROY et al., 1993) justificam sua classificação entre os transtornos do impulso. Contudo, o jogo patológico apresenta comorbidade com outras patologias de caráter não impulsivo, principalmente transtornos do humor e transtornos de ansiedade, sendo que o jogar como forma de evitar estados emocionais desfavoráveis, associado à sintomatologia ansiosa, sugeriria para alguns autores uma natureza compulsiva (SKODOL; OLDHAM, 1996; HAND, 1998).

Dados sobre impulsividade em jogadores patológicos, na literatura atual, são aparentemente conflitantes e variam de acordo com o conceito e os instrumentos de avaliação adotados. Em uma série de estudos (BLASZCZYNSKY et al., 1986; DICKERSON et al., 1987; ALLCOCK; GRACE, 1988; CARRASCO et al., 1994), jogadores patológicos obtiveram pontuações menores que controles normais na escala de ZUCKERMAN (1994) para “busca de sensações”. Por outro lado, impulsividade (definida como precipitação ao ato) e déficit de atenção têm sido associados entre si (BARRAT, 1993) e ambos se mostraram mais frequentes em jogadores patológicos do que em controles normais (CARLTON et al., 1987; RUGLE; MELAMED, 1993). Também verificou-se que a avidez impulsiva é mais elevada em jogadores quando comparados a controles normais (CASTELANI; RUGLE, 1995). Tais características impulsivas podem explicar a subitaneidade do ato e a negligência das conseqüências negativas face a um desejo imperioso, porém não explicam a continuidade do comportamento mesmo após a obtenção de uma saciedade inicial.

Em seu livro *The Chase*, LESIEUR (1984) descreve o frenético comportamento de jogadores mudando-se de uma casa de apostas para outra, tentando recuperar o dinheiro perdido em apostas anteriores. Este comportamento, tão característico de jogadores patológicos, exacerba-se nas ocasiões em que o indivíduo sente-se mais pressionado por dívidas e pelo risco de ser descoberto por seus familiares.

Esquiva ao dano e acentuada necessidade de alívio de estados afetivos negativos, como ansiedade e depressão, também figuram entre as características psicopatológicas de jogadores (BLASZCZYNSKY; McCONAGHY, 1989). CLONINGER (1996) propõe que a esquiva ao dano seja um dos componentes do conceito de compulsividade que, combinada à impulsividade, sintetize a dinâmica básica das dependências: o desejo de experimentação e a avidez precipitam o comportamento, enquanto o receio do estado emocional desagradável quando da sua interrupção responderia pela sua manutenção. Tal hipótese recebeu algum respaldo em estudo com tabagistas (POMERLEAU et al., 1992), mas ainda precisa ser verificada em outras formas de dependências, inclusive para comportamentos assemelhados mas sem a presença de uma substância psicoativa como no Jogo Patológico. Aliás, é digno de nota que jogar para

aliviar estados afetivos desagradáveis prévios à aposta é um dos critérios diagnósticos especificados pelo DSM IV para Jogo Patológico.

1.6.2. Jogo Patológico e o Espectro Impulsivo-Compulsivo

Jogo Patológico tem sido proposto como um transtorno pertencente ao EIC (DeCARIA; HOLLANDER, 1993). Sendo o TOC o paradigma clínico e teórico organizador deste eixo espectral, a inclusão de qualquer transtorno no mesmo implica em conhecer a sua relação com o TOC. KLEIN (1993) propõe que as seguintes características devam ser investigadas quando se trata de avaliar a associação entre dois transtornos:

• Similaridades sintomatológicas	• Proporção entre os gêneros feminino/masculino
• Curso e evolução	
• Epidemiologia e fatores de risco	• Idade de início
• Transições temporais de uma síndrome para outra	• Déficits neurológicos
• Co-ocorrência familiar	• Performance em testes psicológicos
• Respostas específicas a tratamento	• Respostas a testes farmacológicos
• Características pré-mórbidas de personalidade	• Índices bioquímicos
	• Padrões específicos em exames de neuroimagem

Alguns fatos põem em cheque a inclusão do Jogo Patológico no EIC. Não existe, até o momento, estudo que investigue critérios como os apontados por Klein para verificação da associação entre JP e TOC. A indefinição fenomenológica de JP quanto a sua natureza impulsiva ou compulsiva não permite

antever sua posição nesse eixo imaginário (se próximo ao TOC, no pólo compulsivo, ou se tendendo ao pólo oposto da impulsividade). Finalmente, o próprio espectro carece de estudos que possam confirmar sua validade empírica.

O fato de que é possível, como descrito anteriormente, que JP combine características impulsivas e compulsivas simultaneamente não se acomoda numa proposta teórica como a de STEIN e HOLLANDER (1993), onde para estarem alinhados em um único eixo linear IMP e CMP teriam que ser conceitos opostos e inversamente proporcionais. Ou seja, para definir a inclusão ou não do JP ao espectro Impulsivo-Compulsivo, é necessário determinar se existe sua alegada associação ao TOC, definir os traços preponderantes do comportamento do jogador (se impulsivo, se compulsivo, ou se ambos) e conhecer a natureza da relação entre Impulsividade (IMP) e Compulsividade (CMP).

1.7. Usando modelos clínicos para investigação da psicopatologia da volição

Em uma revisão comparativa entre modelos classificatórios dimensionais e categoriais, FRANCES (1982) menciona como uma das vantagens da abordagem dimensional, o fato de que ela permite explorar a hipótese de um *continuum* entre o comportamento normal e alterado. Dentro desta perspectiva, portadores de TOC e jogadores patológicos podem ser vistos como indivíduos que, na esfera volitiva, portam características psíquicas quantitativamente alteradas em relação a controles normais, tornando-se particularmente propícios ao estudo dos componentes da volição e suas perturbações. O uso do TOC e do JP como modelos para investigação da volição deve se dar à luz dos pressupostos teóricos expostos anteriormente, a partir dos quais formulam-se as seguintes premissas:

- TOC pode ser utilizado como modelo clínico paradigmático de compulsividade (apesar de existirem descrições de atos impulsivos no TOC, os portadores que cursam com características proeminentes de impulsividade constituem uma fração minoritária - HOEHN-SARIC; BARKSDALE, 1983);

- JP é um modelo clínico válido de paradigma de TEC;
- O modelo do EIC propõe uma relação entre TOC e JP e outros TEC;
- A disposição linear unidimensional do EIC pressupõe uma relação inversamente proporcional entre IMP e CMP.

Entretanto algumas falhas, mencionadas anteriormente, nos pressupostos teóricos apontados ainda demandam esclarecimento:

- A natureza do jogar excessivo em JP até o momento não foi esclarecida, se impulsiva, compulsiva, ambas ou nenhuma;
- Até o momento, TOC e JP não foram especificamente investigados para averiguação de sua possível associação;
- Desconhece-se a natureza da relação entre IMP e CMP, se dependentes e diretamente proporcionais, indiretamente proporcionais, ou se independentes.

Fixando-nos no TOC como paradigma de compulsividade, deve-se iniciar a investigação pela verificação da sua alegada relação com JP. Para esta finalidade, em acordo com KLEIN (1993), uma comparação de curso mórbido, perfis sintomatológicos e de comorbidade entre TOC e JP seriam os primeiros passos na averiguação da associação entre ambos. Em seguida, a investigação de traços de personalidade, especificamente traços impulsivos e compulsivos, em ambas as síndromes poderia ajudar a esclarecer a natureza impulsiva ou compulsiva do JP. Os traços proeminentes em que JP se assemelhasse ao TOC seriam representativos da CMP, os traços em que ambos se diferenciassem seriam potencialmente traços associados à IMP. Contudo, é necessário imaginarmos a possibilidade de que JP e TOC se diferenciem em relação à IMP não porque o primeiro seja de natureza impulsiva, mas porque TOC pode ser também um modelo negativo de IMP. Para solucionar este impasse, pode-se adicionar ao modelo um contingente de controles normais, livres de sintomatologia psiquiátrica aguda ou recente, que

funcionariam como um ponto de referência para avaliação da exacerbação ou diminuição da expressão dos traços estudados nos modelos clínicos.

Finalmente, o melhor discernimento entre traços impulsivos e compulsivos que a comparação entre TOC e JP providenciar poderá ser usado para uma configuração mais precisa de CMP e IMP. Isto possibilitaria o estudo da relação entre ambas, permitindo a revisão do EIC e acrescentando dados empíricos para sua validação.

2. Objetivos

Com base nos dados expostos anteriormente, podemos definir os seguintes objetivos para esta tese:

1. Verificar a validade da proposição do Jogo Patológico como um transtorno associado ao TOC através de:
 - a) comparação dos perfis de comorbidade psiquiátrica para Jogo Patológico e Transtorno Obsessivo Compulsivo;
 - b) comparação da constituição de temperamento, com especial atenção para impulsividade e compulsividade, entre jogadores patológicos, portadores de TOC e controles normais.
2. Verificar a validade da proposta do Espectro Impulsivo-Compulsivo através de:
 - a) investigação da natureza da relação entre impulsividade e compulsividade.

3. Material e Métodos

O presente estudo foi realizado com pacientes que procuraram tratamento para Jogo Patológico (JP) e para Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Matérias informando sobre a oferta de tratamento para ambos diagnósticos foram publicadas em dois jornais de ampla circulação da cidade de São Paulo em datas próximas. Foram avaliados 72 pacientes jogadores patológicos e 47 pacientes portadores de TOC. Destes, foram selecionado 40 sujeitos de cada diagnóstico, cujo gênero e idade eram semelhantes. A seguir, foram selecionados 40 controles normais (sem diagnóstico psiquiátrico), igualmente pareados aos jogadores e portadores de TOC por gênero e idade. Todos os indivíduos selecionados residiam no Estado de São Paulo há pelo menos 10 anos. O nível educacional foi controlado para as três sub-amostras na fase de seleção por meio de estratificação. Os estratos definidos foram: de 1^a a 4^a série primária, de 5^a a 8^a série primária, de 1^o a 3^o colegial e curso superior incompleto ou completo.

3.1. Critérios de Inclusão

3.1.1. Seleção da Amostra Clínica

Os candidatos a tratamento passaram por uma entrevista clínica inicial. Os critérios adotados para formulação diagnóstica foram os especificados na Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição (CID-10 – W.H.O., 1992). Em seguida, todos os pacientes foram submetidos ao *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN - WING et al., 1990), uma entrevista semi-estruturada cuja finalidade é investigar psicopatologia e comorbidade psiquiátrica. Todos os portadores de TOC selecionados tiveram seu diagnóstico confirmado posteriormente pela Seção 5 do SCAN, que é o capítulo

da entrevista especificamente designado para este fim. Como o SCAN não dispõe de uma seção específica para Jogo Patológico, para confirmação diagnóstica foi utilizada a escala *South Oaks Gambling Screen*⁴ (SOGS – BLUME; LESIEUR, 1988). Todos os indivíduos diagnosticados como jogadores patológicos na entrevista clínica foram igualmente identificados como tal pela SOGS (pontuação igual ou superior a 5).

3.1.2. Seleção de Controles Normais

Para cada par de jogador e portador de TOC obtido, foi selecionado um controle normal de mesmo gênero, idade e nível educacional. Os candidatos foram selecionados entre os funcionários, familiares e amigos de um clube recreativo da cidade de São Paulo, localizado na mesma região que o IPq-HC-FMUSP. Para tal, com a permissão dos responsáveis pelo clube, o banco de dados dos funcionários foi consultado e escolhidos, aleatoriamente, aqueles cujo perfil de gênero, idade e nível educacional coincidissem com o perfil de algum par da amostra clínica.

Os candidatos passaram por uma seleção preliminar através da aplicação da escala de auto-preenchimento *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20 - HARDING et al., 1980). MARI e WILLIAMS (1986) sugerem, como ponto de corte para exclusão de prováveis portadores de transtorno psiquiátrico, pontuação igual ou superior a 5 para homens e igual ou superior a 7 para mulheres. Neste estudo, utilizamos 5 pontos como ponto de corte para ambos gêneros. Em seguida, os candidatos aprovados na etapa preliminar foram entrevistados pelo SCAN. Foram utilizados como critérios de seleção:

- Ausência de diagnóstico e sintomatologia psiquiátrica significativa (qualquer queixa sintomática acima dos pontos de corte estabelecidos pelo SCAN para suspeita de diagnóstico psiquiátrico) nos últimos dois anos;

⁴ A SOGS já conta com uma versão traduzida e validada para o português, no Brasil, desenvolvida em dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (OLIVEIRA, 1997).

- Ausência de diagnóstico psiquiátrico maior, crônico ou recorrente (Transtorno Afetivo Bipolar, quaisquer transtornos ansioso, alimentar, psicótico ou dependência) ao longo da vida.

3.2. Critérios de exclusão

Foram estabelecidos como critérios prévios de exclusão:

- I. Pacientes que apresentassem patologia clínica que demandasse tratamento emergencial em caráter de internação em outro serviço;
- II. Os pacientes ou controles normais que se recusassem a participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do termo de consentimento (anexo 1).
- III. Pacientes portadores de oligofrenia, ou outra condição de afecção do sistema nervoso central com prejuízo grave das funções cognitivas;
- IV. Pacientes portadores de transtorno psicótico que pudesse comprometer as respostas às escalas em uso.

3.3. Investigação das variáveis de pesquisa

3.3.1. Avaliação de variáveis sócio-demográficas

Foi utilizado um questionário padrão (anexo 2), em forma de entrevista semi-estruturada para investigação das seguintes variáveis sócio-demográficas:

• gênero	• etnia
• idade	• estado civil
• anos de educação formal	• número de filhos
• procedência atual	• situação profissional

- classe econômica
- escolaridade da mãe
- escolaridade do pai
- religião

3.3.2. Escala de avaliação psicopatológica e de comorbidades em Eixo I

- *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*, finalidade e estrutura:

O SCAN é uma entrevista semi-estruturada que tem como finalidade propiciar uma investigação psicopatológica sistemática e um inventário de sintomas que investiga as principais síndromes em Psiquiatria. Ele está dividido em duas partes: a Parte 1 investiga síndromes neuróticas e a Parte 2 psicoses, síndromes degenerativas e sintomas associados a perturbações formais da cognição. Neste estudo, foi utilizada apenas a Parte 1. Ela é dividida em seções que investigam grupos diagnósticos específicos. A seção 14 serve como instrumento de rastreamento de sintomas da Parte 2 e foi utilizada como instrumento de exclusão de portadores de síndromes psicóticas, ou outra condição que não permitisse a adequada compreensão dos objetivos do estudo por parte do paciente. A classificação diagnóstica pelo DSM IV, ou CID-10 pode ser obtida pelo uso do programa CATEGO, um conjunto de algoritmos desenvolvidos para análise dos dados do SCAN via computador. Além dos diagnósticos das principais síndromes em Psiquiatria, o CATEGO produz escores referentes aos principais grupos sintomatológicos (GS). Os GS da Parte 1 são: depressão, mania, abuso de substâncias, somatização, dissociação, sintomas alimentares, tensão nervosa, tensão muscular, ansiedade autonômica, agorafobia, ansiedade social e sintomas fóbicos específicos (WING et al., 1990).

Neste estudo, o SCAN foi utilizado com os seguintes objetivos:

- investigar sintomatologia e patologias em comorbidade com JP e TOC.

- investigar sintomas de alteração do humor e outros sintomas ansiosos que não obsessões e compulsões, pois os mesmos podem funcionar como variáveis de confusão na avaliação da IMP e CMP (ITO et al., 1995).

O IPq-HC-FMUSP dispõe de centro de treinamento e orientação no uso do SCAN, em projeto do Laboratório de Investigação Médica do Departamento de Psiquiatria (LIM-23), coordenado pela Dra. Laura Helena da S. G. Andrade, sob a égide da Organização Mundial da Saúde (centro colaborador da O.M.S. para pesquisa e treinamento em Saúde Mental). O SCAN foi traduzido para o português por Andrade e colaboradores. O autor submeteu-se a treinamento no uso do SCAN e ele mesmo realizou as entrevistas de todos os pacientes e controles incluídos na amostra deste estudo.

3.3.3. Avaliação de Impulsividade e Compulsividade

A) Conceitos e aplicações das escalas escolhidas

De acordo com os objetivos propostos, foram selecionadas as seguintes escalas:

- *Barrat Impulsiveness Scale* versão 11 (BIS 11), conceito e estrutura:

BARRAT e STANFORD (1995) resumizam o conceito de IMP como sendo a capacidade ou incapacidade de controlar pensamentos e atos. BARRAT (1993) propõe que a construção de um conceito válido de IMP deveria emergir de um modelo de investigação livre de assunções teóricas prévias. Entretanto, como apontam McCOWN e DESIMONE (1993), as bases para a construção do conceito de IMP em Barrat podem ser encontradas em Wundt (psicólogo alemão do começo do século) que dividia o psiquismo em duas dimensões ortogonais básicas: a dimensão da Emoção e a dimensão da Atividade. Em

seus primeiros estudos, no princípio da década de 60, BARRAT (1993) procurava desenvolver um questionário para avaliar características de personalidade que influenciavam o desempenho em testes de avaliação psicomotora. A idéia de construir uma escala própria para IMP surgiu da observação de que algumas variáveis importantes na determinação da qualidade de resposta aos testes comportavam-se de maneira independente em relação às variáveis avaliadoras de ansiedade. Em 1965, BARRAT (1987) publicou sua primeira revisão da BIS, dando ênfase ao caráter independente da IMP em relação à ansiedade. Para este autor, a IMP pertenceria à dimensão psíquica maior da Atividade, enquanto a ansiedade, à dimensão da Emoção (BARRAT; STANFORD, 1995).

A BIS foi oficialmente revisada 11 vezes, entre 1965 e 1995. Neste percurso de 30 anos, Barrat (PATTON et al., 1995) preocupou-se principalmente em aprimorar a estrutura da escala através de análises fatoriais e verificar sua correlação com outros modelos correntes de IMP, particularmente o modelo da *Eysenck Impulsiveness Scale* (I_5 – EYSENCK; EYSENCK, 1977). A partir destes estudos foram definidas três subdivisões do conceito de IMP (BARRAT; STANFORD, 1995):

- Impulsividade Motora - ou agir sem pensar, um conceito semelhante ao de Impulsividade Estrita (*Impulsiveness-Narrow*), um sub-fator da I_5 ;
- Impulsividade Atencional (ou por desatenção) - diz respeito à característica de pensar, decidir e concluir apressadamente, semelhante ao sub-fator Vivacidade (*Liveliness*) da I_5 ;
- Impulsividade por Falta de Planejamento - um sub-fator sem correlato com outras escalas de impulsividade, que emergiu da análise fatorial e que representa a incapacidade de antever conseqüências futuras e comportamento voltado para objetivos imediatos.

Em análise fatorial recente, LUENGO e colaboradores (1991) confirmaram os sub-fatores de Impulsividade Motora e Impulsividade por Falta de Planejamento. Contudo, os itens que compunham o sub-fator Impulsividade Atencional (representante do que Barrat também chama de impulsividade cognitiva) correlacionaram-se indiscriminadamente com os dois outros sub-fatores e fortemente com a

soma total de todos os itens da BIS, sugerindo que mecanismos cognitivos subjacentes sejam uma base comum para os sub-fatores de IMP como um todo (STANFORD; BARRAT, 1996). PATTON e colaboradores (1995) confirmaram os achados do estudo anterior, definindo uma razoável independência entre os sub-fatores Impulsividade Motora e Impulsividade por Falta de Planejamento. Impulsividade Atencional, mais uma vez, não foi confirmada como um fator independente dos demais. O sub-fator Falta de Planejamento pode ser de especial interesse em avaliações clínicas, pois, dentre todos, foi o que melhor discriminou pacientes psiquiátricos de controles normais (BARRAT, 1994).

Interessantemente, se existem dados normativos da BIS, Barrat não os publicou até o momento. A BIS 11 e suas versões anteriores foram desenvolvidas em análises fatoriais realizadas em estudantes universitários. Ela já foi estudada, porém, em pacientes psiquiátricos: Transtorno Multi-Impulsivo de Personalidade (STANFORD; BARRAT, 1992); Transtornos de Personalidade em geral (O'BOYLE; BARRAT, 1993) e TOC (STEIN et al., 1994). Especialmente na discriminação dos transtornos de personalidade e no estudo de subgrupos da população carcerária, a BIS foi bem sucedida no estabelecimento de relações entre comportamentos de abuso, reações de agressividade não planejadas e IMP (STANFORD; BARRAT, 1992; O'BOYLE; BARRAT, 1993; BARRAT et al., 1997). Todavia, BARRAT (1994) identificou estrutura fatorial diferenciada da BIS entre estudantes universitários e pacientes psiquiátricos, evidenciando que o transtorno mental pode influenciar a avaliação da IMP (quando conceituada e avaliada de acordo com sua escala). O próprio autor sugere cautela no uso de dados encontrados em controles normais para explicar alterações do comportamento em síndromes psiquiátricas (BARRAT; STANFORD, 1995).

A versão utilizada neste estudo é de número 11, a mais recente, cedida pelo próprio Barrat. Ela foi traduzida para o português pelo autor, sendo esta tradução checada por uma retro-tradução realizada por tradutor independente juramentado. As versões original e retro-traduzida foram comparadas e apresentaram concordância semântica aceitável para todos os itens.

A BIS 11 é uma escala de auto-preenchimento de 30 itens que descrevem formas habituais de agir. As opções de resposta são: nunca, às vezes, freqüentemente e quase sempre/sempre. A BIS 11 fornece um escore total (mínimo de 30 e máximo de 120) resultante da soma dos seus 30 itens e sub-escores para cada um dos 3 sub-fatores que a compõem:

- Impulsividade Atencional (escores mínimo de 8 e máximo de 32),
Ex.: “Eu tenho pensamentos rápidos”;
- Impulsividade Motora (escores mínimo de 10 e máximo de 40),
Ex.: “Eu faço coisas sem pensar”;
- Impulsividade por Falta de Planejamento (escores mínimo de 12 e máximo de 48).
Ex.: “Eu sou mais interessado no presente do que no futuro”.

- *Sensation Seeking Scale* versão 5 (SSS V), conceito e estrutura:

ZUCKERMAN (1993) conceitua IMP como sendo uma falha nos sistemas inibitórios do comportamento e na antecipação de conseqüências negativas. A primeira versão de sua escala, a SSS, foi publicada em 1964. Desde então, registraram-se mais de 400 citações do termo *Sensation Seeking* em publicações sobre Psicobiologia (ZUCKERMAN, 1994). O conceito de *Sensation Seeking* tem sido explorado principalmente por suas relações com a IMP; porém, sua proposta original era investigar padrões de reação a testes programados e circunstâncias naturais de privação sensorial como elemento básico da personalidade (ZUCKERMAN, 1991). A primeira hipótese era que as pessoas difeririam quanto ao ponto ideal de ativação. ZUCKERMAN (1979), declaradamente influenciado pelo trabalho de Hebb, supunha que indivíduos com deficiência de ativação buscavam compensação em atividades estimulantes, exibindo externamente as características comportamentais de um procurador de sensações. Trabalhos subseqüentes forçaram a reformulação desta hipótese: indivíduos caracterizados por elevada busca de sensações diferiam de controles normais não por serem sub-ativados em repouso, mas por serem mais

suscetíveis à estimulação (CARROL et al., 1982). ZUCKERMAN (1984), então, foi progressivamente reformulando sua teoria de um córtex sub-ativado pelo Sistema Ativador Reticular Ascendente (HEBB, 1995), para a hipótese de uma ativação cortical excessiva promovida por mal funcionamento de mecanismos inibitórios no Sistema Límbico. Isto conduziria à hiperatividade do córtex, estimulado pelo Sistema Límbico, onde o correlato comportamental seria a intolerância a monotonia e privilégio de atividades estimulantes⁵.

Coerentemente com esse modelo teórico, a SSS visa avaliar diferentes formas pela qual o indivíduo busca evitar o tédio, dá preferência a atividades de caráter excitante e procura mecanismos compensatórios para a excessiva estimulação provocada por seu próprio comportamento (ZUCKERMAN, 1994). Sua penúltima revisão, SSS V, a mais completa, é fruto de um trabalho colaborativo (ZUCKERMAN et al., 1978). Um estudo anglo-americano, realizado em gêmeos, onde uma análise fatorial consolidou a divisão da versão anterior em quatro sub-fatores:

- Busca de Emoção e Aventura: explora o desejo de engajamento em esportes e outras atividades arriscadas que propiciam sensações físicas, tais como deslocar-se em alta velocidade ou “brincar” com a gravidade (alpinismo, mergulho, etc.);
- Busca de Experiência: descreve a busca de estimulação intermediada por atividade intelectual ou sensorialmente estimulante (música, arte, viagens e escolha de parceiros inusitados);
- Desinibição: descreve a preferência por atividades que promovam socialização (festas, consumo de álcool e outras substâncias) e é apontada por ZUCKERMAN (1994) como um sub-fator à parte dos demais, na medida em que pode ser também influenciado pela necessidade que alguns *sensation seekers* têm de consumir substâncias ou engajar-se em atividade que lhes propicie alívio do excesso de estimulação;

⁵ Estas hipóteses explicativas são resultado da reflexão de Zuckerman sobre suas próprias investigações e outras evidências empíricas arroladas pelo autor. Um exame mais detalhado da evolução da teoria explicativa sobre *Sensation Seeking* pode ser encontrado nos capítulos iniciais dos livros *Sensation Seeking: Beyond Optimal Level of Arousal* (ZUCKERMAN, 1979) e *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking* (ZUCKERMAN, 1994).

- Suscetibilidade ao Tédio: não avalia preferências, mas verifica a intolerância a experiências repetitivas ou rotineiras.

Dados normativos sobre a SSS V, bem como uma extensa revisão sobre seu desenvolvimento, uso e aplicação em sujeitos normais e portadores de transtornos psiquiátricos estão reunidos no livro *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking* (ZUCKERMAN, 1994). Dados sobre a relação de Jogo Patológico e Busca de Sensações (BS) são controversos (vide item 1.6.1 neste texto e ZUCKERMAN, 1994, págs. 269-273), porém a BS tem sido correlacionada com outros comportamentos de abuso, principalmente em relação a álcool e drogas (PEDERSON et al., 1989) e, mais recentemente, na associação do alcoolismo a outros transtornos do impulso (LEJOYEUX et al., 1998).

Transtorno Anti-social da Personalidade, criminalidade e comportamento delinqüencial foram associados a elevada BS (HAAPASALO, 1990), mas BS *per se* não parece ser suficiente para explicar o comportamento socialmente disruptivo, uma vez que *sensation seekers* com nível educacional mais alto não relatam a mesma frequência de complicações legais (ZUCKERMAN, 1991).

Busca de Sensações não apresentou relação significativa com Transtorno Depressivo, porém CRONIN e ZUCKERMAN (1992) encontraram evidências que sugerem que a elevada BS é um traço constitutivo de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar relativamente estável e independente da caracterização do humor, se eufórico, eufórico ou depressivo. Especulando sobre possíveis bases neurofisiológicas comuns, ZUCKERMAN (1994) descreve o estado maníaco como uma caricatura de BS - “*Mania é a busca de sensações sem controle*”.

A versão utilizada neste estudo é a V, a mais recente, cedida por Zuckerman. Ela foi traduzida para o português pelo autor desta tese, sendo esta tradução checada por uma retro-tradução realizada por tradutor independente juramentado. As versões original e retro-traduzida foram comparadas e apresentaram concordância semântica aceitável para todos os itens, exceto um que, além de tradução, exigiu adaptação à realidade brasileira. O texto original era “*Skiing down a high mountain slope is a*

goodway to end up on crutches”. A referência à montanha e ao esqui foram substituídas por algo mais apropriado à realidade brasileira. O texto adaptado ficou assim – “Descer uma ladeira íngreme em cima de um *skate* é uma boa maneira de acabar em muletas”.

A versão V da SSS é uma escala de auto-preenchimento, na qual os itens são apresentados na forma de pares de frase de sentido antagônico, uma representando a opção impulsiva e a outra, o inverso. São 40 itens ao todo, subdivididos eqüitativamente nos sub-fatores:

- Busca de Emoção e Aventura,
Ex.: “Eu gostaria de praticar esqui aquático”;
- Busca de Experiência,
Ex.: “Frequentemente acho bonitas as cores contrastantes e as formas irregulares da pintura moderna”;
- Desinibição,
Ex.: “Manter os copos cheios é a chave para uma boa festa”;
- Suscetibilidade ao Tédio,
Ex.: “Eu não agüento ver um filme que eu já tenha visto antes”.

A pontuação total, resultante da soma de todos os itens da escala, varia de 0 a 40 e de 0 a 10 para cada sub-fator.

- *Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)*, conceito e estrutura:

CLONINGER (1987) não desenvolveu a TPQ com a finalidade de avaliar IMP e CMP. Sua preocupação original era construir um instrumento de avaliação global da personalidade, sob uma perspectiva teórica psicobiológica. A estrutura da TPQ foi elaborada com base em informações provenientes de estudos genéticos (com gêmeos humanos), filogenéticos (etológicos) e estudos neurobiológicos a respeito da organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais (CLONINGER, 1986). A TPQ reúne três escalas. Cada uma investiga uma dimensão do temperamento:

- Busca de Novidades (BN): tendência hereditária de ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos e suscetibilidade comportamental à estimulação ambiental;
- Esquiva ao Dano (ED): tendência hereditária a inibir ou cessar comportamentos frente a sinais de estímulos aversivos, a fim de evitar punição;
- Dependência de Recompensa (DR): tendência hereditária a responder de maneira intensa a sinais de recompensa, visando obtenção de prêmio ou aprovação social.

O modelo tridimensional de temperamento de Cloninger mostrou ter boa correlação com a classificação atual de transtornos da personalidade: transtornos do aglomerado B (perfil impulsivo) relacionaram-se positivamente com BN e transtornos do aglomerado C (perfil ansioso) relacionaram-se positivamente com ED (GOLDMAN et al., 1994). A TPQ também tem sido utilizada para investigação de alterações temperamentais em transtornos ansiosos e TOC que, como característica geral, apresentaram elevada ED (CLONINGER, 1986; PFOHL et al., 1990). Tabagismo e Bulimia Nervosa (dois transtornos classificáveis entre os transtorno de excesso de comportamento) apresentaram um perfil temperamental comum que combinava elevada BN e elevada ED em dois estudos distintos (POMERLEAU et al., 1992;

KLEIFIELD et al., 1994). Alcoolistas apresentaram um duplo perfil: tipo 1, de início mais tardio, associado à ansiedade e a períodos maiores de abstinência, apresentavam certa elevação de BN e acentuada ED; tipo 2, com início precoce e mais relatos de conduta anti-social, associava-se à elevada BN e à reduzida ED (CLONINGER et al., 1988).

Recentemente, a TPQ foi revista e ampliada para uma apresentação que inclui fatores de caráter, a *Temperament Character Inventory* (TCI - CLONINGER et al., 1993). Contudo, devido ao fato das escalas de caráter serem relativamente novas e necessitarem mais estudos para validação da sua estrutura (vide revisão em FUENTES, TAVARES et al., 2000), optamos pelo uso da TPQ que é mais concisa e foca especificamente os fatores de temperamento.

A TPQ é um questionário de auto-preenchimento, do tipo verdadeiro/falso, composto por 98 questões que descrevem características genéricas e estilos habituais de se portar. As questões referentes a cada fator de temperamento estão misturadas em ordem aleatória. O instrumento produz três escores, um para cada fator e quatro sub-escores para os sub-fatores de cada um:

- Busca de Novidades (BN - escore mínimo de 0, máximo de 34):
 - BN1: excitabilidade exploratória vs. rigidez (escore de 0 a 9)
 - BN2: impulsividade vs. reflexão (escore de 0 a 8)
 - BN3: extravagância vs. reserva (escore de 0 a 7)
 - BN4: desorganização vs. organização (escore de 0 a 10)
- Esquiva ao Dano (ED - escore mínimo de 0, máximo de 34):
 - ED1: preocupação antecipatória vs. otimismo (escore de 0 a 10)
 - ED2: medo da incerteza vs. confiança/segurança (escore de 0 a 7)
 - ED3: timidez vs. sociabilidade (escore de 0 a 7)
 - ED4: fadigabilidade e astenia vs. vigor (escore de 0 a 10)

- Dependência de Recompensa (DR - escore mínimo de 0, máximo de 30):
 - DR1: sentimentalismo vs. insensibilidade (escore de 0 a 5)
 - DR2: persistência vs. irresolução (escore de 0 a 9)
 - DR3: apego vs. desapego (escore de 0 a 11)
 - DR4: dependência vs. independência (escore de 0 a 5)

Além do processo de tradução e retro-tradução utilizado nas duas escalas anteriores, a TPQ passou por mais um procedimento de validação da tradução que consistiu de uma avaliação da confiabilidade teste/re-teste em indivíduos bilingües. No Anexo A, encontra-se a revisão de FUENTES, TAVARES e colaboradores (2000), que descreve em detalhes o procedimento de tradução e validação da versão utilizada neste estudo.

- *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*, adaptação e uso para avaliação de CMP:

A Y-BOCS foi desenvolvida com o intuito de avaliar a gravidade sintomatológica do TOC e mudanças em resposta a tratamento. Não se trata, portanto, de escala específica para avaliação de personalidade ou de CMP. Entretanto, ela apresenta a seguinte divisão: as questões de 1 a 10 avaliam os sintomas específicos da síndrome (obsessões e compulsões), ou a dimensão do estado (sintomas) em oposição à dimensão do traço (personalidade); as questões de 11 a 20 são questões incluídas para avaliação futura do seu valor prognóstico para o tratamento e avaliam aspectos de auto-crítica do paciente, nível de comprometimento e avaliação psicopatológica que transcende o nível primário dos sintomas (GOODMAN et al., 1989). A versão utilizada neste estudo é uma tradução realizada por ASBAHR e colaboradores (1992).

Particularmente, as questões de 13 a 16 avaliam características obviamente inspiradas no conceito de Psicastenia de Pierre JANET (1904). Como mencionado anteriormente, este autor clássico, na construção do conceito sindrômico do TOC, localizava em deficiências específicas da personalidade a origem etiopatogênica desse transtorno. No item 1.5.1 expusemos a considerável controvérsia a respeito da existência ou não de características prototípicas de personalidade associadas ao TOC; porém, até o momento, não há relato de tentativas de correlacionar os elementos do modelo de Janet com os conceitos modernos de personalidade e seus traços. Sendo assim, consideramos o presente estudo uma oportunidade para fazê-lo.

As questões mencionadas passaram por algumas adaptações para torná-las mais genéricas abrangendo situações rotineiras e modos habituais de agir, de forma a melhor refletir possíveis disposições da personalidade, desvinculando-as da dimensão sintomatológica, tornando sua aplicação possível em controles normais. Estas adaptações, realizadas pelo pesquisador, não incorreram em mudança acentuada do texto original das perguntas..

As escalas para classificação das respostas variam de 0 a 4. Em um teste piloto com controles normais, observamos que indivíduos sem patologia psiquiátrica tinham suas respostas classificadas entre 0 e 1 (0 - fenômeno ausente, 1 – presente, porém leve). Para reduzir uma possível influência dos sintomas de Eixo I na investigação, as opções de resposta foram limitadas a duas: ausente ou presente.

As questões foram aplicadas na forma de uma entrevista semi-estruturada, onde a pergunta era feita rigorosamente da mesma forma para todos os indivíduos. A resposta do paciente era livre; porém, se não fosse suficientemente clara para permitir uma classificação de acordo com a previsão da escala, procedia-se um questionamento adicional, inspirada em sugestões da Y-BOCS original. O resultado desta adaptação pode ser verificado a seguir:

- **Questão 13 da Y-BOCS - Grau de Indecisão:**

Texto:

- “O sr.(a) tem dificuldades em tomar decisões no seu dia a dia, mesmo que sejam coisas simples como por onde começar suas tarefas, escolher a roupa que vai vestir, ou escolher um prato num cardápio ?”;

Texto adicional:

- “O sr.(a) mencionou alguma dificuldade em tomar decisões. Isto se limita a decisões importantes como trocar de emprego, comprar ou vender um carro, uma casa, ou isto se estende a coisas pequenas do seu dia a dia ?”

Opções de resposta:

- 0 - Nenhuma dificuldade;
- 1 - Alguma dificuldade em tomar decisões sobre assuntos de pouca importância;

- **Questão 14 da Y-BOCS - Senso de Responsabilidade Hiper-valorizado (escrupulosidade):**

Texto:

- “O sr.(a) sente que tem a tendência de se responsabilizar por fatos do cotidiano em geral, mesmo aqueles que não são sua obrigação ?”

Texto adicional:

- “Por exemplo, se acontece alguma coisa ruim a um filho, parente, ou amigo o sr.(a) se questiona se não poderia ter feito nada para prevenir o que aconteceu, mesmo que isto não tenha nada a ver com você ?”

Opções de resposta:

- 0 - Nenhum;
- 1 - Menciona responsabilidade acentuada se questionado;

- **Questão 15 da Y-BOCS - Lentificação:**

Texto:

- “O sr.(a) demora-se excessivamente em tarefas da sua rotina ? Gosta de fazer tudo bem feito e por isso leva mais tempo que a média das pessoas para fazê-las ?”;

Texto adicional:

- “Qual das situações melhor se aplica ao sr.(a): se quiser algo rapidamente é só pedir, você apronta num minuto, ou se quiser algo bem feito é só lhe pedir, mas vai demorar um pouquinho.”

Opções de resposta:

- 0 - Nenhuma dificuldade;
- 1 - Demora ocasional em começar ou terminar;

- **Questão 16 da Y-BOCS - Dúvida Patológica (insatisfação quanto ao próprio desempenho):**

Texto:

- “Depois que você concluiu uma tarefa, sente-se seguro quanto ao resultado, ou em geral sente que poderia fazer melhor, ou que pode estar esquecendo alguma coisa ?”;

Texto adicional:

- “Acabada a tarefa você retorna a ela algumas vezes, mesmo que mentalmente, para ter certeza de que não esqueceu nada ?”

Opções de resposta:

- 0 - Nenhuma dificuldade;
- 1 - Às vezes sente que pode estar esquecendo alguma coisa.

B) Justificativa do modelo de avaliação de Impulsividade e Compulsividade

Modelos de IMP como o de Barrat, calcado nos conceitos de elaboração cognitiva deficitária e precipitação ao ato (STANFORD; BARRAT, 1996), guardam muitas semelhanças com o quadro clínico do Déficit de Atenção com Hiperatividade da Infância (DAHI – BARKLEY, 1997). Apesar de sua insistência veemente de que se deve buscar um modelo de compreensão multi-causal, com fatores oriundos de quatro dimensões distintas (ambiental, biológica, cognitiva e comportamental), Barrat postula, como base neurológica da IMP, um modelo de funcionamento cortical deficitário que refletiria a incapacidade do indivíduo impulsivo de prolongar o tempo entre estímulo e resposta para elaboração de comportamentos mais adaptáveis (BARRAT; PATTON, 1983). Nesse sentido, suas hipóteses se aproximam das primeiras suposições de Hans EYSENCK (1993) de que a IMP seria resultado de um córtex cerebral (telencéfalo) sub-ativado, que falha em inibir as estruturas subjacentes. Segundo esta hipótese, o comportamento impulsivo seria a expressão de um fenômeno de liberação de comportamentos mais “primitivos” mediados pelas estruturas ontogeneticamente anteriores do mesencéfalo. A descrição do indivíduo impulsivo paradigmático, segundo o modelo de BARRAT e STANFORD (1995), seria a de uma pessoa inquieta, com déficit de desempenho em testes de atenção e habilidade psicomotora, com pouco apreço por atividades intelectualmente complexas ou que requeiram reflexão.

De outro lado, ZUCKERMAN (1994) descreve o procurador de sensações típico também como um indivíduo inquieto, porém vivaz, que aprecia atividades intelectualmente estimulantes e complexas. Suas ilações sobre a base neurofisiológica da Busca de Sensações repousam na hipótese de um telencéfalo excessivamente ativado pelo sistema límbico e o seu paralelo fenotípico na clínica é o estado maníaco.

Ambos autores são referências obrigatórias quando se discorre sobre IMP (McCOWN et al., 1993). As disposições conceituais de ambos, ainda que opostas, se apoiam em evidências empíricas coletadas em mais de 30 anos de pesquisas. O trabalho de EYSENCK e EYSENCK (1978) pode auxiliar na clarificação desta contradição. Em uma revisão sobre o aprimoramento da sétima versão de sua escala

de IMP (I₇), Sybil EYSENCK (1993) resume o esforço iniciado em um trabalho conjunto com Zuckerman (EYSENCK; ZUCKERMAN, 1978) para conciliar estas definições conflitantes de IMP. Combinando itens da sua escala original (cujo desenho básico se assemelhava ao modelo de Barrat) aos da SSS, em seguidas análises fatoriais entre 1977 e 1985, EYSENCK e colaboradores (1985) chegaram a um modelo de IMP composto de dois fatores razoavelmente independentes entre si: Impulsividade (semelhante ao seu próprio modelo anterior de *Impulsiveness Narrow* e ao modelo de Barrat de atos precipitados e incapacidade de antever conseqüências) e Espírito Aventureiro (*Venturesomeness*, semelhante ao conceito de Busca de Sensações). Sybil EYSENCK (1993) salienta ainda que dos dois fatores, o primeiro pode ser de particular interesse em Psiquiatria por estar mais associado ao comportamento impulsivo disfuncional.

Acreditamos que os fatos arrolados são suficientes para embasar a adoção, neste trabalho, das escalas BIS 11 e SSS V, representantes originais e paradigmáticas de conceitos distintos de IMP.

A TPQ foi também selecionada por duas razões: primeiro, porque, ao contrário das duas primeiras escalas que abordam IMP como um traço isolado da personalidade, ela se propõe a avaliar o conjunto das características temperamentais e dele subtrair uma caracterização impulsiva ou compulsiva (torna-se, nesse sentido, complementar à abordagem propiciada pelas outras duas escalas); segundo, porque seus fatores de temperamento também podem ser analisados isoladamente. A escala Busca de Novidades guarda semelhanças tanto com a SSS V quanto com a BIS 11 e a escala Esquiva ao Dano descreve características apontadas como constitutivas de traços de ansiedade e CMP da personalidade (CLONINGER, 1996).

Na ausência de escalas específicas para avaliação de CMP, optou-se por abordá-la através da TPQ e da mencionada adaptação dos itens finais da Y-BOCS (questões 13 a 16). Estas questões se assemelham em sua estrutura semântica às características da personalidade psicastênica proposta por JANET (1904), que são endossadas por RASMUSSEN e EISEN (1992) como possíveis traços constitutivos do indivíduo, que podem conferir vulnerabilidade ao TOC.

Escalas para avaliação de conceitos como Perfeccionismo e Procrastinação foram encontradas. Todavia, por serem instrumentos de desenvolvimento recente, a relação dos mesmos com IMP e CMP ainda não está clara (FERRARI, 1993; HEWITT; FLETT, 1993). Além disso, foi necessária certa parcimônia na escolha dos instrumentos, ou do contrário o tamanho da amostra necessária para a investigação de tantas variáveis poderia inviabilizar o estudo.

3.4. Análise Estatística

Inicialmente as sub-amostras foram estudadas quanto à sua homogeneidade sócio-demográfica. Para esta finalidade, as três foram comparadas por regressão logística para as 12 variáveis mencionadas no item 3.3.1 ($n = 120$ – vide pág. 55, Tabela 1).

Em seguida, foi realizado um estudo comparativo das variáveis de curso (vide Tabelas 2 e 5, págs. 58 e 63) e frequência dos diagnósticos em comorbidade para JP e TOC (vide Tabelas 6 e 10, págs. 65 e 69) usando-se novamente a regressão logística ($n = 80$). Da seção 1 do SCAN, foram retiradas as seguintes variáveis sobre curso e evolução:

- Idade de surgimento de sintomas prodrômicos (IP): definidos como sintomas inespecíficos de inquietação, humor disfórico, reclusão, timidez, ou comportamentos impulsivos (gastos excessivos, agressividade, ou comportamento transgressivo);
- Idade de surgimento dos primeiros sintomas específicos: rituais ou obsessões para os portadores de TOC; apostas realizadas com regularidade mínima de 1 vez por semana para jogadores;
- Idade de ocorrência dos primeiros prejuízos em função de sintomas específicos (reconhecido pelo paciente ou por familiar próximo): estabelecido como gasto de tempo de 1 a 3 horas por dia com obsessões, rituais, ou jogo, ou ainda prejuízo de ordem social, pessoal, ou financeiro significativo referido pelo paciente;
- Idade do primeiro episódio ansioso: definido como um período de sintomas autonômicos proeminentes, sensação subjetiva de alerta e tensão constantes por pelo menos 30 dias;

- Idade do primeiro episódio depressivo: definido como um período marcado por angústia, tristeza e anergia proeminentes por pelo menos 15 dias;
- Idade do episódio ansioso mais recente;
- Idade do episódio depressivo mais recente;
- Competência social prévia ao início do quadro mórbido: o paciente é inquirido sobre capacidade de fazer amizades e relacionar-se socialmente, em casa, na vizinhança, na escola, ou no ambiente de trabalho e sobre desempenho escolar e ocupacional anterior ao surgimento dos primeiros sintomas específicos;
- Tipo de instalação: refere-se ao tempo transcorrido entre aparecimento dos primeiros sintomas específicos e os primeiros sinais de perda de controle sobre os mesmos;
- Qualidade dos períodos inter-críticos: refere-se à frequência e intensidade dos sintomas nos intervalos entre episódios agudos.

A SOGS foi utilizada para avaliação da presença de JP. Os diagnósticos listados a seguir foram investigados pelo SCAN Foram computados apenas os diagnósticos presentes nos dois últimos anos prévios à entrevista de avaliação:

- Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10 a F19, CID-10);
- Transtornos do humor (F30 a F39, CID-10);
- Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40 a F48, CID-10);
- Transtornos Alimentares (F50, CID-10);
- Transtornos não-orgânicos do sono (F51, CID-10);
- Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica (F52, CID-10).

A fim de complementar a avaliação de velocidade de progressão, duas novas variáveis de curso foram calculadas:

- Intervalo Prodrômico: início com o surgimento dos primeiros sintomas prodrômicos; término com o surgimento dos primeiros sintomas específicos;
- Intervalo de Consolidação da Síndrome: início com o surgimento dos primeiros sintomas específicos; término com o surgimento dos primeiros prejuízos.

As amostras de Jogadores e portadores de TOC foram divididas em 2 sub-amostras de acordo com o gênero, em virtude de informação prévia proveniente de TAVARES e colaboradores (2000) de que a progressão mórbida de JP é significativamente diferente para homens e mulheres. Ao todo, foram comparados 4 grupos (jogadores, jogadoras, portadores e portadoras de TOC), com 20 sujeitos em cada, por análise de co-variância (vide Tabela 3, pág. 60).

A fim de complementar a investigação da ordenação dos eventos clínicos mais relevantes do curso mórbido, comparou-se a idade de surgimento dos primeiros sintomas específicos de cada síndrome às idades de ocorrência dos episódios ansiosos (o primeiro e o último) e depressivos (o primeiro e o último). As possibilidades de classificação estabelecidas foram:

- Sem relato de episódio;
- Episódio anterior aos sintomas específicos;
- Episódio concomitante aos sintomas específicos;
- Episódio posterior aos sintomas específicos.

Jogadores e portadores de TOC (n = 80) foram comparados por regressão logística (vide Tabela 4, pág. 61).

Para verificar se as diferenças nas taxas de comorbidades entre JP e TOC poderiam ser devido a um subgrupo de indivíduos que concentraria a maior parte dos diagnósticos, enviando eventualmente a análise de comorbidade, investigou-se o número de diagnósticos comórbidos para cada jogador e para cada portador de TOC (n = 80). O teste utilizado foi regressão logística (vide Tabela 7, pág. 66).

Por ser altamente prevalente na população em geral, tabagismo (C.D.C., 1987) não foi estabelecido como critério de exclusão de controles normais. Sendo assim as comparações foram feitas para as três amostras: jogadores, portadores de TOC e controles normais. Tabagismo, apesar de contar com uma escala opcional de avaliação no SCAN, não é analisado pelo programa CATEGO e seus dados foram computados manualmente. A prevalência de tabagismo foi comparada para jogadores, portadores de TOC e controles normais por regressão logística ($n = 120$, vide Tabela 8, pág. 67). A variável situação profissional e os escores de sintomatologia depressiva e ansiosa fornecidos pelo SCAN foram incluídos no modelo de regressão para controle de confusão.

Para análise do desenvolvimento e persistência da dependência de nicotina entre os fumantes das três amostras, foram construídas três sub-amostras apenas com os indivíduos que já haviam fumado ao longo da vida entre jogadores, portadores de TOC e controles normais. Nesta sub-amostra, foi investigada a prevalência ao longo da vida e atual de dependência de nicotina; o teste utilizado foi regressão logística ($n = 73$). As variáveis gênero, idade atual, situação profissional, idade de início do hábito de fumar e os escores para depressão e ansiedade foram acrescentados ao modelo para controle de confusão (vide Tabela 9, pág. 68).

Jogadores, portadores de TOC e controles normais foram comparados entre si para as variáveis de personalidade provenientes das escalas BIS 11, SSS V, TPQ e Y-BOCS adaptada. O teste utilizado foi regressão logística ($n = 120$); a variável situação profissional e os escores de ansiedade e depressão foram incluídos no modelo de regressão para controle de confusão (vide Tabelas 11 e 12, págs. 70 e 75).

As variáveis que discriminaram Jogadores de portadores de TOC e controles normais foram estabelecidas como indicadoras de impulsividade. As variáveis que discriminaram portadores de TOC de controles normais foram estabelecidas como indicadoras de compulsividade. As variáveis que não foram discriminadoras foram descartadas do modelo nas análises subseqüentes. As variáveis selecionadas foram comparadas para as três amostras, em uma análise confirmatória da sua capacidade discriminadora ($n = 120$). O teste utilizado foi análise discriminante (vide Tabelas 13 a 15, págs. 77 e 78).

Uma análise de correlação simples (teste de Pearson) foi realizada entre as variáveis selecionadas para a amostra total (jogadores, portadores de TOC e controles normais; $n = 120$). O objetivo foi verificar se cada variável se relacionava com as demais de um modo coerente (vide Tabela 16, pág. 79).

Uma nova análise de regressão logística foi realizada para as três amostras ($n = 120$), usando-se dessa vez apenas as variáveis selecionadas. O objetivo foi obter coeficientes de regressão para construção de índices únicos de impulsividade e compulsividade, compostos pela soma ponderada das mesmas (vide Tabela 17, pág. 82). A variável situação profissional e os escores de ansiedade e depressão foram incluídos no modelo de regressão para controle de confusão.

Índices compostos de impulsividade e compulsividade foram construídos. Os valores dos índices compostos foram comparados para as três amostras ($n = 120$) através de análise de co-variância e do teste de correlação de Pearson (vide Tabelas 18 e 19, págs. 84 e 85).

4. RESULTADOS

4.1. Análise de Características Sócio-Demográficas

A Tabela 1 descreve a análise por regressão logística das variáveis sócio-demográficas para as três amostras.

Tabela 1: Comparação de características sócio-demográficas para JP, TOC e Controles Normais.

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Gênero</i>				
Masculino	20 (50%)	20 (50%)	20 (50%)	-
Feminino	20 (50%)	20 (50%)	20 (50%)	
<i>Idade (anos)</i>				
Média ± Desvio Padrão	40,5 ± 10,5	40,3 ± 10,0	40,8 ± 10,0	0,89
<i>Anos de Educação Formal</i>				
Média ± Desvio Padrão	11,4 ± 3,8	12,4 ± 4,4	12,1 ± 4,2	0,50
<i>Procedência Remota</i>				
São Paulo Capital	23 (58%)	18 (45%)	23 (58%)	0,92
São Paulo Interior	7 (17%)	12 (30%)	8 (20%)	
Outros	10 (25%)	10 (25%)	9 (22%)	

Tabela 1: Comparação de características sócio-demográficas para JP, TOC e Controles Normais (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Estado Civil</i>				
Casado	25 (62%)	22 (55%)	25 (62%)	1,00
Solteiro	15 (38%)	18 (45%)	15 (38%)	
<i>Número de filhos</i>				
Sem filhos	14 (35%)	18 (45%)	8 (20%)	0,16
1 filho	8 (20%)	5 (13%)	12 (30%)	
2 filhos	13 (32%)	9 (22%)	8 (20%)	
3 filhos ou mais	5 (13%)	8 (20%)	12 (30%)	
<i>Situação Profissional</i>				
empregado	20 (50%)	17 (42%)	31 (77%)	0,01 ^a
desempregado	20 (50%)	23 (58%)	9 (33%)	
^a Controles > Jogadores e TOC				

Tabela 1: Comparação de características sócio-demográficas para JP, TOC e Controles Normais (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Indicador de Classe Econômica¹</i>				
Média ± Desvio Padrão	5,9 ± 2,7	5,9 ± 4,4	5,5 ± 2,6	0,51
<i>Escolaridade do pai</i>				
Menos que 4 ^a série	11 (27%)	13 (32%)	12 (30%)	0,30
4 ^a série	7 (18%)	11 (28%)	14 (35%)	
5 ^a a 8 ^a série	8 (20%)	7 (18%)	4 (10%)	
1 ^o colegial ou mais	14 (35%)	9 (22%)	10 (25%)	
<i>Escolaridade da mãe</i>				
Menos que 4 ^a série	10 (25%)	15 (37%)	11 (27%)	0,29
4 ^a série	10 (25%)	12 (30%)	18 (45%)	
5 ^a a 8 ^a série	12 (30%)	5 (13%)	5 (13%)	
1 ^o colegial ou mais	8 (20%)	8 (20%)	6 (15%)	
<i>Religião</i>				
Católica	24 (60%)	26 (65%)	27 (67%)	0,68
Espírita	9 (22%)	6 (15%)	5 (13%)	
Outras	7 (18%)	8 (20%)	8 (20%)	

¹ O Indicador de Classe Econômica é calculado através da soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisões coloridas, empregados, aparelhos de som, máquinas de lavar, vídeo cassetes, computadores, geladeiras e aspiradores de pó ou equivalente, existentes na moradia do indivíduo, dividido pelo total de habitantes (IBGE, 1998).

A análise das variáveis sócio-demográficas mostra que há homogeneidade entre as sub-amostras estudadas, exceto para a variável *Situação Profissional*, onde controles normais apresentam menor índice de desemprego. Esta variável foi incluída nas comparações subsequentes com controles normais para controle de viés.

4.2. Análise de Dados Clínicos

Todas as análises de dados clínicos foram realizadas por regressão logística.

4.2.1. Avaliação de Curso e Evolução Mórbida

A Tabela 2 mostra a distribuição das variáveis de curso para as amostras de jogadores e portadores de TOC.

Tabela 2: Idades relevantes de curso e evolução mórbida para JP e TOC

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	p
<i>Sintomas Prodrômicos (idade em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	24,9 ± 10,0	17,3 ± 10,3	0,001
<i>Primeiros Sintomas Específicos (idade em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	31,0 ± 10,8	20,6 ± 11,2	<0,001
<i>Primeiros Prejuízos Decorrentes dos Sintomas Específicos (idade em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	34,6 ± 9,4	29,7 ± 13,3	0,03

Tabela 2: Idades relevantes de curso e evolução mórbida para JP e TOC (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	p
<i>Primeiro Episódio Ansioso (n=68)</i>			
<i>(idade em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	27,4 ± 10,2	20,1 ± 11,6	0,01
<i>Primeiro Episódio Depressivo (n=67)</i>			
<i>(idade em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	31,4 ± 13,3	27,6 ± 12,7	n.s.
<i>Episódio Ansioso mais Recente (n=69)</i>			
<i>(idade em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	38,6 ± 9,5	30,0 ± 15,2	0,003
<i>Episódio Depressivo mais Recente (n=68)</i>			
<i>(idade em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	39,0 ± 10,2	37,2 ± 10,6	n.s.
<i>Idade Atual (em anos)</i>			
Média ± Desvio Padrão	40,5 ± 10,5	40,3 ± 10,0	n.s.

A Tabela 3 mostra o tempo de progressão dividido em 2 intervalos: Intervalo Prodrômico e Intervalo de Consolidação da Síndrome.

Tabela 3: Intervalos relevantes de curso e evolução mórbida para JP e TOC por gênero

	<i>Intervalo Prodrômico (em anos)</i>	<i>Intervalo de Consolidação da Síndrome (em anos)</i>
	Média ± Desvio Padrão	Média ± Desvio Padrão
Jogadores (n=20)	4,1 ± 4,8	5,9 ± 7,5
Jogadoras (n=20)	8,7 ± 12,4	1,2 ± 0,9 ^a
Portadores de TOC (n=20)	3,3 ± 3,8	9,6 ± 12,5
Portadoras de TOC (n=20)	4,1 ± 4,8	8,7 ± 8,5

^a Jogadoras < Jogadores, Portadores e Portadoras de TOC (p <0,001)

A Tabela 4 mostra a relação temporal entre JP, TOC e os primeiros e últimos episódios ansiosos e depressivos.

Tabela 4: *Relação temporal entre JP, TOC, primeiro e último episódios ansiosos, primeiro e último episódios depressivos.*

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	p
<i>Primeiro Episódio Ansioso</i>			0,002
❖ Sem relato de Episódio Remoto	9 (22%)	3 (7,5%)	
❖ Episódio Remoto Anterior aos Sintomas Específicos	19 (48%)	3 (7,5%)	
❖ Episódio Remoto Concomitante aos Sintomas Específicos	3 (8%)	28 (70%)	
❖ Episódio Remoto Posterior aos Sintomas Específicos	9 (22%)	6 (15%)	
<i>Primeiro Episódio Depressivo</i>			n.s.
❖ Sem relato de Episódio Remoto	6 (15%)	7 (17%)	
❖ Episódio Remoto Anterior aos Sintomas Específicos	18 (45%)	5 (13%)	
❖ Episódio Remoto Concomitante aos Sintomas Específicos	2 (5%)	6 (15%)	
❖ Episódio Remoto Posterior aos Sintomas Específicos	14 (35%)	22 (55%)	

Tabela 4: Relação temporal entre JP, TOC, primeiro e último episódios ansiosos, primeiro e último episódios depressivos (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	p
<i>Episódio Ansioso mais Recente</i>			n.s.
❖ Sem relato de Episódio Recente	7 (17%)	4 (10%)	
❖ Episódio Recente Anterior			
aos Sintomas Específicos	4 (10%)	3 (8%)	
❖ Episódio Recente Concomitante			
aos Sintomas Específicos	3 (8%)	10 (25%)	
❖ Episódio Recente Posterior			
aos Sintomas Específicos	26 (65%)	23 (57%)	
<i>Episódio Depressivo mais Recente</i>			n.s.
❖ Sem relato de Episódio Recente	6 (15%)	6 (15%)	
❖ Episódio Recente Anterior			
aos Sintomas Específicos	5 (12%)	1 (2,5%)	
❖ Episódio Recente Concomitante			
aos Sintomas Específicos	3 (8%)	1 (2,5%)	
❖ Episódio Recente Posterior			
aos Sintomas Específicos	26 (65%)	32 (80%)	

A Tabela 5 mostra a distribuição das variáveis descritas acima para as amostras de jogadores e portadores de TOC.

Tabela 5: Competência social anterior, velocidade de instalação e qualidade dos períodos inter-críticos para JP e TOC

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	p
<i>Competência Social</i>			
❖ Normal para os padrões da cultura	37 (92%)	29 (72%)	0,023
❖ Dificuldade social moderada	3 (8%)	11 (28%)	
<i>Velocidade de Instalação</i>			
❖ Até 3 meses	9 (22%)	4 (10%)	0,019
❖ De 3 a 12 meses	15 (38%)	3 (8%)	
❖ Mais que 12 meses	16 (40%)	33 (82%)	
<i>Qualidade dos Períodos Inter-críticos</i>			
❖ Pouco ou nenhum sintoma			0,01
entre episódios agudos	17 (42%)	9 (22%)	
❖ Alguns sintomas			
entre episódios agudos	15 (38%)	8 (20%)	
❖ Muitos sintomas			
Entre episódios agudos	8 (20%)	13 (33%)	
❖ Sintomas praticamente contínuos			
sem intervalos	0 (-)	10 (25%)	

4.2.2. Comorbidade Psiquiátrica

A Tabela 6 apresenta os diagnósticos psiquiátricos em comorbidade para as sub-amostras de jogadores patológicos e portadores de TOC. Os diagnósticos foram identificados pelo SCAN. Foram contabilizados apenas os transtornos psiquiátricos maiores atuais (com manifestação sintomática nos últimos dois anos). Não foram contabilizados os transtornos do sono presentes em 19 jogadores (48%) e 22 portadores de TOC (55%), disfunções sexuais relatadas por 3 jogadores (8%) e 1 portador de TOC (3%) e neurastenia diagnosticada em 2 jogadores (5%), dada a possibilidade de serem mais sintomas associados ao contexto ansioso/depressivo de JP e TOC, do que realmente diagnósticos independentes.

Jogo Patológico e outros transtornos do impulso não são investigados pelo SCAN, porém a SOGS foi aplicada em todos os pacientes da amostra e um portador de TOC excedeu o ponto de corte da escala sendo identificado como jogador patológico. Todavia, os prejuízos advindos do jogar excessivo desse paciente eram de pequena monta, permanecendo TOC como seu diagnóstico principal. O mesmo pode ser afirmado a respeito dos 4 jogadores que apresentaram comorbidade com TOC.

Tabela 6: *Transtornos em Comorbidade em Ordem Decrescente para Jogadores e TOC Diagnosticados pelo PSE-SCAN (tabagismo excluído).*

Jogadores			TOC		
Diagnóstico	CID-10	Nº de casos	Diagnóstico	CID-10	Nº de casos
1º - Depressão	F32 a F33	18 (45%)	1º – Depressão	F32 a F33	17 (43%)
2º - Dependência	F10 a F19	10 (25%) ^a	2º - T. Somatoform.	F45	12 (30%) ^c
Alcoolismo	F10	8 (20%) ^b	2º - Fobias/Pânico	F40 a F41	12 (30%)
Outras Drogas	F11 a F19	2 (5%)	Fobias Espec.	F40.2	10 (25%)
			Sínd. Pânico	F41	2 (5%)
3º – Fobias/Pânico	F40 a F41	10 (25%)	3º - Mania/T.Bipolar	F30 a F31	3 (7,5%)
Fobias Espec.	F40.2	6 (15%)			
Sínd. Pânico	F41	4 (10%)			
4º - TOC	F42	4 (10%)	4º – Bulimia	F50.2	2 (5%)
5º – Mania/T.Bipolar	F30 a F31	3 (7,5%)	5º - Dependência	F10 a F19	1 (2,5%)
5º - T. Dissoc.	F44	3 (7,5%)	Alcoolismo	F10	1 (2,5%)
			5º - T.Dissoc.	F44	1 (2,5%)
			5º - Jogo Patológico	F63.0	1 (2,5%)
6º – Bulimia	F50.2	2 (5%)			
7º - T. Somatoform.	F45	1 (2,5%)			

^a p = 0,004 (JP > TOC)

^b p = 0,024 (JP > TOC)

^c p = 0,012 (TOC > JP)

A Tabela 7 apresenta o número de transtornos em comorbidade para JP e TOC.

Tabela 7: Número de transtornos psiquiátricos comórbidos para JP e TOC (tabagismo excluído)

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	p
Sem comorbidade	8 (20%)	7 (17%)	n.s.
Comorbidade com 1 transtorno	19 (47%)	22 (55%)	
Comorbidade com 2 transtornos	11 (28%)	8 (20%)	
Comorbidade com 3 transtornos ou mais	2 (5%)	3 (8%)	

A Tabela 8 mostra os dados referentes a tabagismo.

Tabela 8: Tabagismo e dependência de nicotina para JP, TOC e Controles Normais.

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Fumou mais que 2 vezes ao longo da vida ?</i>				
SIM	31 (77%)	18 (45%)	24 (60%)	n.s.
NÃO	9 (23%)	22 (55%)	16 (40%)	
<i>Têm fumado ultimamente ? (últimos 2 anos)</i>				
SIM	26 (65%)	7 (18%)	15 (38%)	0,01 ^a
NÃO	14 (35%)	33 (82%)	25 (62%)	
<i>Dependência de nicotina ao longo da vida</i>				
SIM	30 (75%)	11 (28%)	16 (40%)	0,002 ^a
NÃO	10 (25%)	29 (72%)	24 (60%)	
<i>Dependência de nicotina atual (últimos 2 anos)</i>				
SIM	25 (62%)	6 (15%)	13 (33%)	0,005 ^a
NÃO	15 (38%)	34 (85%)	27 (67%)	

^a JP > TOC e Controles Normais

^a JP > TOC e Controles Normais

A Tabela 9 mostra os dados referentes ao potencial para desenvolvimento e persistência da dependência à nicotina.

Tabela 9: Desenvolvimento e persistência da dependência de nicotina para Jogadores, portadores de TOC e Controles Normais que fumaram ao longo da vida.

Características	Jogadores n = 31	TOC n = 18	Controles n = 24	p
<i>Gênero</i>				
Masculino	16 (52%)	12 (67%)	14 (58%)	n.s.
Feminino	15 (48%)	6 (33%)	10 (42%)	
<i>Idade Atual (anos)</i>				
Média ± Desvio Padrão	40,7 ± 10,8	41,3 ± 9,0	41,7 ± 8,8	n.s.
<i>Anos de Educação Formal</i>				
Média ± Desvio Padrão	11,5 ± 3,8	10,2 ± 3,5	12,2 ± 4,4	n.s.
<i>Idade de Início do Hábito de Fumar</i>				
Média ± Desvio Padrão	15,5 ± 3,6	18,3 ± 5,3	16,2 ± 3,8	n.s.
<i>Fumou ao longo da vida e desenvolveu dependência ?</i>				
Sim, mas não desenvolveu dependência	1 (3%)	7 (39%)	8 (33%)	0,005 ^a
Sim, foi ou é dependente	30 (97%)	11 (61%)	16 (67%)	
<i>Fumou ao longo da vida e está dependente ?</i>				
Sim, mas não está dependente	6 (19%)	12 (67%)	11 (46%)	0,03 ^a
Sim, e é dependente	25 (81%)	6 (33%)	13 (54%)	
^a JP > TOC e Controle Normal				

A Tabela 10 mostra os dados de comorbidade psiquiátrica entre JP e TOC, porém desta vez incluindo Tabagismo (F17.25 - Dependência de Nicotina, uso contínuo).

Tabela 10: *Transtornos em Comorbidade em Ordem Decrescente para Jogadores e TOC Diagnosticados pelo PSE-SCAN (tabagismo incluído).*

Jogadores			TOC		
Diagnóstico	CID-10	Nº de casos	Diagnóstico	CID-10	Nº de casos
1º - Dependência Tabaco, exclusivo, ou associado a outra substância Álcool Exclusivo	F10 a F19	27 (67%) ^a 25 (62%) ^b 2 (5%)	1º – Depressão	F32 a F33	17 (43%)
2º - Depressão	F32 a F33	18 (45%)	2º - T. Somatoform. 2º - Fobias/Pânico	F45 F40 a F41	12 (30%) ^c 12 (30%)
3º – Fobias/Pânico	F40 a F41	10 (25%)	3º - Dependência Tabagismo Álc. Exclusivo	F10 a F19 F17 F10	7 (18%) 6 (15%) 1 (3%)
4º - TOC	F42	4 (10%)	4º - Mania/T.Bipolar	F30 a F31	3 (7,5%)
5º – Mania/T.Bipolar	F30 a F31	3 (7,5%)	5º – Bulimia	F50.2	2 (5%)
5º - T. Dissoc.	F44	3 (7,5%)			
6º – Bulimia	F50.2	2 (5%)	6º - T.Dissoc. 6º - Jogo Patológico	F44 F63.0	1 (2,5%) 1 (2,5%)
7º - T. Somatoform.	F45	1 (2,5%)			

^a p < 0,001 (JP > TOC)

^b p 0,001 (JP > TOC)

^c p = 0,012 (TOC > JP)

4.3. Análise de Personalidade, Impulsividade e Compulsividade

4.3.1. Análise Preliminar

As variáveis de personalidade, mais as questões adaptadas da Y-BOCS para investigação de compulsividade foram comparadas simultaneamente para as três sub-amostras, através de regressão logística. Os resultados encontram-se nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 11: Pontuação nas escalas de Personalidade para JP, TOC e Controles Normais.

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Barrat Impulsiveness Scale (BIS)</i>				
<i>BIS–Desatenção</i>	21,4 ± 3,1	20,3 ± 3,4	17,4 ± 2,8	<0,001 ^a
<i>BIS–Impulsividade Motora</i>	25,1 ± 4,7	22,3 ± 5,5	18,5 ± 3,2	<0,001 ^a
<i>BIS–Falta de Planejamento</i>	31,8 ± 4,3	24,8 ± 4,7	24,3 ± 4,3	<0,001 ^b
<i>BIS – Total</i>	78,3 ± 9,5	67,4 ± 9,8	60,2 ± 6,5	<0,001 ^a
^a Jogadores e TOC > Controles		^b Jogadores > TOC e Controles		

Tabela 11: Pontuação nas escalas de Personalidade para JP, TOC e Controle Normais (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Sensation Seeking Scale (SSS)</i>				
SSS – Em busca de <i>Emoções e Aventura</i>	4,0 ± 2,6	3,8 ± 3,1	5,0 ± 2,8	n.s.
SSS – Em busca de <i>Experiência</i>	4,7 ± 2,2	3,8 ± 2,0	4,5 ± 2,0	n.s.
SSS – Em busca de <i>Desinibição</i>	3,8 ± 2,2	3,0 ± 2,3	2,8 ± 1,6	n.s.
SSS – <i>Suscetibilidade ao Tédio</i>	2,5 ± 1,7	2,3 ± 1,5	1,6 ± 1,2	0,02 ^a
SSS – <i>Total</i>	17,3 ± 5,2	13,8 ± 6,1	14,2 ± 5,5	n.s.
^a <i>Jogadores e TOC > Controles Normais</i>				

Tabela 11: Pontuação nas escalas de Personalidade para JP, TOC e Controle Normais (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)				
<i>Fator Busca de Novidade (BN)</i>				
<i>BN1 – Excitabilidade Exploratória</i>				
<i>vs. Rigidez Estóica</i>	4,9 ± 1,8	4,0 ± 2,1	5,5 ± 1,4	n.s.
<i>BN2 – Impulsividade</i>				
<i>vs. Reflexão</i>	4,9 ± 2,0	2,3 ± 1,7	2,4 ± 1,5	<0,001 ^a
<i>BN3 – Extravagância</i>				
<i>vs. Reserva</i>	5,9 ± 1,2	3,3 ± 1,9	3,2 ± 1,7	<0,001 ^a
<i>BN4 – Desorganização vs. Arregimentação</i>				
	6,3 ± 1,9	3,9 ± 1,8	3,0 ± 1,6	<0,001 ^b
<i>BN - Total</i>	21,9 ± 5,1	13,5 ± 4,1	14,0 ± 3,9	<0,001 ^a
^a Jogadores > TOC e Controles		^b Jogadores > TOC > Controles		

Tabela 11: Pontuação nas escalas de Personalidade para JP, TOC e Controle Normais (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)				
<i>Fator Esquiva ao Dano (ED)</i>				
<i>ED1 – Preocupação Antecipatória e Pessimismo vs. Otimismo</i>	4,2 ± 2,2	5,7 ± 2,6	2,4 ± 1,6	<0,001 ^a
<i>ED2 – Medo da Incerteza</i>	4,7 ± 1,7	5,4 ± 1,6	3,3 ± 1,7	0,001 ^b
<i>ED3 – Insegurança com Estranhos</i>	3,1 ± 2,1	3,9 ± 2,2	2,3 ± 1,5	n.s.
<i>ED4 – Fadigabilidade e Astenia</i>	4,2 ± 2,4	4,8 ± 2,5	1,9 ± 1,4	<0,001 ^b
<i>ED - Total</i>	16,2 ± 6,1	19,7 ± 6,5	9,8 ± 4,4	<0,001 ^a
^a TOC > Jogadores > Controles		^b Jogadores e TOC > Controles		

Tabela 11: Pontuação nas escalas de Personalidade para JP, TOC e Controle Normais (continuação).

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)</i>				
<i>Dependência de Recompensa (DR)</i>				
<i>DR1 – Sentimentalismo</i>	3,9 ± 1,2	3,8 ± 1,2	3,7 ± 1,2	n.s.
<i>DR2 – Persistência</i>	4,8 ± 1,8	5,7 ± 1,4	4,7 ± 1,5	n.s.
<i>DR3 – Vínculo</i>	6,1 ± 2,4	5,7 ± 2,5	6,7 ± 2,1	n.s.
<i>DR4 – Dependência</i>	2,4 ± 1,4	2,6 ± 1,6	2,7 ± 1,2	n.s.
<i>DR - Total</i>	17,2 ± 3,7	17,8 ± 4,6	17,9 ± 3,5	n.s.

Tabela 12: Questões adaptadas da Yale Brown Obsessive Compulsive Scale para investigação de Compulsividade para JP, TOC e Controle Normais.

Questão	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Indecisão:</i>				
<i>“Tem dificuldades em tomar decisões no seu dia a dia ?”</i>				
SIM	15 (38%)	27 (68%)	3 (8%)	0,005 ^a
NÃO	25 (62%)	13 (32%)	37 (92%)	
<i>Responsabilidade excessiva</i>				
<i>“Tem a tendência a se responsabilizar por fatos que não são sua obrigação ?”</i>				
SIM	20 (50%)	35 (88%)	5 (12%)	0,001 ^a
NÃO	20 (50%)	5 (12%)	35 (88%)	
<i>Lentificação</i>				
<i>“Demora-se excessivamente em tarefas da sua rotina ?”</i>				
SIM	10 (25%)	31 (77%)	7 (18%)	n.s.
NÃO	30 (75%)	9 (23%)	33 (82%)	
<i>Dúvida / Insegurança</i>				
<i>“Depois que você conclui uma tarefa sente que pode estar esquecendo alguma coisa ?”</i>				
SIM	12 (30%)	36 (90%)	4 (10%)	n.s.
NÃO	28 (70%)	4 (10%)	36 (90%)	
^a TOC > Jogadores > Controles Normais				

As variáveis Lentificação e Dúvida/Insegurança foram excluídas do modelo porque co-variavam com as outras duas variáveis provenientes da Y-BOCS (Indecisão e Responsabilidade).

4.3.2. Análise Discriminante de Características de Personalidade

Nesta etapa da avaliação de resultados, foram selecionadas as variáveis de personalidade que se diferenciaram significativamente entre os três grupos, jogadores, portadores de TOC e controles normais. As variáveis que se propunham a avaliar impulsividade e que se mostraram elevadas em jogadores, diferenciando-os dos outros dois grupos foram confirmadas como indicadores válidos dessa dimensão. As variáveis confirmadas foram: BIS-Falta de Planejamento, BN2-Impulsividade vs. Reflexão, BN3-Extravagância e BN4-Desorganização. As variáveis *Em Busca de Emoções e Aventuras*, *Em Busca de Experiência* e *Em Busca de Desinibição* da escala Busca de Sensação (SSS de Zuckerman) não foram confirmadas como medidas válidas de impulsividade, uma vez que não diferiram significativamente entre as três amostras. As variáveis BIS-Desatenção, BIS-Impulsividade Motora e SSS-Suscetibilidade ao Tédio não foram validadas como indicadoras de impulsividade, pois mostraram-se igualmente elevadas para jogadores e portadores de TOC, não sendo possível, portanto, afirmar se avaliam impulsividade, ou se funcionam apenas como indicadores inespecíficos de sofrimento psíquico (vide Anexo B).

As variáveis ED1-Pessimismo, ED2-Medo da Incerteza, ED4-Fatigabilidade, Y-BOCS-Indecisão e Y-BOCS-Responsabilidade foram confirmadas como indicadoras de compulsividade (vide Anexo C). Ao todo, foram selecionadas 9 variáveis de personalidade, 4 representativas de impulsividade e 5 de compulsividade. O conjunto dessas variáveis foi avaliado para averiguar se as mesmas são capazes de discriminar significativamente jogadores, portadores de TOC e controles normais.

A análise discriminante gerou duas funções para re-classificação dos indivíduos de acordo com as variáveis disponíveis. A tabela 13 descreve os coeficientes de correlação das variáveis que participam de cada função. A tabela 14 descreve os coeficientes de correlação das funções discriminantes com cada uma das categorias diagnósticas originais. A tabela 15 compara a classificação diagnóstica original com a re-classificação produzida pela análise discriminante.

Tabela 13: Coeficientes de Correlação das Variáveis que Compõem as Funções Discriminantes para Jogo Patológico, portadores de TOC e Controles Normais (n = 120) .

Função 1	Variável (Coef. de Correlação)	Função 2	Variável (Coef. de Correl.)
1º BN4 – Desorganização (0,608) ^a		1º Y-BOCS - Responsabilidade (0,716) ^a	
2º BIS - Falta de Planejamento (0,603) ^a		2º ED1 – Pessimismo (0,566) ^a	
3º BN3 - Extravagância (0,586) ^a		3º Y-BOCS - Indecisão (0,543) ^a	
4º BN2 – Impulsividade vs. Reflexão (0,530) ^a		4º ED4 - Fatigabilidade (0,474) ^a	
5º ED4 - Fatigabilidade (0,214)		5º ED2 – Medo da Incerteza (0,455) ^a	
6º ED2 – Medo da Incerteza (0,158)		6º BN2 – Impulsividade vs. Reflexão (-0,124)	
7º ED1 – Pessimismo (0,108)		7º BN3 - Extravagância (-0,107)	
8º Y-BOCS-Responsabilidade (0,107)		8º BIS - Falta de Planejamento (-0,095)	
9º Y-BOCS-Indecisão (0,081)		9º BN4 – Desorganização (-0,068)	

^a Maior valor absoluto dos coeficientes atribuídos à variável entre as funções 1 e 2.

Tabela 14: Coeficientes Canônicos das Funções Discriminantes em Relação às Categorias Diagnósticas.

Diagnóstico	Função 1	Função 2
<i>Jogo Patológico (n = 40)</i>	1,787	-0,267
<i>Transtorno Obsessivo Compulsivo (n = 40)</i>	-0,610	1,399
<i>Controles Normais (n = 40)</i>	-1,177	-1,131

Tabela 15 : Comparação entre Classificação Diagnóstica Original e a Re-classificação por Análise Discriminante.^a

	Re-classificação 1	Re-classificação 2	Re-classificação 3
<i>Classificação Original 1</i>			
<i>Jogo Patológico (n = 40)</i>	34 (85%)	3 (8%)	3(8%)
<i>Classificação Original 2</i>			
<i>Transt. Obsessivo Compulsivo (n = 40)</i>	3 (8%)	35 (87%)	2 (5%)
<i>Classificação Original 3</i>			
<i>Controles Normais (n = 40)</i>	0	2 (5%)	38 (95%)

^a 89,2% de concordância entre as classificações; p<0,001

A análise discriminante gerou duas funções, a função 1 apresenta os maiores coeficientes para os indicadores de impulsividade e relaciona-se mais fortemente com a categoria do Jogo Patológico, a função 2 apresenta os maiores coeficientes para os indicadores de compulsividade e relaciona-se mais fortemente com a categoria do TOC. Os resultados da análise discriminante confirmam as variáveis selecionadas como efetivas representante de impulsividade e compulsividade.

4.3.3. Análise de Correlação entre Impulsividade (IMP) e Compulsividade (CMP)

A Tabela 16 exibe os resultados de uma análise de correlação simples entre os indicadores selecionados de IMP e CMP.

Tabela 16 : Índices de Correlação Simples para Indicadores de Impulsividade e Compulsividade; Teste de Pearson para Amostra Total (JP, TOC e Controles Normais; n=120).

	<i>Y-BOCS</i> <i>Indecisão</i>	<i>Y-BOCS</i> <i>Responsabilidade</i>	<i>ED1</i> <i>Pessimismo</i>	<i>ED2</i> <i>Medo da</i> <i>Incerteza</i>	<i>ED4</i> <i>Fatigabilidade</i>
<i>Y-BOCS</i> <i>Indecisão</i>	-				
<i>Y-BOCS</i> <i>Responsabilidade</i>	0,40 ^a	-			
<i>ED1</i> <i>Pessimismo</i>	0,35 ^a	0,45 ^a	-		
<i>ED2</i> <i>Medo da</i> <i>Incerteza</i>	0,27 ^b	0,38 ^a	0,50 ^a	-	
<i>ED4</i> <i>Fatigabilidade</i>	0,39 ^a	0,48 ^a	0,55 ^a	0,33 ^a	-
^a p<0,001			^b p=0,003		

Tabela 16: Índices de Correlação Simples para Indicadores de Impulsividade e Compulsividade; Teste de Pearson para Amostra Total (JP, TOC e Controles Normais; n=120) (continuação).

	<i>BIS</i>	<i>BN2</i>	<i>BN3</i>	<i>BN4</i>
	<i>Falta de</i>	<i>Impulsividade</i>	<i>Extravagância</i>	<i>Desorganização</i>
	<i>Planejamento</i>	<i>vs. Reflexão</i>		
<i>BIS</i>				
<i>Falta de</i>				
<i>Planejamento</i>	-			
<i>BN2</i>				
<i>Impulsividade</i>				
<i>vs. Reflexão</i>	0,56 ^a	-		
<i>BN3</i>				
<i>Extravagância</i>	0,70 ^a	0,45 ^a	-	
<i>BN4</i>				
<i>Desorganização</i>	0,47 ^a	0,57 ^a	0,40 ^a	-

^a p<0,001

Tabela 16: Índices de Correlação Simples para Indicadores de Impulsividade e Compulsividade; Teste de Pearson para Amostra Total (JP, TOC e Controles Normais; n=120) (continuação).

	<i>Y-BOCS</i> <i>Indecisão</i>	<i>Y-BOCS</i> <i>Responsabilidade</i>	<i>ED1</i> <i>Pessimismo</i>	<i>ED2</i> <i>Medo da</i> <i>Incerteza</i>	<i>ED4</i> <i>Fatigabilidade</i>
<i>BIS</i>					
<i>Falta de</i>					
<i>Planejamento</i>	0,08	0,10	0,04	-0,02	0,07
<i>BN2</i>					
<i>Impulsividade</i>					
<i>vs. Reflexão</i>	0,09	-0,03	0,13	-0,005	0,16
<i>BN3</i>					
<i>Extravagância</i>	0,10	0,04	0,03	-0,04	0,09
<i>BN4</i>					
<i>Desorganização</i>	0,22 ^a	0,17	0,12	-0,03	0,23 ^b
^a p=0,02			^b p=0,01		

Os dados da Tabela 16 mostram que todos os indicadores de compulsividade se correlacionaram positivamente entre si e todos os indicadores impulsividade também se correlacionaram positivamente entre si. Os indicadores de Impulsividade e Compulsividade não se correlacionaram entre si exceto pelos pares Y-BOCS-Indecisão / BN4-Desorganização e ED4-Fatigabilidade / BN4-Desorganização que correlacionaram-se positiva e significativamente, embora o coeficiente de correlação fosse de pequena monta. O restante dos indicadores de Compulsividade mostraram-se independentes dos indicadores de Impulsividade e vice-versa.

Com a finalidade de avaliar como o conjunto das variáveis indicadoras de compulsividade se relacionam com o conjunto das variáveis de impulsividade, foi realizada uma nova análise de regressão logística, sendo a variável diagnóstico estabelecida como variável dependente e as variáveis confirmadas na análise discriminante como efetivas representantes de impulsividade e compulsividade como independentes. A Tabela 17 mostra os coeficientes de regressão para cada uma das variáveis de estudo.

Tabela 17: Coeficientes de Regressão Logística das Categorias JP, TOC e Controles Normais para os Indicadores Confirmados de Impulsividade e Compulsividade ($n = 120$).

Características	R^2	p
<i>Y-BOCS</i>		
<i>Indecisão</i>	0,064	0,005
<i>Y-BOCS</i>		
<i>Responsabilidade</i>	0,094	0,001
<i>ED1</i>		
<i>Pessimismo</i>	0,116	<0,001
<i>ED2</i>		
<i>Medo da</i>		
<i>Incerteza</i>	0,088	0,001
<i>ED4</i>		
<i>Fatigabilidade</i>	0,135	<0,001

Tabela 17: Coeficientes de Regressão Logística das Categorias JP, TOC e Controles Normais para os Indicadores de Impulsividade e Compulsividade (n = 120) (continuação).

Características	R ²	p
<i>BIS</i>		
<i>Falta de Planejamento</i>	0,276	<0,001
<i>BN2</i>		
<i>Impulsividade vs. Reflexão</i>	0,203	<0,001
<i>BN3</i>		
<i>Extravagância</i>	0,222	<0,001
<i>BN4</i>		
<i>Desorganização</i>	0,304	<0,001

Os coeficientes de regressão de cada variável foram usados na formulação de índices compostos de compulsividade (ICC) e de impulsividade (ICI). Para cada indivíduo da amostra foram calculados os índices compostos conforme as equações expostas abaixo:

- $ICC = (R_{Y-BOCS: Indecisão} \times I_{Y-BOCS: Indecisão}) + (R_{Y-BOCS: Responsabilidade} \times I_{Y-BOCS: Responsabilidade}) + (R_{ED1-Pessimismo} \times I_{ED1-Pessimismo}) + (R_{ED2-Medo da Incerteza} \times I_{ED2-Medo da Incerteza}) + (R_{ED4-Fatigabilidade} \times I_{ED4-Fatigabilidade})$
- $ICI = (R_{BIS-Falta de Planejamento} \times I_{BIS-Falta de Planejamento}) + (R_{BN2-Impulsividade vs Reflexão} \times I_{BN2-Impulsividade vs Reflexão}) + (R_{BN3-Extravagância} \times I_{BN3-Extravagância}) + (R_{BN4-Desorganização} \times I_{BN4-Desorganização})$

R_y corresponde ao coeficiente de regressão da variável Y e I_y o valor absoluto da variável para o indivíduo I.

A Tabela 18 mostra as médias e desvios padrões dos índices compostos de Compulsividade e Impulsividade (ICC e ICI, respectivamente) para as três amostras; os valores foram comparados entre si por meio de análise de co-variância.

Tabela 18 : Análise de Co-variância para os Índices Compostos de Impulsividade e Compulsividade para JP, TOC e Controles Normais.

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Índice Composto de Impulsividade</i>	27,2 ± 3,7	19,8 ± 3,4	19,0 ± 3,3	<0,001 ^a
<i>Índice Composto de Compulsividade</i>	6,2 ± 1,7	7,3 ± 1,8	4,1 ± 1,1	<0,001 ^b
^a Jogadores > TOC e Controles		^b TOC > Jogadores > Controles		

Análises de correlação para os ICI e ICC de cada amostra foram realizadas e também para a amostra total (Tabela 19).

Tabela 19: Coeficientes de Correlação entre Índice Composto de Impulsividade e Índice Composto de Compulsividade para Jogo Patológico, TOC, Controles Normais e Amostra Total.

	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles Normais n = 40	Amostra Total n=120
<i>ICI x ICC</i>	-0,06	-0,03	0,08	0,11
<i>p</i>	0,73	0,86	0,62	0,22

Para efeito de visualização gráfica dos resultados obtidos da análise dos índices compostos, foi realizado o seguinte artifício: dos ICI e ICC de cada indivíduo da amostra total, foi subtraído o valor médio dos ICI e ICC da amostra de controles normais. As diferenças obtidas representam o quanto cada indivíduo se distancia dos valores médios normais de impulsividade e compulsividade. Os resultados da subtração do ICI médio de controles normais e da subtração do ICC médio de controles normais foram distribuídos respectivamente ao longo dos eixos Y e X de um gráfico de dispersão de pontos. O resultado, que pode ser observado na Figura 3, exibe uma concentração de controles normais ao redor da interseção dos eixos; uma concentração de jogadores patológicos no quadrante superior direito, caracterizado por altos índices combinados de IMP e CMP; e uma concentração de portadores de TOC no quadrante inferior direito, caracterizado por elevada CMP e IMP normal ou baixa.

FIGURA 3

5. DISCUSSÃO

5.1. Perfil Sócio-Demográfico e Homogeneidade das Amostras

O fato deste estudo empregar questionários para avaliação de personalidade fez com que a preocupação com possíveis fatores de confusão norteara o processo de seleção da amostra, particularmente para as características de gênero, idade e nível educacional. A análise dos dados sócio-demográficos atesta a efetividade dos métodos empregados no controle prévio à avaliação das variáveis de estudo. As sub-amostras de jogadores, portadores de TOC e controles normais não se diferenciaram quanto a variáveis indicadoras de origem e contexto social, exceto por uma: Situação Profissional.

O fato de selecionarmos controles entre funcionários empregados de um clube recreativo colaborou para a discrepância observada nos índices de desemprego entre controles normais e a amostra clínica. Apesar deste inconveniente previsível, manteve-se a opção de seleção dos controles em um universo de empregados e seus familiares porque, em tentativa anterior de seleção, observou-se que em indivíduos desempregados a pouco tempo (menos de dois anos), queixas de ansiedade e sentimentos de menos valia eram suficientemente intensos para ocasionar a exclusão de grande parte dos mesmos da amostra controle de acordo com os critérios de seleção adotados.

Como uma das formas de indicador sócio-econômico, optou-se por um índice calculado a partir da soma de alguns bens de consumo e características da moradia, dividida pela total de moradores da casa (IBGE, 1998), porque a elevada taxa de desemprego nas duas sub-amostras de pacientes impedia uma avaliação fidedigna da Renda Anual Familiar.

5.2. Investigando Evidências de Relação entre Jogo Patológico e TOC – Eixo I

5.2.1. Avaliação de curso e evolução mórbida

O primeiro fato a chamar atenção quando examinamos os dados sobre evolução é a precocidade das manifestações sintomatológicas no TOC, sejam prodrômicas ou manifestação de sintomas específicos da síndrome, quando comparado ao JP. Isto somado ao relato de maior frequência de dificuldades de adaptação social entre os portadores de TOC, mesmo antes da emergência dos primeiros sintomas, faz crer que, comparativamente ao JP, TOC é um transtorno de início mais insidioso e precoce. Vale lembrar que, diferentemente de JP, há relatos de que com frequência a sintomatologia do TOC se inicia na infância (RETTEW et al., 1992; SWEDO et al., 1989). Embora períodos de atenuação sintomática tenham sido descritos pelos pacientes obsessivos, neles, a sintomatologia mostrou-se mais persistente que no JP. À semelhança do observado para outros comportamentos de abuso, particularmente nas dependências de substâncias psicoativas (RITSON et al., 1993), períodos de abstinência relativamente livres de sintomas, seguidos de exacerbações paroxísticas foram razoavelmente frequentes entre jogadores.

A velocidade de curso mostrou-se maior apenas para os jogadores do sexo feminino, uma ação específica da variável gênero que se observou em Jogo Patológico e algumas dependências químicas (álcool e derivados de ópio – TAVARES et al., 2000), mas não para TOC.

5.2.2. Perfil de Comorbidades para Jogadores Patológicos e Portadores de TOC

Um exame da literatura disponível a respeito de comorbidade de Jogo Patológico com outros Transtornos Psiquiátricos evidencia alguns fatos:

- Seja para transtornos psiquiátricos manifestos em algum momento da vida adulta (os transtornos pertencentes ao Eixo I do DSM IV), ou para transtornos pervasivos do desenvolvimento, particularmente os transtornos de personalidade (inclusos no chamado Eixo 2 do DSM IV), a comorbidade com um ou mais transtornos é a regra para maioria dos casos estudados. BLACK e MOYER (1998) encontraram uma prevalência ao longo da vida de 64% para transtornos relacionado ao uso de substâncias psicoativas, 60% para transtornos afetivos e 40% para transtornos ansiosos. Entre 30 indivíduos estudados, 26 (87%) apresentavam algum diagnóstico de transtorno de personalidade.
- À exceção do estudo citado acima, o restante dos estudos focam em avaliações menos abrangentes de alguns grupos nosológicos, principalmente as dependências de substâncias psicoativas, os transtornos do humor e os transtornos ansiosos, onde realmente parecem se concentrar as principais patologias do Eixo I em comorbidade com JP (RAMIREZ et al., 1983; McCORMICK et al., 1984; LINDEN et al., 1986; ROY et al., 1988). McCORMICK e colaboradores (1984), estudando 50 jogadores, encontraram uma prevalência ao longo da vida de 76% de depressão maior, 38% de hipomania, 8% de mania e 2 % de transtorno esquizo-afetivo. LINDEN e colaboradores (1986) encontraram uma taxa de 72% de prevalência de episódios recorrentes de depressão maior em 25 membros de Jogadores Anônimos estudados; 52% preenchiam critério para abuso ou dependência de álcool e 28% apresentavam algum transtorno ansioso. Todos os estudos mencionados apresentam a limitação de estudarem jogadores previamente inclusos em algum programa de tratamento, o que pode ser eventualmente um fator de super-estimação das taxas de comorbidade. THORSON e colaboradores (1994), procurando eliminar este viés, estudaram 400 adultos recrutados aleatoriamente da população e não encontraram relação entre expressão e intensidade dos sintomas depressivos e o grau de envolvimento com jogos de azar. Contudo, os autores não acreditam que isto invalide a relação observada entre JP e depressão, sugerindo que a mesma é própria das populações clínicas estudadas.

Ainda assim, a temporalidade dos eventos é um dado não esclarecido: a depressão precedeu o envolvimento com jogo, ou vice-versa?

- Sobre a questão da ordenação temporal e avaliação de verdadeiras comorbidades, CROCKFORD e EL-GUEBALY (1998) questionam a validade dos estudos de comorbidade para JP produzidos até o momento, particularmente no tocante à avaliação das frequências de síndromes depressivas e ansiosas, uma vez que, para estes autores, elas poderiam estar erroneamente maximizadas quando são computados episódios que poderiam ser secundários aos prejuízos advindos do envolvimento patológico com jogos de azar. Especificamente para as síndromes ansiosas, os autores alegam que, se o jogo constitui-se em uma atividade estimulante, um indivíduo previamente perturbado por um transtorno ansioso tenderia a evitar uma atividade potencialmente exacerbadora dos seus sintomas.

O presente estudo vem acrescentar novos dados à polêmica da comorbidade. Ao passo que ele também é um estudo desenvolvido em amostra clínica e, portanto, extrapolações dos seus resultados, se possível, devem ser feitas apenas para populações de jogadores em tratamento, ele é o primeiro do gênero a investigar a relação temporal entre JP e episódios depressivos e ansiosos. Em ambos os casos, uma parcela expressiva dos jogadores relatou episódios depressivos e ansiosos anteriores ao envolvimento com jogos. Este fato fornece evidência empírica à suposição de outros autores de que dificuldades no manejo de estados afetivos negativos podem participar da gênese do JP (TABER et al., 1987; BLASZCZYNSKI; McCONAGHY, 1989; HAND, 1998).

Os índices de comorbidade para ansiedade e depressão são elevados para ambos, JP e TOC. Mas, no caso do episódio ansioso, encontrou-se uma diferença significativa na temporalidade dos eventos. Enquanto no TOC o primeiro episódio ansioso acompanha o surgimento das primeiras obsessões ou compulsões, no JP, em geral, ele precede os sintomas específicos da síndrome. ROBINSON e BERRIDGE (1993) descrevem que, em modelos experimentais para estudo de dependências, a aquisição

do comportamento de auto-administração de uma substância psicoativa é facilitada se a cobaia for previamente estressada por um estímulo desconfortável (em geral, o pinçamento da ponta da cauda). É lícito supor que os jogadores dessa amostra, estando previamente ansiosos, estariam mais vulneráveis no momento do contato com o jogo.

Quanto ao questionamento de CROCKFORD e EL-GUEBALY (1998), de que sujeitos ansiosos deveriam evitar atividades estimulantes como o jogo, é possível se argumentar que ser estimulante, promover aumento de frequência cardíaca e de outros sinais de ativação autonômica, não é sinônimo de ser ansiogênico. Há evidências de que jogar agudamente produz estas alterações, ao mesmo tempo em que produz um estado de alheamento e estreitamento da consciência (ou atenção focada exclusivamente no jogo), fato observado empiricamente e relatado pelos pacientes e que poderia ser usado com uma finalidade escapista por um sujeito que esteja se sentido perturbado por preocupações ou angústia recorrentes (ANDERSON; BROWN, 1984; DISKIN; HODGINS, 1999). Tratam-se de efeitos bastante parecidos com os relatados por fumantes dependentes de nicotina (POMERLEAU, 1986). O tabagismo, aliás, revelou-se como o transtorno mais comum em comorbidade com JP neste estudo.

E quanto à ansiedade produzida pelos prejuízos advindos da perda de controle sobre as apostas ? Neste caso, novamente é possível estabelecer-se um paralelo comparativo com outra dependência: o alcoolismo. LOTUFO-NETO e GENTIL (1994), explorando as relações entre alcoolismo e ansiedade, descrevem um efeito agudamente ansiolítico do álcool e um efeito ansiogênico a médio prazo. Uma hipótese válida para o alcoolista e o álcool, assim como para o jogador e o jogo, é que, dada a sua natureza impulsiva, esses pacientes têm uma percepção facilitada para as conseqüências de curto prazo, mas tendem a negligenciar conseqüências negativas que ocorram com maior retardo. Assim sendo, a piora tardia da ansiedade, ao invés de funcionar como fator de desencorajamento, pode operar como um reforçador negativo do comportamento de abuso, dada a expectativa do sujeito de que a realização do comportamento venha providenciar pronto alívio do desconforto. Fecha-se assim um ciclo de retro-

alimentação positiva onde a ansiedade promove um comportamento que agudamente é mitigante, mas que, em seguida, promove um rebote ansioso reforçando a disposição de repetir o comportamento.

Em nossa amostra de jogadores, 32 (80%) apresentavam pelo menos um diagnóstico atual e concomitante com JP no momento da apresentação para tratamento, sendo que, destes, um terço apresentava dois diagnósticos ou mais em comorbidade. O perfil apresentado reproduziu o esperado de acordo com a literatura mencionada: depressão em primeiro lugar ocorrendo em 45% dos casos, seguida de dependência de substâncias psicoativas (25%) e transtornos ansiosos (20%). As taxas um pouco menores do que o habitualmente relatado podem ser explicadas pelo fato de que, neste estudo, optou-se pela investigação dos diagnósticos em comorbidade apenas para os últimos dois anos de vida dos pacientes. A respeito dos diagnósticos de transtornos afetivos identificados, cabe uma consideração a respeito da baixa frequência do diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, ou mesmo do relato de episódios maníacos, se comparada a outros trabalhos: 8% de transtorno maníaco e 38% de hipomania (McCORMICK et al., 1984); 24% de transtorno afetivo bipolar (LINDEN et al., 1986). Talvez isto se deva ao rigor dos critérios adotados pelo SCAN para caracterizar e isolar a sintomatologia maníaca. Quando questionados sobre a ocorrência de momentos de euforia e otimismo pouco realista, a quase totalidade dos jogadores responderam positivamente, mas referiram que tais momentos estavam intrinsecamente relacionados com seqüências episódicas de apostas bem sucedidas. De qualquer forma, esta informação não foi utilizada como critério de exclusão. A pergunta seguinte, sugerida na Seção 10 do PSE-SCAN (o capítulo especificamente designado para investigação dos sintomas maníacos), é quanto tempo duraram os referidos momentos. Então, observou-se a inexorável realidade da lei das probabilidades, isto é, a maioria dos jogadores referiram que a seqüência vitoriosa não durou mais que um dia ou mesmo horas e que, retornando mais tarde ou no dia seguinte para seguir apostando, eles descobriram que a “sorte” acabara e juntamente com ela a euforia e o otimismo do dia anterior. O ponto de corte do PSE-SCAN, quanto à duração suficiente que justifique o avanço na investigação de episódios

maníacos, é de quatro dias, o que estabelece um critério bastante sensível, já que o tempo requerido para diagnóstico pelo CID-10 (W.H.O., 1992) é de pelo menos duas semanas de sintomatologia. Por esta razão, é lícito afirmar que, apesar de não investigar a prevalência ao longo da vida, os dados põem em cheque a alegada associação entre JP e Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Como apontam McCORMICK e TABER (1987), jogadores estão habituados a conviver com súbitas mudanças do seu estado afetivo; porém, a alternância se dá geralmente associada aos resultados aleatórios das apostas e em episódios muito mais curtos se comparados aos episódios de polarização de humor do TAB.

Dependências de substâncias psicoativas despontam em segundo lugar, sendo 10 vezes mais frequentes entre jogadores do que em portadores de TOC. Isto quando não computamos a dependência de nicotina. Quando incluído o tabagismo, a proporção entre JP e TOC cai para um pouco menos que 4 vezes, porém as dependências de substâncias psicoativas sobem para primeiro lugar entre os transtornos em comorbidade com JP, superando os transtornos afetivos. Outros dados relevantes a respeito do tabagismo nos jogadores são a maior proporção de indivíduos que tendo experimentado desenvolvem dependência à nicotina e a maior persistência do quadro quando comparados aos portadores de TOC. Embora facilmente verificável (basta adentrar uma casa de jogo, Bingo, ou Cassino), a associação entre JP e tabagismo nunca foi estudada objetivamente; este estudo é o primeiro a realizá-lo.

Alguns autores se opõem à definição de JP como uma dependência devido à ausência de substância exógena como objeto de abuso e ao caráter escapista que jogar assume em alguns casos, quando jogadores buscam no jogo alívio para estados afetivos negativos (WALKER, 1989; RACHLIN, 1990; HAND, 1998). Contudo, a tendência atual parece ser admitir que comportamentos de abuso assemelhados fenomenologicamente ao abuso de substâncias possam dividir mais que simplesmente similaridades na superfície da sintomatologia, mas que talvez tenham em comum fatores ligados à sua etiopatogenia (MARLATT et al., 1988; COMINGS, 1998). O JP e a dependência de substâncias psicoativas, em particular o alcoolismo, apresentam uma associação bastante investigada (RAMIREZ et

al., 1983; LESIEUR et al., 1984; LESIEUR; HEINEMAN, 1988; McCORMICK, 1993). A própria evolução dos critérios operacionais para diagnóstico de Jogo Patológico da terceira à quarta edição do DSM (A.P.A., 1980; A.P.A., 1994) documenta a aproximação conceitual de JP às dependências de substâncias psicoativas (GRIFFITHS, 1995). A associação de JP às dependências de substâncias psicoativas, evidenciada neste estudo, se coaduna com esta perspectiva atual de denominar JP como uma dependência sem substância psicoativa.

Nos estudos citados anteriormente, que identificaram uma associação de JP com transtornos ansiosos, TOC também não foi o transtorno ansioso mais freqüente. Também no presente estudo, apesar da associação com ansiedade, TOC não foi o transtorno ansioso mais freqüente para jogadores. Quatro jogadores foram identificado pelo SCAN como portadores de TOC:

- O Sr. I: jogador patológico de 45 anos, apresentou-se para tratamento em momento de grande dificuldade. Ele estava sofrendo ameaças sérias por parte de seus credores e era fortemente pressionado por seus familiares e amigos, que recriminavam a imprudência dos seus últimos anos de vida. O Sr. I revelou ao contato uma personalidade amigável e gentil que, de acordo com seus familiares, sempre foram suas características marcantes. Entretanto, o paciente recordava-se de três episódios em sua vida em que, sentindo-se fisicamente, ameaçado reagira de modo abrupto com uma violência irrefreável. As ameaças dos credores o faziam sentir-se na iminência de uma explosão agressiva que ele referiu como uma preocupação exagerada, desconfortável e recorrente. À avaliação clínica, o sintoma relatado não foi considerado suficiente para a formulação do diagnóstico de TOC; contudo, quando o mesmo entrevistador aplicou o SCAN, a análise posterior do programa CATEGO acabou por identificar o Sr. I como portador. A evolução do quadro mostrou que o alívio da pressão de credores e familiares sobre o Sr. I pôs fim a suas preocupações de sucumbir a um rompante de violência se provocado.

- O Sr. L e a Sra. B: ele de 27 anos e ela de 42, ambos desempregados, referiam extremo entediamento e, para lidar com tal sentimento, passaram a se ocupar de tarefas domésticas, tornando-se meticulosos e repetitivos. Tanto ele quanto ela não referiram crítica ou aborrecimento com suas exigências de perfeição; as famílias de ambos também não, embora chacotas fossem habituais. Para ambos, o quadro cedeu completamente sem tratamento específico, quando eles foram re-empregados.
- A Sra. F: jogadora, 40 anos, referiu preocupações sobrevalorizadas com limpeza e organização, que não chegavam a apresentar características plenas de obsessão (intrusividade e recorrência), além de dedicação exagerada aos afazeres domésticos, dispendendo o dobro do tempo necessário nas mesmas, segundo sua avaliação. A Sra. F nunca iniciou tratamento, alegando que vir ao Hospital lhe tomaria o tempo necessário para limpar sua casa.

Em relação ao TOC, a comorbidade também é um fenômeno freqüente. KARNO e GOLDING (1991) descrevem os resultados de um estudo epidemiológico realizado em amostra populacional, onde as patologias em comorbidade mais freqüentes foram: fobias (46,5%), depressão maior (32%), abuso e dependência de álcool (24%), transtorno do pânico (14%) e esquizofrenia (12%). Os autores relatam ainda que, de cada quatro portadores de TOC, três apresentavam pelo menos um segundo diagnóstico. Em nossa limitada amostragem, 33 (83%) apresentavam pelo menos um segundo diagnóstico psiquiátrico atual, sendo que, destes, quase um terço (28%) apresentava dois ou mais diagnósticos em comorbidade. Os resultados encontrados neste estudo se aproximam mais dos resultados relatados para estudos conduzidos em amostra clínica (RASMUSSEN; TSUANG, 1986). Em estudo conduzido no Brasil, PETRIBÚ e BASTOS (1997) descrevem resultados muito semelhantes aos encontrados neste estudo. Depressão foi o diagnóstico em comorbidade mais comum (32%), seguido por transtorno de ansiedade generalizada (29%), fobia social (16%), transtornos somatoformes (16%), distímia (6,5%), fobia simples (6,5%), transtorno do pânico (6,5%) e agorafobia (3,2%).

Outro estudo brasileiro recente, conduzido por MIRANDA (1999), verificou diagnósticos em comorbidade atuais e ao longo da vida para 42 portadores de TOC. Os diagnósticos atuais mais frequentes foram: fobia específica (43%), fobia social (29%), depressão maior (26%) e tique (17%). Em relação aos resultados encontrados no presente estudo, identifica-se a semelhança na preponderância de diagnósticos comórbidos das esferas ansiosa e depressiva. Eventuais diferenças nas proporções podem ser explicadas pelo fato dos estudos utilizarem instrumentos diferentes. Sendo assim, durante o período de investigação, o SCAN pareceu-nos particularmente sensível para o diagnóstico dos transtornos somatoformes. Isto pode ter levado a uma maximização da frequência desses diagnósticos, uma vez que em alguns casos as somatizações se confundiam com preocupações obsessivas a respeito da própria saúde, parecendo mais um fenômeno sintomático secundário ao TOC do que realmente uma verdadeira comorbidade. De qualquer forma, isto não anula o fato de que a amostra dos portadores de TOC expressaram com frequência muito maior preocupações a respeito de sua integridade física. Outro viés, possivelmente atribuível ao instrumento utilizado, é a ausência do diagnóstico de fobia social entre os casos estudados. Na opinião do pesquisador, pelo menos 4 portadores de TOC e 1 jogador patológico preencheriam critérios para este diagnóstico. Contudo, o programa CATEGO possui um algoritmo bastante restritivo para formulação do diagnóstico de fobia social. Ele só admite tal diagnóstico se a ansiedade social e as esquivas associadas forem os sintomas preponderantes. Como a seleção de casos privilegiou indivíduos com predomínio óbvio de TOC ou JP, entende-se porque fobia social não figurou entre os diagnósticos em comorbidade identificados no presente estudo.

Outro ponto de discordância em relação ao estudo de MIRANDA (1999), foi a frequência ao longo da vida do diagnóstico de JP entre portadores de TOC. Dos 42 casos investigados, ela identificou 4 sujeitos com este diagnóstico. Uma crítica possível é que, em seu estudo, contrariamente ao presente, não foi usado um instrumento específico para diagnóstico de JP. Em nosso estudo, apenas 1 portador de TOC

foi identificado positivamente como provável jogador patológico, ainda assim com caracterização duvidosa à avaliação clínica:

- O Sr. D: por ocasião da procura por tratamento, ele já não apresentava mais problemas com jogo há um ano. Ele relatou que anteriormente estava realizando tratamento com moclobemida 300 mg/dia via oral e que, após dois meses de uso dessa dosagem, passara a apresentar sintomas hipomaníacos. O Sr. D já possuía o hábito desde a adolescência de realizar aposta uma vez por semana na loteria. Por ocasião do episódio hipomaníaco, o paciente aumentou a frequência e quantia apostada. Ele refere endividamento, mas afirmou que devido principalmente ao seu gasto exagerado em compras. Sua família, entretanto, queixou-se na ocasião do gasto excessivo com apostas. A alteração de humor remitiu com a suspensão do antidepressivo e o paciente retornou ao seu padrão de pequenas apostas uma vez por semana. Os fatos relatados foram suficientes para que o paciente fosse identificado pela escala SOGS como provável jogador patológico; porém, na avaliação clínica, o curto período de abuso de jogo foi considerado secundário à polarização do humor, constituindo-se este fato como um dos critérios de exclusão do diagnóstico de JP segundo o CID-10 (W.H.O., 1992). Doze meses depois de iniciado o tratamento, o Sr. D procurou seu médico porque estava na iminência de ser expulso de casa, por ter contraído dívidas que seus familiares não estavam mais dispostos a tolerar. Por ocasião desse episódio, o Sr. D estava fazendo uso de carbamazepina 800 mg/dia e fluoxetina 60 mg/dia, praticamente sem sintomas obsessivos ou compulsivos. No entanto, seguia apostando regularmente na loteria, sempre a mesma combinação de números, na mesma casa lotérica e a mesma quantia semanalmente: R\$ 30,00. O caráter metódico da forma de apostar parecia uma mistura de sintomas de JP e TOC. Além disso, voltara a comprar, atividade esta completamente sem controle. Não foi observado neste período nenhum sintoma que sugerisse polarização do humor. O sr. D foi orientado a abster-se de jogos e compras. Do primeiro, ele afastou-se sem dificuldades; porém, em relação às compras, tem sido muito difícil manter-se afastado. Em nossa opinião, os diagnósticos atuais do sr. D

são: TOC (em remissão), Outros Transtornos de Hábitos e Impulsos (F63.8 – Oniomania), Jogo Patológico interrogado e Transtorno Afetivo Bipolar atualmente em remissão.

Conforme o esperado, portadores de TOC apresentaram elevada comorbidade com transtorno do Pânico e Fobias (NELSON; RICE, 1997) e também apresentaram uma associação significativamente maior com transtornos somatoformes e maior preocupação com sua saúde, mesmo sem a presença confirmada de uma doença física diagnosticada. Este achado também é compatível com a literatura que aponta uma correlação entre TOC e síndromes hipocondríacas (FALLON et al., 1991; SKODOL; OLDHAM, 1996). Contudo, BARSKY e colaboradores (1998) identificaram que o diagnóstico de Hipocondria sempre está associado a outro transtorno psiquiátrico, evidenciando que, possivelmente com frequência, sintomas somatoformes e preocupações hipocondríacas podem ser sintomas secundários ao diagnóstico principal, em geral depressão ou um transtorno ansioso, especialmente TOC e Transtorno do Pânico.

A comparação dos dados de comorbidade traz à tona alguns fatos importantes: jogadores patológicos e portadores de TOC têm em comum a elevada frequência de sintomas depressivos e ansiosos e divergem quanto a ocorrência de sintomas associados à dependência de substâncias psicoativas e sintomas somatoformes. O primeiro grupo sintomatológico têm sido associado à dimensão da impulsividade (McELROY et al., 1992) e o segundo, à compulsividade (FALLON et al., 1993).

Alguns autores têm se apoiado em algumas semelhanças sintomatológicas entre JP e TOC, particularmente crenças irracionais, superstições, ansiedade, urgência para realização do ritual ou da aposta e alívio de tensão após o ato para atestar uma associação entre JP e TOC. A ocorrência de sintomas obsessivos e compulsivos entre jogadores patológicos também é mencionada (DeCARIA; HOLLANDER, 1993; SKODOL; OLDHAM, 1996). Contudo, SIEVER (1996) contra-argumenta que IMP e CMP têm características em comum e que transtornos associados a uma ou outra podem se assemelhar devido a este componente comum sem necessariamente guardar uma associação entre si. O

autor cita texto de VAUGHAN e SALZMAN (1996), onde IMP e CMP são estruturados como *modus operandi* diferenciados da personalidade para lidar com tensão e ansiedade. Quer dizer, IMP e CMP teriam em comum a finalidade de capacitar o indivíduo a lidar com o estresse, porém através de estruturas distintas. Nessa perspectiva, o jogador teria uma tendência maior a lidar com situações de tensão recorrendo a atividades de caráter estimulante, enquanto o portador de TOC com seus rituais buscaria se reassegurar de que nada ruim ocorrerá anulando desta forma sua apreensão. O perfil de comorbidades encontrado reforça esta concepção ao associar JP com abuso de substâncias psicoativas, ao mesmo tempo em que identifica os portadores de TOC como mais preocupados e atentos a sinais de desconforto corpóreo.

Quanto à ocorrência de sintomas obsessivos-compulsivos em jogadores, BLASZCZYNSKY e McCONAGHY (1988) publicaram interessante estudo psicopatológico, onde jogadores patológicos foram comparados com dados normativos para pacientes psiquiátricos em geral e controles normais. Sintomas obsessivos-compulsivos eram freqüentes entre jogadores patológicos quando comparados a controles normais, porém menos freqüentes quando comparados a outros diagnósticos psiquiátricos. Esses resultados parecem sugerir que sintomas obsessivos-compulsivos não são exclusividade do TOC ou dos diagnósticos alegadamente pertencentes ao espectro dos TRTOC. Ao contrário, em certa proporção, eles podem ocorrer, assim como outros sintomas depressivos e ansiosos, como indicadores inespecíficos de sofrimento psíquico.

A respeito de sintomas poucos específicos associados à depressão e ansiedade, é importante mencionar o trabalho de CLARK e WATSON (1991), que identificaram três fatores associados a estes grupos sintomatológicos: um denominado Afeto Negativo, altamente inespecífico e associado a ambos; o segundo, Afeto Positivo, inversamente relacionado à sintomatologia depressiva; e o terceiro, denominado Excitabilidade Somática, relacionado à ansiedade. Esses fatos sugerem que parte das alegadas semelhanças entre JP e TOC podem ser derivadas dos aspectos comuns e inespecíficos da sintomatologia

depressiva e ansiosa observada em ambos. Depressão tem sido o diagnóstico mais associado a quase todo outro diagnóstico psiquiátrico. Indefinições quanto à ocorrência temporal (se primária ou secundária) impedem a investigação do significado deste dado e o torna extremamente inespecífico. De qualquer forma, a elevada taxa de transtornos depressivos para JP confirma a importância e a necessidade de mais estudos que investiguem a relação entre JP e transtornos do humor. No mencionado estudo de BLASZCZYNSKY e McCONAGHY (1988), jogadores patológicos apresentaram frequência inferior em todos os grupos sintomatológicos quando comparados com dados normativos de outros pacientes psiquiátricos, exceto para a escala de depressão onde a pontuação dos jogadores foi significativamente maior.

Igualmente, é digno de nota que JP apresente, quase na mesma proporção que TOC, outros transtornos ansiosos em comorbidade, reforçando a necessidade de mais estudos que possam investigar a relação de JP com ansiedade, particularmente como facilitadora, mantenedora ou produto do jogar excessivo. Pode-se afirmar, então, que o dado mais significativo em favor de semelhanças entre JP e TOC seja a elevada frequência de transtornos ansiosos para ambos. Porém, eles claramente se diferenciam quanto ao momento de irrupção da ansiedade e, por conseguinte, podem se diferenciar quanto ao papel da ansiedade na patogênese de cada síndrome.

Além disso, em acordo com os critérios de KLEIN (1993) para verificação da associação entre transtornos psiquiátricos, não foram observadas transições temporais de uma síndrome à outra e dos cinco casos de co-ocorrência entre JP e TOC, consideramos que apenas o caso da sra. F é um caso inequívoco de comorbidade. Os demais foram contabilizados para manutenção da fidelidade aos instrumentos adotados nesta pesquisa, mas é importante que se note que, em seus tratamentos, nenhum dos outros quatro pacientes necessitou atenção específica aos sintomas obsessivos-compulsivos.

Assim, verificamos que a análise de curso e perfis de comorbidade para JP e TOC não identificou evidências que corroborem uma relação inequívoca entre essas patologias. Três limitações importantes do estudo atual são:

- O processo de pareamento, que forçou a escolha de portadores de TOC com média de idade acima do que ocorreria se coletássemos uma amostra de conveniência sem critérios seletivos outros que não o de ser portador de TOC; isto provavelmente deve influenciar no perfil de comorbidades observado.
- O SCAN não investiga a ocorrência de tiques motores. Em estudo recente, COFFEY; MIGUEL e colaboradores (1998) demonstraram diferenças relevantes entre um grupo de portadores de TOC e portadores de TOC associado a Síndrome de Tourette. Aparentemente, a ocorrência de tiques aumenta a probabilidade de co-ocorrência de déficit de atenção com hiperatividade e abuso de substâncias, transtornos onde a impulsividade pode estar implicada. Até o momento, não sabemos de nenhum estudo que tenha investigado a ocorrência de tiques motores em jogadores patológicos.
- Em seu estudo, MIRANDA (1999) verificou que os portadores de TOC que apresentam comorbidade com fobia específica tem um risco 18 vezes maior de apresentarem transtornos do humor ao longo da vida. O presente estudo, por limitar-se à análise dos transtorno comórbidos da atualidade, não permite uma investigação do impacto sobre o curso e o prognóstico da associação de JP aos transtornos ansiosos.

Isto é, em que pese que a associação de JP e TOC não é tão óbvia quanto afirmam os defensores do espectro dos Transtornos Relacionados ao TOC, antes de descartá-la, seria importante estudar de maneira mais aprofundada as relações de JP com tiques e ansiedade.

5.3. Personalidade e Psicometria em Jogadores Patológicos e Portadores de TOC.

CUSTER e MILT (1985) descrevem algumas características de personalidade comuns a jogadores patológicos: sociáveis, inteligência acima da média, vivazes, competitivos, facilmente entediáveis e “viciados em trabalho” (*workaholics*). Ainda que a maioria dos pesquisadores da área pareçam concordar em termos gerais com essa descrição, é necessário frisar que trata-se de uma impressão global subtraída da experiência clínica dos autores, não testada com o rigor metodológico necessário. Autores que realizaram revisões sobre traços prototípicos da personalidade do jogador patológico invariavelmente chegaram à conclusão de que os dados disponíveis até o momento são controversos e de alcance limitado para orientar o tratamento ou a prevenção do Jogo Patológico (McCORMICK; TABER, 1987; GRIFFITHS, 1995). Entretanto, o fato de Jogo Patológico mimetizar grande parte dos comportamentos observados nas dependências, na ausência de substância exógena deflagradora, mantém o interesse pela investigação de fatores constitutivos do jogador que configurem uma vulnerabilidade aos comportamentos de abuso (GALSKI, 1987). Em uma revisão dos estudos em que o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) foi utilizado, GALSKI (1987) encontrou como achados mais consistentes traços salientes de depressão e conduta psicopática, contudo sem conseguir esclarecer se os resultados obtidos seriam fatores predisponentes ou produto do envolvimento patológico com jogos de azar. Apesar de alguma controvérsia, o achado mais recorrentemente relatado em estudos recentes de personalidade de jogadores patológicos é a elevada impulsividade e sua relação direta com a gravidade sintomatológica (CASTELANI; RUGLE, 1995; BLASZCZYNSKI et al. 1997; STEEL; BLASZCZYNSKI, 1998). Dos quatro estudos encontrados cujos resultados questionam a associação de Jogo Patológico e impulsividade, três (BLASZCZYNSKY et al., 1986; DICKERSON et al., 1987; CARRASCO et al., 1994) usaram como instrumento avaliador a SSS. O quarto (ALLCOCK; GRACE, 1988) fez uso da SSS e da BIS, porém é criticado por BLASZCZYNSKI e colaboradores (1997) pelo

pequeno tamanho da amostra, apenas dez jogadores patológicos. Em especial, o estudo de DICKERSON e colaboradores (1987) identificou que, dentre os sub-fatores da SSS, o mais saliente entre jogadores patológicos era Suscetibilidade ao Tédio.

Obsessividade e compulsividade têm sido traços associados ao jogador patológico (McCORMICK; TABER, 1987), porém sem medida objetiva, principalmente fundamentados na reincidência do comportamento de apostas e no uso do jogo para aliviar sintomas de ansiedade ou depressão.

Os dados do presente estudo são congruentes com os trabalhos anteriores que não encontraram associação entre Busca de Sensações (*Sensation Seeking*) e Jogo Patológico. Em crítica ao modelo de Zuckerman, CLONINGER (1988) argumentou que o conceito Busca de Sensações era fatorialmente complexo. A nosso ver, isto parece ser verdadeiro e, talvez, seja uma explicação para os escores apenas medianos dos jogadores na SSS V. Ocorre que a escala estrutura-se em quesitos compostos por pares de frases de significado antagônico, onde uma representa a opção conservadora e a outra, a escolha por uma atividade ou objeto que representa o conceito de Busca de Sensações. A segunda opção representa sempre algo que além de oferecer estimulação mais intensa, é também uma escolha que incorre em risco físico, ou risco de desaprovação social (recriminação por outrem, punição a transgressões legais, etc.). Isto é, além de avaliar a necessidade de estimulação (impulsividade), a SSS V também avalia a relação do indivíduo com o risco, sua predisposição a aceitá-lo ou não como parte de suas escolhas (compulsividade). Sendo a personalidade dos jogadores, como sugerem os resultados deste estudo, uma interessante composição de apreço por novos e variados estímulos e de temor ao dano (físico ou moral), é possível que ambas forças se contrabalancem na hora da escolha por diferentes atividades e objetos e, dessa forma, a Busca de Sensações não sobressai como uma característica marcante da personalidade desses indivíduos. Enfim, quando se trata de avaliar fatores da volição, ao invés de indagarmos sobre o objeto da escolha, talvez seja mais esclarecedor perguntar como ele é escolhido. Afinal, dois indivíduos

podem fazer a mesma escolha, por motivos completamente diferentes, sendo que nesta escolha podem estar implicados fatores associados ao seu histórico e desenvolvimento, que são independentes dos fatores temperamentais focalizados neste estudo. O Anexo D contém mais dados do presente estudo, analisados com a finalidade de aprofundar a investigação das relações entre Busca de Sensações, impulsividade e compulsividade.

O modelo de impulsividade representado pela BIS 11 obteve resultados mais expressivos, porém não totalmente isento de viés. Conforme verificado anteriormente, dois dos três sub-fatores da BIS 11 falharam em diferenciar Jogadores de portadores de TOC e pareciam funcionarem mais como indicadores inespecíficos de sofrimento psíquico. O sub-fator mais confiável e que claramente discriminou os Jogadores do restante da amostra foi BIS- Falta de Planejamento, um fator apontado pelo próprio autor da escala como o mais adequado na diferenciação entre pacientes psiquiátricos e sujeitos normais (BARRAT, 1994).

Em uma revisão sobre impulsividade, conceitos e formas de avaliação, EVENDEN (1999) afirma que, conquanto a TPQ possa ser útil para acessá-la, seria um equívoco identificar a impulsividade a apenas um de seus fatores, independente de qual fosse. Contrariamente a esta opinião, o presente estudo identifica o fator Busca de Novidade como o único dos fatores da TPQ associado à impulsividade. Neste sentido, nossos achados se assemelham aos de ZELENSKI e LARSEN (1999). Nesse estudo, os autores compararam, através de análise fatorial, 5 escalas de personalidade e impulsividade, estruturadas de acordo com os modelos de personalidade de Cloninger, Eysenck e GRAY (1994). A análise fatorial identificou três dimensões independentes: impulsividade e busca de emoções, suscetibilidade à recompensa e suscetibilidade à punição. Os dois últimos fatores eram bons preditores de resposta emocional positiva e negativa respectivamente, tanto em ambiente laboratorial, quanto em ambiente natural, mas o fator da impulsividade (composto principalmente pelos quesitos provenientes do fator Busca de Novidade da TPQ) mostrou-se relativamente independente da dimensão das emoções.

Constitui-se num fato de interesse que, dos quatro sub-fatores do fator Busca de Novidade, apenas o sub-fator BN1-Excitabilidade Exploratória não tenha sido correlacionado positivamente à impulsividade. Talvez isto seja proveniente do modelo clínico escolhido para representar a impulsividade: o Jogo Patológico. Um exame dos quesitos que compõem o sub-fator BN1 evidencia uma certa semelhança com algumas características do conceito de Busca de Sensações:

Questão 2 (subtraída da TPQ) - “Muitas vezes tento coisas novas apenas por diversão ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo”.

Questão 4 (subtraída da TPQ) – “Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante”.

Portanto, é coerente que se Busca de Sensações não se revela um indicador confiável de impulsividade para jogadores, BN1, por sua semelhança semântica, também não funcione como tal.

O sub-fator BN1 representa a curiosidade inata, em geral de cunho intelectual; é questionável qual seria a curiosidade dos jogadores em uma atividade tão repetitiva quanto o jogo. Entretanto, BN1 relaciona-se positiva e significativamente com os outros sub-fatores da Busca de Novidade. No trabalho de DICKMAN (1991) talvez se encontre uma explicação. Esse autor é, provavelmente, o único a formalizar uma abordagem de impulsividade que não se atem apenas aos aspectos negativos da impulsividade. Dickman divide-a em dois tipos: funcional e disfuncional, lembrando que em determinadas condições a capacidade de decidir sem demora pode ser bem vinda. É possível que excitabilidade exploratória e curiosidade intelectual sejam características mais adaptadas da impulsividade e, como o presente estudo privilegiou um modelo patológico, então a variável BN1 não se mostrou significativamente aumentada em jogadores patológicos.

Os fatos comentados acima corroboram o acerto na escolha de mais de uma escala para avaliação e a não escolha prévia por um modelo único de compreensão da impulsividade. Um dos méritos deste trabalho é a possibilidade da investigação de traços impulsivos especificamente ligados ao Jogo Patológicos e, por extensão, a outros comportamentos de abuso.

Os achados deste estudo confirmam em parte a impressão clínica de traços de personalidade em comum entre JP e TOC, especificamente relacionados ao conceito de Esquiva ao Dano, o que consolida a impressão de que jogar, além de excitante, também atende às necessidades de aliviar estados afetivos negativos (HAND, 1998).

Contrariando as expectativas de que TOC, por ser paradigma de compulsividade, seria também um modelo reverso de impulsividade, não foram verificados, entre os portadores de TOC, índices significativamente baixos de impulsividade quando comparados a controles normais. Por outro lado, os índices elevados de Esquiva ao Dano encontrados são compatíveis com dados prévios da literatura que associam este fator de personalidade aos transtornos ansiosos (SAVIOTTI et al., 1991; COWLEY et al., 1993).

Os dados da amostra de portadores de TOC para as variáveis de temperamento da TPQ guardam semelhança com os resultados descritos por PFOHL e colaboradores (1990). Neste estudo, os autores descrevem pontuações medianas em Busca de Novidade e pontuações elevadas em Esquiva ao Dano e Dependência de Recompensa embora em relação a este último fator de temperamento CLONINGER (1996) alerte que este achado não foi replicado em outros estudos. Em nossa amostra, portadores de TOC não pontuaram significativamente mais na pontuação total do fator Dependência de Recompensa.

Revisando a literatura a respeito de impulsividade em portadores de TOC, encontra-se relato de rompantes de agressividade ou de abuso de substâncias psicoativas, porém como ocorrências em uma parcela minoritária, predominantemente masculina, cujas alterações de conduta, comportamento errático e desafiador são descritos desde a infância e adolescência e, em geral, antecedendo a ocorrência dos

sintomas obsessivo-compulsivos (HOEHN-SARIC; BARKSDALE, 1983). Investigando a ocorrência de transtornos de personalidade em 40 portadores de TOC, TORRES (1994) encontrou uma baixa prevalência dos transtornos do grupamento B e, em especial, ausência dos diagnósticos de Transtornos Anti-social e *Borderline* da Personalidade (TBP), os representantes mais impulsivos desse grupo. A respeito da associação entre TOC e TBP, a autora (TORRES, 1996) lembra ainda que, exceto por dois estudos (JOFFE et al., 1988; BLACK et al., 1989), TBP tem sido um transtorno raro entre portadores de TOC (MAVISSAKALIAN et al., 1990; SCIUTO et al., 1991; BAER et al., 1992).

Por que, então, os escores nos sub-fatores Desatenção e Impulsividade Motora da BIS 11 foram maiores entre os portadores de TOC quando comparados aos controles normais ?

Em relação à sensação de falta de atenção expressada por portadores de TOC, podemos estar diante de um viés e um limite dos questionários de auto-preenchimento usados neste estudo. A exemplo do que ocorre para pacientes com Anorexia Nervosa, conforme alertado por TAVARES e colaboradores (1996), que superestimam sua falta de controle sobre o comportamento alimentar ao não conseguirem se adequar à severa restrição alimentar previamente planejada, pode ser que portadores de TOC superestimem a falta de atenção para justificar frustrações em tentativas exageradas de controlar os eventos ambientais.

É possível, também, que características particulares do TOC acabem por se sobrepor indevidamente aos conceitos expressos nesses dois sub-fatores. O fator BIS-Desatenção representa, segundo BARRAT (1994), o elemento cognitivo da impulsividade. Diz respeito à característica de ter pensamentos rápidos, ou súbitos que não respeitam uma linha de raciocínio. Vê-se, então, como isto pode ser facilmente confundido com o caráter intrusivo da idéia obsessiva. Seria a obsessão um fenômeno de impulsividade cognitiva ? É certo que o elemento de perda do controle sobre si mesmo, ou sobre uma função própria que, em condições normais, está sujeita ao controle voluntário, está presente no fenômeno obsessivo, assim como também está na “fissura”, no desejo de um dependente. Todavia, é sempre digno

de nota que as obsessões sejam mais temidas do que desejadas (TAYLOR, 1986). Estas observações apontam para a possibilidade de interessantes investigações no futuro da relação entre obsessão e desejo (particularmente no que diz respeito à perda de controle de um fenômeno ideativo). Contudo, os resultados obtidos neste estudo reiteram a utilidade de diferenciá-los como fenômenos vinculados a forças volitivas distintas, compulsividade e impulsividade respectivamente.

O fator BIS-Impulsividade Motora avalia o nível habitual de atividade motora, que pode ser bastante elevado no caso de portadores de TOC, sobretudo quando eles estão tomados por algum frenesi ritualístico. Durante o processo de coleta de dados, não raro, pudemos observar como o receio de não responder da forma mais correta aos questionários desencadeava em alguns desses sujeitos grande ansiedade que demandava a realização de compulsões motoras. Provavelmente, este é mais um fato a servir de viés para o uso da BIS 11 na avaliação da impulsividade no TOC.

STEIN e colaboradores (1994) publicaram um relato breve sobre análise de correlação entre o escore da BIS versão 10 e os escores de sintomatologia obsessiva e compulsiva da Y-BOCS. Surpreendentemente, encontrou-se uma correlação positiva, porém os coeficientes eram de pequena monta (0,11) e os autores não levaram em consideração a possibilidade dos sintomas da síndrome estarem se interpondo entre a personalidade do indivíduo e o instrumento utilizado para avaliá-la. Com isto, não se pretende afirmar que TOC e impulsividade não estejam relacionados. Como já afirmado anteriormente, trabalhos como de HOEHN SARIC e BARKSDALE (1983) e COFFEY e colaboradores (1998) apontam para um interessante campo de investigações na área das relações entre TOC, tiques e transtornos do controle do impulso, mas para fazê-lo talvez tenhamos que sobrepujar dificuldades metodológicas, a começar pela escolha de modelos de impulsividade que sofram pouca influência dos diagnósticos psiquiátricos e seus sintomas. Uma saída possível para o problema apontado foi a utilizada neste estudo, onde uma análise preliminar das variáveis selecionou de cada escala os sub-fatores mais confiáveis e

menos suscetíveis à influência de sintomas psiquiátricos agudos. Foi assim que concluiu-se que dos três sub-fatores da BIS 11, Falta de Planejamento era o indicador mais fidedigno de impulsividade.

5.4. Investigando a Relação entre Impulsividade e Compulsividade.

BROWN e colaboradores (1992) e JOFFE e colaboradores (1993) apontaram uma discreta influência de sintomas de agitação e depressão sobre Esquiva ao Dano, o que justifica a análise dos índices de IMP e CMP sob controle da sintomatologia ansiosa e depressiva identificada em jogadores e portadores de TOC. Uma vez que tabagismo tem sido associado à impulsividade (BICKEL et al., 1999; MITCHELL, 1999) cabe explicar porque não controlamos esta variável em nossas comparações para personalidade. Na maioria dos casos, o hábito de fumar antecedeu o hábito de jogar. Entretanto, entre os efeitos farmacológicos descritos da nicotina, não consta que ela seja provocadora de impulsividade, mas sim ansiolítica e leve agonista da performance cognitiva, principalmente em testes de atenção (POMERLEAU, 1986). Portanto, parece-nos improvável que o tabagismo pudesse ser uma causa negligenciada da impulsividade dos jogadores, ou que eles tenham procurado o jogo por terem sua impulsividade reforçada após o consumo reiterado de nicotina. Ao contrário, existem evidências de que a impulsividade como fator prévio de personalidade, influencia e determina a experimentação precoce de cigarro e outras fontes de administração de substâncias psicoativas. (MÂSSE et al., 1997).

Os índices de impulsividade que melhor discriminaram jogadores, portadores de TOC e controles normais foram os sub-fatores BN2, BN3 e BN4 do fator Busca de Novidade da TPQ e Falta de planejamento da BIS, sendo que os quatro se correlacionaram significativa e positivamente entre si. Quer dizer, no presente estudo impulsividade ficou caracterizada como uma dimensão da personalidade composta dos seguintes traços: **atitudes pouco refletidas e falta de planejamento da ação**, extravagância (que no modelo de Cloninger se refere a **comportamento perdulário e prodigalidade**) e

desorganização (que na TPQ está representada por quesitos que expressam **pouca conformidade às regras**).

Estes achados são coerentes com estudos de análise fatorial sobre impulsividade encontrados na literatura. No trabalho de LUENGO e colaboradores (1991), verifica-se a Falta de Planejamento como um dos fatores mais proeminentes do conceito de impulsividade. Os autores fazem menção a BARRAT (1994) quando este explica o traço Falta de Planejamento como produto da incapacidade de antever conseqüências que não sejam as de curto prazo (*“lack of futuring”*). A prodigalidade sobressai no trabalho de GERBING e colaboradores (1987) como o traço mais fortemente relacionado ao conjunto de variáveis impulsivas. Por fim, a inconformidade e dificuldade de se adequar a regras de convívio social é o principal traço por trás do conceito de Psicoticismo (*Psychoticism*) de EYSENCK (1993), um termo que outros autores prefeririam renomear de Psicopatia (*Psychopathy*) e que têm sido utilizado como um indicador de impulsividade.

Ainda é importante mencionarmos o trabalho de PARKER e colaboradores (1992) que, em análise fatorial, identificaram dois supra fatores de impulsividade: a precipitação e a incontinência frente aos próprios desejos. O primeiro supra fator se assemelha muito ao conjunto de traços descritos acima, mas o segundo representa, em relação aos mesmos, uma outra concepção de impulsividade que, embora esteja positivamente relacionada à primeira, é expressiva o suficiente para se constituir como um fator à parte. Os estudos mencionados anteriormente valeram-se dos mesmos modelos e dos mesmos autores: Eysenck, Barrat e Zuckerman. O estudo de PARKER e colaboradores (1992) fez uso de outras escalas que privilegiavam os aspectos da avidez e da incontinência do desejo; daí, a diferença observada nos resultados. CASTELANI e RUGLE (1995) produziram interessante estudo em que o aspecto da avidez foi estudado em Jogadores Patológicos em comparação com dependentes químicos (álcool e cocaína). Os Jogadores apresentaram escores significativamente mais elevados do que os dependentes químicos na escala de avidez.

Ação irrefletida e avidez têm sido propostas como as duas faces da moeda que representa a impulsividade (FROSCH; WORTIS, 1954; PLUTCHIK; VANPRAAG, 1995). Esta, aliás, constitui uma das principais faltas do presente estudo, uma vez que a escolha dos instrumentos parece ter privilegiado a primeira característica do conceito de impulsividade em detrimento da outra.

O modelo de compulsividade, neste estudo, foi composto pelos sub-fatores ED1, ED2 e ED4 do fator Esquiva ao Dano da TPQ. As variáveis Indecisão e Excesso de Responsabilidade (escrupulosidade), investigadas a partir de uma adaptação da Y-BOCS, tiveram pequena participação na composição final do índice composto de compulsividade, talvez porque sua investigação se limitava a uma questão oral apenas para cada uma. Sendo assim, a confirmação das mesmas como parte integrante do conceito de compulsividade aguarda estudos mais específicos para este fim; porém, considerando-se os resultados preliminares do presente estudo, acreditamos ser provável a inclusão das mesmas ou a descoberta de um fator que as contenha. A constituição final do conceito de compulsividade, neste estudo, ficou da seguinte forma: preocupação antecipatória e **pessimismo, medo da incerteza** e fatigabilidade (no modelo de Cloninger, um traço representativo da **vulnerabilidade ao desconforto somático**). **Indecisão** e excesso de responsabilidade (**escrupulosidade**) permanecem como candidatas a traços constitutivos desta dimensão. A semelhança desse conjunto de traços com a proposta de Janet da caracterização da personalidade psicastênica (RASMUSSEN; EISEN, 1992; DEL PORTO, 1994) reforça o valor empírico dos achados deste estudo.

Digna de nota foi a exclusão do sub-fator ED3-Timidez com Estranhos que, apesar de representar um traço inequívoco de ansiedade, parece ligar-se mais ao aspecto da ansiedade social, do que aos aspectos do controle, do desconforto diante da dúvida e da culpa (ou responsabilidade), características mais associadas à dimensão compulsiva (RASMUSSEN; EISEN, 1992). Contudo, fatores como pessimismo e vulnerabilidade somática persistiram no modelo de compulsividade, indicando que o mesmo ainda pode estar “contaminado” por traços mais gerais e menos específicos da dimensão maior da

ansiedade que, segundo GRAY (1987), englobaria a esquiva passiva (tendência à fuga e abstenção fóbica) e a esquiva ativa (tendência ao controle e obsessividade e compulsividade). Cognição pessimista - “Se algo improvável tiver que acontecer, com certeza acontecerá comigo” – e vulnerabilidade aos sinais de desconforto corporal são características marcantes dos portadores de Transtorno do Pânico (MARKS, 1987). Sendo assim, o modelo atual de compulsividade necessita uma depuração e distinção do que podem ser traços genéricos de ansiedade que se relacionam com traços mais específicos associados a sub-tipos de disposições ansiosas da personalidade. A estrutura metodológica do presente estudo não permite esta distinção e acreditamos que, no futuro, um complemento do mesmo deveria ser produzido, reproduzindo-se a aplicação dos mesmos testes em outros transtornos ansiosos.

Apesar das imprecisões descritas acima, o estudo logrou construir índices únicos de impulsividade (IMP) e compulsividade (CMP) bastante confiáveis, uma vez que a relação entre ambos não parece sofrer influência do diagnóstico psiquiátrico. Para as três sub-amostras estudadas e também para amostra total, impulsividade e compulsividade mostraram-se independentes. O fato de IMP e CMP serem concomitantemente elevadas em jogadores quando comparadas a controles normais é incompatível com a suposição de duas grandezas inversamente proporcionais como HOLLANDER (1998) reitera em sua última publicação sobre o alegado espectro Impulsivo-Compulsivo. À luz dos dados encontrados neste estudo, IMP e CMP parecem se organizar em dois eixos ortogonais, o primeiro representando uma dimensão que tem, na extremidade negativa, a estabilidade e, no outro extremo, a labilidade comportamental e a falta de planejamento da ação. O segundo eixo tem, na extremidade negativa, o destemor e, no outro extremo, medo e insegurança.

Os estudos de HOEHN-SARIC e BARKSDALE (1983), que identificaram um subgrupo de portadores de TOC com sintomas impulsivos, e, mais recentemente, de STEIN e colaboradores (1995), que também descrevem a concomitância de IMP e CMP em portadores de tricotilomania (assim como Jogo Patológico, outro transtorno classificado entre os transtornos do controle do impulso), reforçam a

percepção da inadequação de um modelo unidimensional como o do espectro Impulsivo-Compulsivo para acolher e organizar os transtornos de excesso do comportamento ou os chamados transtornos relacionados ao TOC. Os dados do presente estudo encontraram pelo menos duas dimensões diferenciadas representadas por um modelo de dois eixos retratado na Figura 3. A distribuição das três sub-amostras nos quadrantes determinados pelo modelo bi-dimensional confirma uma suposição de CLONINGER (1996) de que dependências e comportamentos de abuso associados se caracterizariam pela concomitante elevação de IMP e CMP. A primeira explicaria a vulnerabilidade a estímulos potencialmente gratificantes e a segunda a persistência no comportamento uma vez iniciado, por receio das conseqüências negativas no caso de sua interrupção. No caso de JP, os jogadores se deixariam seduzir pelo caráter estimulante do jogo (BROWN, 1987) e seguem apostando em sucessivas repetições por receio de, ao interrompê-lo, cessarem a única chance de recuperação imediata das perdas e serem forçosamente confrontados com as conseqüências negativas do seu comportamento (LESIEUR, 1979).

O achado de que IMP e CMP são fatores volitivos independentes é congruente com a suposição de BARRAT (1993) que, inspirado em Wundt, propõe que IMP seja uma força propelente do comportamento que se estabelece ortogonalmente em relação à supra dimensão das emoções. Isto também concorda com o trabalho de ZELENSKI e LARSEN (1999) que identificam dois fatores ligados à emoção (suscetibilidade à punição e suscetibilidade à recompensa) e um fator nomeado impulsividade, independente em relação aos dois anteriores. Finalmente, os achados deste estudo, somados aos estudos mencionados, reforçam a suposição de CIOMPI (1991) de que os instintos ou impulsos são forças volitivas primárias, às quais compete as emoções ou afetos modular para estabelecer a expressão fenotípica final do comportamento. IMP enquanto dimensão da personalidade estaria associada à intensidade com que essas forças instintivas se manifestam. CMP seria a suscetibilidade individual em permitir que tais forças instintivas sejam inibidas, ou redirecionadas de acordo com a antecipação de resultados negativos, ou com a vivência de afetos negativos.

A análise final dos dados, então, sugere que JP e TOC se assemelham nas evidências de uma pronunciada ansiedade, revelada na frequência de transtornos ansiosos comórbidos e do fator de temperamento Esquiva ao Dano pronunciado. Exceto por este fato, não há nenhum outro indício de proximidade de JP e TOC e a proposta de JP como um transtorno relacionado ao TOC é duvidosa. JP parece mais fortemente relacionado a outros comportamentos de abuso e, assim como foi descrito para tabagistas (POMERLEAU et al., 1992), a combinação de elevada IMP e CMP correlaciona-se logicamente com a estrutura sintomatológica da síndrome. Estes fatos e a análise de correlação para IMP e CMP põem em cheque a proposta de STEIN e HOLLANDER (1993) de um modelo unidimensional para explicar IMP e CMP.

Impulsividade e Compulsividade, organizadas num modelo bidimensional de eixos ortogonais, estabelecem então, ao invés de um espectro Impulsivo-Compulsivo, quatro espectros hipotéticos:

- O espectro dos transtornos Impulsivos e Compulsivos: representado com certeza pelo Jogo Patológico, provavelmente também pela tricotilomania, tabagismo e outras dependências e bulimia nervosa (FAHY, 1991; FAHY; EISLER, 1993; LACEY, 1993);
- O espectro dos transtornos somente Compulsivos: que tem TOC como paradigma comprovado neste estudo, mas que provavelmente pode ser acrescido dos transtornos somatoformes e da anorexia nervosa (HALMI et al., 1991; THIEL et al., 1995);
- O espectro dos transtornos somente Impulsivos: que poderia ser composto dos transtornos caracterizados por múltiplos comportamentos de abuso sem, entretanto, a cristalização de um comportamento de abuso preponderante sobre os demais, ou pelos indivíduos caracterizados por vida errática, labilidade emocional, mudanças frequentes de parceiros, trabalho e domicílio. A atual descrição do Transtorno *Borderline* de Personalidade encaixa-se neste perfil (ZANARINI; WEINBERG, 1996), bem como a proposta do Transtorno Multi-Impulsivo de Personalidade feita por

LACEY e EVANS (1986) e um sub-grupo de jogadores patológicos identificados por BLASZCZYNSKI e McCONAGHY (1997), nomeado de impulsivo anti-social;

- Finalmente, o espectro dos indivíduos anti-impulsivos e anti-compulsivos, uma possibilidade que o modelo bi-dimensional prevê teoricamente, mas que, empiricamente, entre indivíduos portadores ou não de transtorno psiquiátrico, não permite antever um modelo paradigmático.

A figura 4 apresenta de maneira esquemática a proposta esboçada acima.

FIGURA 4

Um Modelo Bidimensional: Duas Dimensões, Três Espectros

O presente estudo apresenta limitações importantes que devem circunscrever seus dados à classe das investigações preliminares. Primeiro, fazendo uso de apenas dois transtornos psiquiátricos, as características identificadas como representativas de IMP e CMP podem compor uma descrição estreita de ambas vinculadas a JP e TOC, cuja validade e outros possíveis componentes precisam ser investigadas em estudos com outras patologias pertencentes aos TEC e TRTOC. Segundo, a falta de definições operacionais de CMP forçou a adoção de um conceito (Esquiva ao Dano) que certamente é mais abrangente do que o conceito que este estudo se propõe a representar. Como lembra CLONINGER (1996), Esquiva ao Dano está correlacionada a praticamente todos os transtornos ansiosos. ZINBARG e BARLOW (1996), estudando os sintomas ansiosos identificaram cinco sub-grupos, dos quais obsessões e compulsões são apenas um deles. Certamente, para confirmação das principais conclusões deste estudo serão necessários estudos subseqüentes que façam usos de instrumentos mais específicos na avaliação de características associadas a CMP e que investiguem em outros transtornos psiquiátricos e em amostras não clínicas modelos mais completos de IMP e CMP. Além disso, a exemplo do trabalho realizado por CLARK e WATSON (1991) para investigação da psicopatologia afetiva, em amostras maiores, através da análise fatorial, pode-se investigar a existência de outros fatores além da IMP e CMP, ampliando os horizontes de um modelo bi-dimensional para uma compreensão multi-dimensional dos componentes da volição normal e alterada.

Talvez, o principal mérito deste trabalho seja a demonstração da utilidade de modelos clínicos e a proposta de uma metodologia para a prospecção dos fatores estruturais da volição que buscam discriminar características que possam estar incluídas em um *continuum* entre o comportamento normal e os transtornos neuróticos.

6. CONCLUSÕES

À luz dos resultados obtidos e da comparação dos mesmos com estudos relacionados ao tema, definem-se como principais achados deste estudo:

- Jogo Patológico e Transtorno Obsessivo Compulsivo têm em comum freqüente comorbidade com transtornos ansiosos e a coexistência de traços ansiosos proeminentes de personalidade;
- A ausência de transições temporais entre uma síndrome e outra e a baixa comorbidade entre ambas revela que não existem subsídios empíricos para afirmação de que Jogo Patológico seja um transtorno relacionado ao Transtorno Obsessivo Compulsivo;
- Jogo Patológico difere de Transtorno Obsessivo Compulsivo em sua associação com outras dependências, enquanto Transtorno Obsessivo Compulsivo encontra-se mais associado aos transtornos somatoformes;
- Com relação a traços temperamentais de personalidade, Transtorno Obsessivo Compulsivo está associado à compulsividade, enquanto Jogo Patológico combina características proeminentes de impulsividade e compulsividade;
- Impulsividade e compulsividade, definidas pelos modelos clínicos adotados neste estudo, são características temperamentais independentes, invalidando a proposta de um espectro unidimensional Impulsivo-Compulsivo;
- Ao invés disso, um modelo bi-dimensional com dois eixos ortogonais representando um, a impulsividade, e o outro, a compulsividade parece ser mais adequado. Tal modelo traça o esboço de pelo menos três espectros psicopatológicos: espectro dos transtornos impulsivos puros, espectro dos transtornos compulsivos puros e espectro dos transtornos impulsivos-compulsivos. Jogo Patológico pertenceria a este último.

ANEXO A

INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER DE CLONINGER - VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS

DANIEL FUENTES

HERMANO TAVARES

CANDIDA H.P. CAMARGO

CLARICE GORENSTEIN

Introdução

A personalidade pode ser avaliada de inúmeras maneiras, de acordo com os pressupostos teóricos de diferentes autores. Na tentativa de definir personalidade, em 1937, Allport a conceitua como a “organização dinâmica no interior do indivíduo de sistemas psicofísicos que determinam seu ajustamento particular ao ambiente” (Allport, 1961). Assim, personalidade pode ser entendida como o resultado do processo dinâmico e contínuo de conciliar características individuais ao ambiente, de forma que isto determinará a qualidade de interação do sujeito com o meio que o cerca e vice-versa.

Os modelos que visam compreender a organização da personalidade têm priorizado aspectos psicológicos ou biológicos separadamente. Poucas abordagens integram os aspectos psicobiológicos da personalidade, dentre as quais destacamos a de Cloninger (1986).

Abordagem psicobiológica da estruturação da personalidade

O modelo psicobiológico de personalidade desenvolvido por Cloninger foi construído a partir de informações:

a) provenientes de estudos genéticos (com gêmeos humanos) e filogenéticos (etológicos) sobre o temperamento e de estudos neurobiológicos sobre a organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais (Cloninger, 1987);

b) sobre o desenvolvimento cognitivo e social e descrições do desenvolvimento da personalidade, provenientes da psicologia humanística e transpessoal (Cloninger et al., 1993).

O modelo de Cloninger baseia-se na divisão clássica da personalidade em dois componentes: *temperamento*, que engloba os traços de determinação heredo-genética, cuja expressão é apenas parcialmente afetada pelas influências ambientais; e *caráter*, que engloba os traços moldados ao longo do desenvolvimento, resultantes das experiências de aprendizagem propiciadas por diferentes influências ambientais. A conformação do caráter determina a boa ou má adaptação dos traços hereditários às contingências ambientais em que vive o indivíduo (Svrakic et al., 1993).

A construção do modelo psicobiológico da personalidade

Cloninger (1987) propunha a existência de três fatores independentes de personalidade: Busca de Novidades (BN), Esquiva de Dano (ED) e Dependência de Gratificação (DG). Este último fator, segundo Cloninger (1996), foi acrescido ao seu modelo de temperamento inspirado pelo trabalho anterior de Sjöbring (1973), psiquiatra sueco que também descreveu um modelo neurogenético da personalidade dividido em três componentes. Os dois primeiros, solidez (versus impulsividade) e validade (versus compulsividade), corresponderiam respectivamente a busca de novidades e esquiva de dano, o terceiro chamado estabilidade (versus sensibilidade a sinais de aprovação ou desaprovação social) serviu de base para construção do conteúdo de dependência de gratificação (Sjöbring, 1973). Assim, no modelo de temperamento de Cloninger, dependência de gratificação aproxima-se conceitualmente de necessidade e busca de vínculos sociais.

Para avaliar seu modelo de personalidade, Cloninger (1987) e colaboradores desenvolveram e validaram (1991) o *Tridimensional Personality Questionnaire* – TPQ, um questionário de auto-preenchimento composto por 100 questões.

O modelo tridimensional de temperamento de Cloninger mostrou ter boa correlação com a classificação habitual de transtornos de personalidade (Goldman et al., 1994), particularmente com sua subdivisão nos grupamentos A, B e C (Rutter, 1987). Os transtornos incluídos no grupo A (transtornos paranóide, esquizóide e esquizotípico de personalidade) estariam associados à reduzida dependência de gratificação, os transtornos do grupo B (transtornos anti-social, borderino (borderline), histriônico e narcísico de personalidade) à elevada busca de novidades e os transtornos do grupo C (transtornos esquivante, dependente, e obsessivo-compulsivo de personalidade) estariam associados à elevada esquiva de dano (Svrakic et al., 1993).

Contudo, o modelo de personalidade fundamentado apenas no temperamento e nas características hereditárias da personalidade não se mostrou um bom preditor da presença ou não de transtornos de

personalidade, indicando a necessidade de revisão. Assim, na expectativa de identificar um fator de vulnerabilidade aos transtornos de personalidade, foram incluídos ao modelo original três novos fatores que representam a dimensão caráter da personalidade e aos três fatores de temperamento foi acrescido o quarto fator Persistência (PE) (Cloninger et al., 1993). Os fatores de caráter avaliam diferenças individuais quanto a conceitos a respeito de si mesmo e a percepção dos próprios objetivos e valores. São eles: Auto-Direcionamento (AD), Cooperatividade (C) e Auto-Transcendência (AT). A Persistência foi incluída como um fator independente de temperamento porque, apesar de inicialmente dependência de gratificação ter sido estruturada tendo Persistência como um dos seus subfatores, estudos de Heath et al. (1994) e Nixon e Parsons (1989) evidenciaram que a necessidade de socialização e a persistência estavam dissociadas e seriam características hereditárias independentes.

O modelo de sete fatores (Cloninger et al., 1993) embasa o Inventário de Temperamento e Caráter - ITC (Temperament and Character Inventory; Cloninger et al., 1994) e concebe o desenvolvimento da personalidade como sendo um processo epigenético interativo, onde os fatores hereditários de temperamento (busca de novidades, esquiva de dano, dependência de prêmio e persistência) inicialmente motivam o desenvolvimento dos fatores de caráter (auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência) que, por sua vez, modificam o significado e a saliência dos estímulos percebidos aos quais a pessoa responde. Assim, o temperamento colabora no desenvolvimento do caráter e vice-versa (Mulder et al., 1996).

A inclusão dos fatores de caráter no modelo final do ITC permitiu a avaliação da adaptação das características temperamentais, demonstrando que indivíduos com perfis de temperamento incomuns, podem ou não desenvolver um transtorno de personalidade, dependendo de sua conformação caracterológica (Svrakic et al., 1993). Isto é, as experiências de aprendizagem ao longo do desenvolvimento vital são determinantes da adaptação dos traços mais salientes do temperamento. Por exemplo, altos índices em Esquiva ao Dano predizem uma exacerbação de características associadas à compulsividade, que se associadas a baixas pontuações em auto-direcionamento e cooperatividade prevêm um diagnóstico de transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva de acordo com o DSM III-R (APA, 1980).

O Inventário de Temperamento e Caráter

O Inventário de Temperamento e Caráter é um questionário de auto preenchimento, composto por 240 itens do tipo “Verdadeiro ou Falso”, que possibilita o diagnóstico diferencial entre subtipos de transtornos de personalidade e outros transtornos psiquiátricos (Svrakic et al., 1993; Goldman et al., 1994; Mulder et al., 1996).

Cada um dos fatores do ITC divide-se em subfatores que expressam conceitos particulares, conforme descrito a seguir:

FATORES DE TEMPERAMENTO	
<p>Busca de Novidades (BN) — tendência hereditária de ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos e suscetibilidade comportamental à estimulação ambiental. Subfatores:</p> <p>BN1: Excitabilidade exploratória vs. Rigidez. BN2: Impulsividade vs. Reflexão.</p> <p>BN3: Extravagância vs. Reserva. BN4: Desordenação vs. Organização.</p>	
<p>Esquiva ao Dano (ED) — tendência hereditária a inibir ou cessar comportamentos frente aos sinais de estímulos aversivos, a fim de se evitar punição. Subfatores:</p> <p>ED1: Preocupação antecipatória vs. Otimismo. ED2: Medo da incerteza vs. Confiança.</p> <p>ED3: Timidez vs. Sociabilidade. ED4: Fadigabilidade e astenia vs. Vigor.</p>	
<p>Dependência de Gratificação (DG) — tendência hereditária a responder de maneira intensa a sinais de recompensa, visando a obtenção de prêmio. Subfatores:</p> <p>DG1: Sentimentalismo vs. Insensibilidade. DG2: este subfator foi realocado como um fator independente (PE).</p> <p>DG3: Apego vs. Desapego. DG4: Dependência vs. Independência.</p>	
<p>Persistência (PE) — tendência hereditária a persistir em responder de determinada forma, a despeito de reforços intermitentes.</p> <p>Persistência vs. Falta de determinação.</p>	

FATORES DE CARÁTER	
Auto-Direcionamento (AD) — identificação de si como um indivíduo autônomo. Subfatores: AD1: Responsabilidade vs. Atribuição de culpa AD2: Determinação vs. Metas não objetivas. a outrém. AD4: Auto-aceitação vs. Auto-recusa. AD3: Desembaraço vs. Apatia. AD5: Segunda Natureza Congruente*.	
Cooperatividade (C) — identificação de si mesmo como uma parte integrante da sociedade e da humanidade. Subfatores: C1: Aceitação Social vs. Intolerância. C2: Empatia vs. Desinteresse social. C3: Utilidade vs. Inutilidade. C4: Compaixão vs. Vingança. C5: Generosidade vs. Egoísmo.	
Auto-transcendência (AT) — identificação de si mesmo como uma parte integrante da unidade de todas as coisas, de um todo interdependente. Subfatores: AT1: Altruísmo vs. Autoconsciência. AT2: Identificação transpessoal. AT3: Aceitação espiritual vs. Materialismo.	

*Cloninger et al. (1993) entendem segunda natureza (*second nature*) como sendo as características da forma de pensar ou agir que não correspondem à tendência natural do indivíduo, mas sim que são aprendidas e desenvolvidas no decorrer da vida e passam a fazer parte constituinte da personalidade.

Possíveis aplicações do Inventário de Temperamento e Caráter

Os fatores de caráter mostram-se promissores ao complementarem o modelo psicobiológico com aspectos que contemplam as experiências de aprendizagem na conformação final da personalidade. Svrakic et al. (1993) demonstraram a possível aplicação dos fatores de caráter na identificação e delineamento dos transtornos de personalidade, com potenciais implicações futuras para o tratamento farmacológico e psicoterápico.

Cloninger (1996) considera ainda que o modelo de sete fatores da personalidade pode ser usado na investigação da interface entre determinados transtornos psiquiátricos não psicóticos e componentes temperamentais da personalidade. Especificamente, ele sugere o uso do ITC na investigação e determinação das características de impulsividade e compulsividade como componentes da personalidade, constituintes psicopatológicos de muitas síndromes psiquiátricas (Skodol e Oldham, 1996). Para Cloninger, *impulsividade* corresponderia ao perfil temperamental composto por elevada busca de novidades, reduzida esquiva de dano e eventualmente reduzida dependência de gratificação;

compulsividade se relacionaria à reduzida busca de novidades, elevada esquivia de dano e eventualmente elevada dependência de gratificação. Estas hipóteses, contudo, ainda não foram empiricamente testadas.

Validação da versão em português do Inventário de Temperamento e Caráter

Devido a sua anterioridade, os fatores de temperamento foram mais estudados do que os de caráter. O primeiro inventário de Cloninger, o TPQ, já foi traduzido e validado em diferentes culturas (República Tcheca, Iugoslávia, Japão, Itália e Noruega; Cloninger, 1996). Dúvidas persistem apenas, com relação ao fator persistência. Stallings et al. (1996) encontraram discreta correlação positiva com dependência de gratificação e Brändström et al. (1998) apontaram a reduzida consistência interna do fator, justificando-a pelo pequeno número de itens que o compõem.

O ITC foi validado no estudo original (Cloninger et al. 1993; 1994) e transculturalmente investigado somente no trabalho de normatização para a população sueca (Brändström et al., 1998). Ainda são necessários estudos semelhantes aos realizados com o TPQ, visando a tradução e validação dos fatores de caráter em outras culturas. Particularmente no aspecto transcultural, os fatores de caráter podem exibir alguma fragilidade em sua validação, pois os traços de personalidade originados em ambientes culturais distintos podem variar em uma amplitude difícil de se prever e de forma a dificultar a adoção de conceitos universais para sua avaliação.

Traduzimos o Inventário de Temperamento e Caráter para o português e realizamos um estudo com o objetivo de avaliar a validade e confiabilidade dessa versão.

O ITC foi traduzido pelo primeiro autor deste capítulo, retro-traduzido para o inglês por um tradutor profissional e submetido a revisão técnica, realizada por outro tradutor profissional da área de psicologia. Acrescenta-se ainda que este processo de tradução e adaptação foi acompanhado de rigorosa atenção quanto a equivalência cultural (Flaherty, 1987; Flaherty; et al., 1988; Ellis; et al., 1989).

As duas versões (português e inglês) do ITC foram preenchidas por 25 indivíduos bilingües, professores de duas escolas de línguas estrangeiras da cidade de São Paulo. Todos os indivíduos selecionados tinham o português como língua nativa. A ordem de preenchimento foi balanceada e o intervalo entre a primeira (inglês para 12 sujeitos e português para os 13 demais) e a segunda aplicação foi de aproximadamente 30 dias.

Os índices de concordância entre as duas versões foram avaliados pelo coeficiente kappa (Bartko e Carpenter, 1976) para cada questão e pelo coeficiente de correlação intraclass (CCI) para os fatores e seus respectivos subfatores (Bartko, 1991).

A consistência interna da versão traduzida/adaptada foi avaliada através do coeficiente α de Cronbach (Cronbach, 1951), comparando-se o coeficiente de correlação de cada questão com seu subfator e de cada subfator com seu respectivo fator. Esses coeficientes também foram comparados com os índices encontrados na versão original.

Resultados do Estudo de validação

Os índices de concordância das respostas à versão em inglês e traduzida, aplicadas na amostra bilingüe foram elevados (tabela 1). Das 240 questões que compõem o ITC, 235 apresentaram coeficiente Kappa entre moderado e quase perfeito (de 0,4 a 1). As 5 questões com índices de concordância abaixo do aceitável foram:

Questão 5 [Caráter (C1)]: Versão original: “I can usually accept other people as they are, even when they are very different from me”; Versão traduzida: “Em geral consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando são muito diferentes de mim”.

Questão 9 [Caráter (AD-2)]: Versão original: “Often I feel that my life has little purpose or meaning”; Versão traduzida: “Muitas vezes sinto que minha vida tem pouco propósito ou sentido”.

Questão 24 [Caráter (AD1)]: Versão original: “I seldom feel free to choose what I want to do”; Versão traduzida: “Raramente me sinto livre para escolher o que quero fazer”.

Questão 98 [Caráter (C4)]: Versão original: “I usually enjoy being mean to anyone who has been mean to me”; Versão traduzida: “Em geral gosto de ser mau com quem foi mau comigo”.

Questão 156 [Temperamento (DG4)]: Versão original: “I don't go out of my way to please other people”; Versão traduzida: “Não saio do meu caminho para favorecer outra pessoa”.

As médias obtidas nos fatores e subfatores com as duas versões do ITC e o coeficiente de correlação intra-classe (CCI) estão descritos na tabela 2.

Os coeficientes alfa (consistência interna) das duas versões do ITC aplicadas na amostra de indivíduos bilingües e os obtidos no desenvolvimento do inventário original estão descritos na tabela 3.

Discussão do estudo de validação

Dentro do processo de adaptação, evidenciou-se que o nível cultural prévio constitui uma variável particular de nossa realidade que limita a aplicação deste instrumento na população geral. Em estudo clínico, Fuentes (1999), estimou como 5 anos de escolaridade formal o grau mínimo exigido para a obtenção de respostas confiáveis para o ITC. Entretanto, por se tratar de um inventário de auto-aplicação, é necessário um estudo específico para estabelecer a escolaridade mínima que garanta a compreensão adequada das questões, o que pode acarretar em sua inaplicabilidade em uma parcela expressiva da população brasileira. Trata-se de uma limitação que não é exclusiva do ITC mas inerente aos métodos de investigação por meio de questionários auto-aplicáveis.

Foi difícil preservar a qualidade da linguagem simples e direta da versão original durante o processo de tradução e adaptação do inventário. O vocabulário utilizado, bem como as construções semânticas não são exatamente do domínio de grande parte da nossa população. Particularmente as questões que avaliam traços de caráter, onde são usadas expressões como “good habits”, “my nature”, “second nature” (traduzidas por bons hábitos, minha natureza e segunda natureza, respectivamente), não parecem encontrar a mesma equivalência cultural.

A versão traduzida/adaptada obteve um índice geral de concordância elevado em comparação com a versão original. Os coeficientes de correlação intra-classe foram altamente significativos para as pontuações nas versões português e inglês em todos os fatores de temperamento e caráter, inclusive nos subfatores. A análise de concordância feita pelo coeficiente kappa é de pequeno valor estatístico, considerando que a amostra de 25 sujeitos é reduzida para um número tão grande de questões avaliadas. Entretanto, ela foi empregada para indicar as questões que demandavam uma revisão imediata da tradução. As cinco questões cujos coeficientes de concordância estiveram abaixo do aceitável foram revisadas e em estudos subsequentes deverão ter sua confiabilidade reavaliada.

Observa-se que, à exceção da questão 156, onde o provável problema ocorreu na tradução da expressão “go out of my way”, nas demais questões (todas de caráter) a revisão não implicou em mudança substancial do texto. Isto leva-nos a questionar a confiabilidade, não da tradução, mas das próprias questões e se elas, da forma como estão estruturadas, representam adequadamente os conceitos que visam avaliar. De fato, também na validação sueca (Brändström et al., 1998) os indicadores de consistência interna que se mostraram mais frágeis foram unicamente os de subfatores de caráter.

Com relação à estrutura do instrumento, observa-se que em geral o processo de tradução e adaptação preservou a consistência interna do inventário original, sendo os valores do coeficiente α da

versão traduzida bastante próximos dos valores de referência norte-americanos (tabela 3). A confiabilidade da versão em português foi diferente dos valores de referência em apenas quatro casos, três dos quais o α da versão em português foi maior que o originalmente obtido. Apenas no subfator C3 o coeficiente alfa obtido foi abaixo do aceitável, em ambas versões, inglês ou português, ou seja isto não pode ser atribuído a falhas no processo de tradução/adaptação, mas talvez a uma diferença cultural. Apenas em um fator (dependência de gratificação) encontrou-se diferença entre as consistências internas das duas versões aplicadas aos indivíduos bilingües, sendo maior a confiabilidade da versão em português, reaproximando os valores de alfa aos encontrados nos dados de referência.

Interessantemente, o fator auto-transcendência teve sua consistência interna melhorada pelo processo de tradução e adaptação quando comparamos os valores do coeficiente alfa da versão traduzida aos valores normativos.

Embora o valor de alfa do fator persistência encontrado na versão em português não difira estatisticamente do valor de referência, seu grau de consistência interna é muito inferior quando comparado aos demais fatores. Isto deve-se provavelmente, não a problemas na tradução, mas sim ao reduzido número de questões que o compõem, dificultando uma melhor caracterização desse conceito.

Os resultados obtidos em nosso estudo sugerem que em geral tanto a estrutura dos fatores de temperamento, quanto as de caráter se reproduzem quando o ITC é aplicado em amostras de culturas diversas, porém os subfatores de caráter talvez tenham uma consistência interna menor. É possível supor que o subfator C3 (utilidade vs inutilidade) não possua conceito equivalente na cultura brasileira. Igualmente, seria muito interessante investigar se diferenças culturais tornariam os brasileiros mais afeitos ao conceito de auto-transcendência, justificando a consistência mais robusta que encontramos nas duas versões aplicadas aos bilingües. Infelizmente, o tamanho reduzido da amostra, não nos permite avançar na avaliação destas hipóteses. Elas seriam melhor verificadas em um estudo de normatização do ITC em uma amostra representativa da população brasileira, que comparasse os valores brasileiros com os norte-americanos.

Conclusões

O estudo realizado visou a avaliação de um processo de tradução e adaptação do ITC, um questionário relevante para avaliação da personalidade, porém desenvolvido em cultura diversa da brasileira. Os dados apontam para uma boa qualidade e confiabilidade da versão em português. A consistência interna da versão traduzida é bastante semelhante aos dados de referência, porém sugerem alguma dúvida quanto à consistência de alguns dos subfatores de caráter. A validade estrutural dos fatores de temperamento já foi confirmada em estudos realizados em populações de diferentes países, porém há necessidade de estudos semelhantes para validação transcultural dos fatores de caráter. É possível que, em relação à personalidade, os determinantes biológicos tenham menor variabilidade que os culturais. Isso justificaria a semelhança dos fatores de temperamento, de determinação predominantemente hereditária, nos diferentes países. Por outro lado, nos fatores de caráter as diferenças culturais impõem dificuldades na adoção de conceitos universais pois são traços cuja determinação depende grandemente do ambiente.

Referências

- Afifi, A.A. & Clark, V. _ Computer-Aided Multivariate Analysis, Ed. Lifetime Learning Publications, Belmont, CA, 1984.
- ALLPORT, G.W._ Psicologia de la Personalidad, Buenos Aires, Ed. Paidos, 1961.
- American Psychiatric Association _ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edn, American Psychiatric Press, Washington, 1980.
- Bartko, J.J. & Carpenter, W.T.J.R. _ On methods and theory of reability _ *J Nerv Ment Dis* 163: 307-317, 1976.
- Bartko, J.J. _ Measurement and Reability: Statistical Thinking Considerations _ *Schizophr Bull*, 17: 483-489, 1991.
- Brändström, S.; Schllote, P.; Przybeck, T.R.; Lundberg, M.; Forsgren, T.; Sigvardsson, S.; Nylander, P.O.; Nilsson, L.G.; Cloninger, C.R.; Adolfsson, R. _ Swedish Normative Data on Personality Using the Temperament and Character Inventory _ *Compr Psychiatry* 39: 122-128, 1998.
- Cloninger, C.R. _ A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states _ *Psychiatr Dev* 3: 167-226, 1986.
- Cloninger, C.R. _ A Systematic Method for Clinical Description and Classifications of Personality Variants _ *Arch Gen Psychiatry* 44: 573-588, 1987.
- Cloninger, C.R.; Przybeck, T.R.; Svrakic, D.M. _ The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data _ *Psychol Rep* 69: 1047-1057, 1991.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M.; Przybeck, T.R. _ A Psychobiological Model of Temperament and Character _ *Arch Gen Psychiatry* 50: 975-990, 1993.
- Cloninger, C.R.; Przybeck, T.R.; Svrakic, D.M.; Wetzel, R.D. _ The Temperament and Character Inventory (TCI). A Guide to its Development and Use _ St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1994.

- Cloninger, C.R. _ Assessment of the Impulsive-Compulsive Spectrum of Behavior by the Seven-Factor Model of Temperament and Character, In: Oldhan, JM; Hollander, E; Skodol, AE (eds) *Impulsivity and Compulsivity*, American Psychiatric Press, Inc, Washington DC, pp 59-95, 1996.
- Cronbach, L.J. _ Coefficient alpha and the internal structure of tests _ *Psychometrika* 16: 297-235, 1951.
- Ellis, B.B.; Minsel, B.; Becker, P. _ Evaluation of Attitude Survey Translations: An Investigation Using Item Response Theory _ *Int J Psychol* 24: 665-684, 1989.
- Flaherty, J.A. _ Appropriate and Inappropriate Research Methodologies for Hispanic Mental Health, In: Gaviria, M. (ed) *Health and Behavior: Research Agenda for Hispanics*, Chicago, University of Illinois, 1987.
- Flaherty, J.A.; Gaviria, F.M.; Pathack, D.; Mithell, T.; Wintrob, R.; Richiman, J.A.; Birz, S. _ Development Instruments for Cross-Cultural Psychiatry Research _ *J Nerv Ment Dis* 176: 257-263, 1988.
- Fuentes, D. _ Alterações da Personalidade em Pacientes com Epilepsia de Lobo Temporal - Um estudo Psicobiológico _ *VIII Encontro de Iniciação Científica. Fundo de Apoio a Pesquisa - FAPESP/CEPE/CNPQ*, São Paulo, 1999.
- Goldman, R.G.; Skodol, A.E.; Mcgrath, P.J.; Oldham, J.M. _ Relationship Between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R Personality Traits _ *Am J Psychiatr* 151: 274-276, 1994.
- Heath, A.C.; Cloninger, C.R.; Martin, N.G. _ Testing a Model for the Genetic Structure of Personality: A Comparison of the Personality Systems of Cloninger and Eynsenck _ *J Pers Soc Psychol* 66: 762-775, 1994.
- Mulder, R.T.; Joyce, P.R.; Sellman, J.D.; Sullivan, P.F.; Cloninger, C.R. _ Towards an Understanding of Defense Style in Terms of Temperament and Character _ *Acta Psychiatr Scand* 93: 99-104, 1996.
- Nixon, S.J. & Parsons, A.O. _ Cloninger's Tridimensional Theory of Personality: Construct Validity in a Sample of College Students _ *Pers Indiv Differ* 10: 1261-1267, 1989.
- Rutter, M. _ Temperament, personality and personality disorder _ *Br J Psychiatry* 50: 443-458, 1987.
- Sjöbring, H. _ Personality strucyure and development; a model and its application _ *Acta Psychiatr Scand* (Suppl) 244: 1- 204, 1973.

Skodol, A.E. & Oldham, J.M. _ Phenomenology, Differential Diagnosis, and Comorbidity of the Impulsive-Compulsive Spectrum Disorders, In: Oldham, J.M.; Hollander, E.; Skodol, A.E. (eds) *Impulsivity and Compulsivity*, American Psychiatric Press, Inc, Washington DC, 1996.

Stallings, M.C.; Hewitt, F.K.; Cloninger, C.R.; Heath, A.C.; Eaves, L.J. _ Factor Structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: Three or Four Primary Personality Dimensions? _ *J Pers Soc Psychol* 70:127-140, 1996.

Svrakic, M.D.; Przybeck, T.R.; Cloninger, C.R. _ Further Contribution to the Conceptual Validity of the Unified Biosocial Model of Personality: US and Yugoslav Data _ *Compr Psychiatry* 32: 195-209, 1991.

Svrakic, D.M.; Whitehead, C.; Przybeck, T.R.; Cloninger, C.R. _ Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character _ *Arch Gen Psychiatry* 50: 991-999, 1993.

Tabela 1. Índices de concordância das respostas obtidas com as versões em inglês e português do ITC aplicadas na amostra de indivíduos bilíngües (n=25)

Concordância*	<i>Coeficiente Kappa</i>	Questões do ITC**
Fraca		
Superficial	$0 < k < 0,20$	
Considerável	$0,20 < k < 0,40$	5;9;24;98;156
Moderada	$0,40 < k < 0,60$	8;10;11;13;16;25-27; 29;36;46-48;56;58;60; 60;64;65;71;72;83;97;103;126;128;136;141; 165;166;172;196;202;203;224;228;231;234;
Substancial	$0,60 < k < 0,80$	02;12;14;15;17;19;37;40;43;45;49;59;66;69; 73;75;78;86;92-94;96;106;108;113;114;118; 119;122;124;129;130;131;134;135;139;140; 145;148;149;151;157;168;170;171;178;180; 183;184;186-188;191-193;197;198;204;207; 208;211;213;214;217;221
Quase perfeita	$0,80 < k < 1$	1;3;4;6;7;18;20;21;23;30-35;38;39;41;42; 44;51-55;57;61-63;70;74;76;77;79-82;84;87; 88;91;95;99;100-102;104;105;107;109-112; 116;117;120;121;123;125;127;132;133;137; 138;142-144;146;147;150;152-155;158-164; 167;169;173-177;182;185;189;190;194;195; 199-201;205;206;209;210;212;215;216;218- 220;223;225;226;229;232;233;235-238;240

* categorias de acordo com Bartko (1991); ** $p < 0,002$

Tabela 2. Médias e índice concordância dos fatores e subfatores do ITC obtidos com as versões em inglês e português aplicadas na amostra de indivíduos bilíngües (n=25)

	Versão Inglês média±dp	Versão Português média±dp	Coefficiente de correlação intraclasse*
BN	17,04±5,66	17,16±5,66	0,80
BN1	6,32±2,01	6,24±2,00	0,80
BN2	2,84 ±2,33	3,36±2,56	0,85
BN3	4,16±2,65	4,24±2,69	0,91
BN4	3,72±1,94	3,32±1,93	0,72
ED	15,04±5,18	14,96±5,66	0,76
ED1	3,96±1,94	3,84±2,19	0,76
ED2	4,40±1,60	4,68±1,79	0,80
ED3	3,68±2,24	3,64±2,19	0,90
ED4	3,00±2,61	2,80±2,69	0,91
DG	15,72±3,22	15,76±4,07	0,75
DG1	6,32±1,95	6,20±2,21	0,75
DG3	5,28±2,30	5,28±2,37	0,89
DG4	4,12±1,42	4,28±1,36	0,71
PE	5,88±1,73	5,96±1,51	0,72
AD	32,60±7,64	32,64±7,85	0,86
AD1	6,24±1,78	6,60±1,77	0,86
AD2	6,00±1,77	5,96±1,88	0,80
AD3	3,80±1,29	3,68±1,28	0,80
AD4	6,68±3,23	6,32±3,40	0,92
AD5	9,88±2,02	10,08±1,93	0,81
C	31,92±4,72	33,36±5,00	0,74
C1	6,72±1,27	6,88±1,36	0,74
C2	6,16±0,94	6,16±1,06	0,68
C3	5,96±1,20	6,28±1,13	0,55
C4	5,68±2,41	6,40±2,44	0,89
C5	7,40±1,29	7,64±1,38	0,71
AT	14,00±8,36	14,24±8,40	0,83
AT1	4,72±2,31	4,88±2,63	0,83
AT2	2,96±3,03	2,92±2,90	0,94
AT3	6,32±4,19	6,44±4,00	0,93

* índices de significância de $p < 0,0000$

Tabela 3. Consistência interna (coeficiente alfa) do ITC da versão original
(valores de referência; n= 300) e das versões em inglês e português aplicadas
na amostra de indivíduos bilíngües (n=25)

	Valores de referência*	Versão Inglês	Versão Português
BN	0,78	0,74	0,74
BN1	0,60	0,63	0,62
BN2	0,62	0,70	0,73
BN3	0,71	0,81	0,83
BN4	0,54	0,42	0,46
ED	0,87	0,76	0,81
ED1	0,71	0,50	0,59
ED2	0,69	0,55	0,66
ED3	0,76	0,79	0,81
ED4	0,72	0,79	0,83
DG	0,76	0,51^a	0,71^b
DG1	0,62	0,43	0,60
DG3	0,72	0,76	0,78
DG4	0,57	0,50	0,44
PE	0,65	0,58	0,43
	0,86	0,88	0,90
AD1	0,70	0,67	0,75
AD2	0,58	0,53	0,68
AD3	0,57	0,60	0,56
AD4	0,75	0,84	0,85
AD5	0,75	0,65	0,65
C	0,89	0,76^a	0,80
C1	0,64	0,43	0,61
C2	0,47	0,25 ^c	0,44
C3	0,63	0,12 ^c	0,21 ^c
C4	0,86	0,79	0,80
C5	0,65	0,33 ^c	0,48
AT	0,84	0,91^a	0,92^a
AT1	0,73	0,59	0,71
AT2	0,72	0,88 ^a	0,88 ^a
AT3	0,74	0,88 ^a	0,86 ^a

*Cloninger et al. (1993); ^asignificativamente diferente dos valores de referência $p < 0,005$; ^bsignificativamente diferente da versão inglês $p < 0,000$; ^cvalores de alfa sem relevância estatística

ANEXO B

“Foi correto excluir as variáveis de impulsividade que não diferenciaram Jogo Patológico e TOC ?”

Como mencionado no item 4.3.2, apesar de serem sub-fatores de escalas que se propõem a avaliar Impulsividade, as variáveis BIS-Desatenção, BIS-Impulsividade Motora e SSS-Suscetibilidade ao Tédio foram descartadas no processo de análise das relações entre Impulsividade e Compulsividade, porque se mostraram elevadas simultaneamente em jogadores e portadores de TOC quando comparadas a controles normais. A partir do exposto no item 1.7, consideramos TOC como paradigma de Compulsividade, uma vez que a ocorrência de Impulsividade no mesmo é infreqüente (HOEHN-SARIC R & BARKSDALE, 1983). Sendo assim, as variáveis mencionadas foram excluídas porque supusemos que elas estariam funcionando mais como indicadores inespecíficos de sofrimento psíquico, do que realmente como indicadoras de Impulsividade. Para investigar evidências que pudessem corroborar esta suposição, decidimos averiguar a correlação das variáveis excluídas com os índices compostos de Impulsividade e Compulsividade (respectivamente ICI e ICC), construídos a partir de uma soma ponderada das variáveis que permaneceram no modelo estatístico. Os dois sub-fatores excluídos da escala BIS foram comparados ao sub-fator BIS-Falta de Planejamento que permaneceu no modelo. Como este último é um fator integrante do ICI, para fazer a análise de correlação, adotamos um ICI modificado, subtraindo a parcela relacionada à variável BIS-Falta de Planejamento do ICI total.

Tabela B: Índices de Correlação Parcial entre Sub-fatores de Escalas de Impulsividade e Índices Compostos de Impulsividade e Compulsividade, para Jogadores, TOC, Controles Normais e Amostra Total.

Características	Jogadores n = 40 Coef. Correl. (p)	TOC n = 40 Coef. Correl. (p)	Controles n = 40 Coef. Correl. (p)	Amostra Total n=120 Coef. Correl. (p)
<i>BIS-Falta de Planejamento vs</i>				
ICI_M^a	0,59 (<0,001)	0,33 (0,04)	0,48 (0,002)	0,70 (<0,001)
ICC^b	-0,12 (0,48)	-0,02(0,91)	-0,17 (0,31)	-0,08 (0,41)
<i>BIS-Desatenção vs</i>				
ICI_M	0,59 (<0,001)	0,49 (0,001)	0,36 (0,03)	0,57 (<0,001)
ICC	0,19 (0,26)	0,33 (0,04)	0,41 (0,01)	0,43 (<0,001)
<i>BIS-Impulsividade Motora vs</i>				
ICI_M	0,43 (0,006)	0,63 (0,001)	0,05 (0,75)	0,56 (0,001)
ICC	0,09 (0,61)	-0,08 (0,62)	-0,05 (0,75)	0,17 (0,07)
<i>SSS-Suscetibilidade ao Tédio vs</i>				
ICI^c	0,21 (0,20)	0,02 (0,92)	-0,18 (0,26)	0,15 (0,10)
ICC	0,008 (0,96)	-0,24 (0,14)	-0,11 (0,50)	0,03 (0,75)

^a Índice Composto de Impulsividade Modificado = $(R_{BN2\text{-Impulsividade vs Reflexão}} \times I_{BN2\text{- Impulsividade vs Reflexão}}) + (R_{BN3\text{-Extravagância}} \times I_{BN3\text{- Extravagância}}) + (R_{BN4\text{-Desorganização}} \times I_{BN4\text{-Desorganização}})$

^b Índice Composto de Compulsividade = $(R_{Y\text{-BOCS: Indecisão}} \times I_{Y\text{-BOCS: Indecisão}}) + (R_{Y\text{-BOCS: Responsabilidade}} \times I_{Y\text{-BOCS: Responsabilidade}}) + (R_{ED1\text{-Pessimismo}} \times I_{ED1\text{-Pessimismo}}) + (R_{ED2\text{-Medo da Incerteza}} \times I_{ED2\text{-Medo da Incerteza}}) + (R_{ED4\text{-Fatigabilidade}} \times I_{ED4\text{-Fatigabilidade}})$

^c Índice Composto de Impulsividade = $(R_{BIS\text{-Falta de Planejamento}} \times I_{BIS\text{-Falta de Planejamento}}) + (R_{BN2\text{-Impulsividade vs Reflexão}} \times I_{BN2\text{- Impulsividade vs Reflexão}}) + (R_{BN3\text{-Extravagância}} \times I_{BN3\text{- Extravagância}}) + (R_{BN4\text{-Desorganização}} \times I_{BN4\text{-Desorganização}})$

O exame da Tabela B mostra que dos três sub-fatores da BIS, o sub-fator Falta de Planejamento é o que mostra correlações mais consistentes com Impulsividade, nenhuma correlação com compulsividade e menor influência do diagnóstico psiquiátrico, uma vez que os coeficientes isolados para cada categoria se assemelham. O sub-fator BIS-Desatenção correlacionou-se positivamente com ambos, Impulsividade e Compulsividade, corroborando a impressão de que trata-se de indicador pouco específico. O indicador BIS-Impulsividade Motora apresentou índices de correlação expressivos com Impulsividade para jogadores e portadores de TOC, porém no caso dos controles normais não apresentou correlação com nenhum dos índices de Impulsividade e Compulsividade, sugerindo uma influência indevida do diagnóstico psiquiátrico. Por último, o indicador SSS-Suscetibilidade ao Tédio não apresentou correlação significativa nem com Impulsividade, nem com Compulsividade, seja para amostra total, ou para qualquer um dos subgrupos, deixando dúvidas quanto à sua validade enquanto indicador de Impulsividade.

Em suma, a análise de correlação realizada justifica a exclusão das variáveis BIS-Desatenção, BIS-Impulsividade Motora e SSS-Suscetibilidade ao Tédio, ao evidenciar que elas apresentam relação dúbia com Impulsividade e no caso das duas primeiras, passível de ser influenciada por fatores alheios à personalidade, especificamente pela presença de diagnóstico psiquiátrico.

ANEXO C

“As variáveis Indecisão e Excesso de Responsabilidade, adaptadas da Y-BOCS, são importantes para o modelo global de Impulsividade e Compulsividade ?”

Neste estudo as variáveis que compuseram o construto da dimensão da Compulsividade foram duas variáveis subtraídas e adaptadas da Y-BOCS e três variáveis que são sub-fatores do fator maior Esquiva ao Dano da TPQ, um questionário de auto-preenchimento. Na TPQ cada sub-fator conta com 7 ou mais questões do tipo verdadeiro/falso para estabelecer-se uma graduação da magnitude de sua expressão.

As referidas variáveis da Y-BOCS são investigadas na escala através de uma única pergunta para cada variável, no formato de um questionário semi-estruturado, onde as opções de respostas variam de 0 a 4, sendo 0 atribuído para a apresentação mais branda e 4 para a mais grave. Os escores 0 e 1 podem ser atribuídos a indivíduos normais; foi o que observamos quando entrevistamos os controles normais com a Y-BOCS. O escore 2 só foi observado em portadores de TOC e alguns jogadores e os escores 3 e 4 somente nos portadores de TOC, sugerindo que a atribuição de escores acima do valor 1 poderia estar sendo influenciada por sintoma psiquiátrico específico, alheio à personalidade. Sendo assim, além de modificarmos levemente o fraseamento das questões para privilegiar a investigação de estilos duradouros e difusos de comportamento e relacionamento, tivemos que restringir as opções de resposta para apenas duas: presente ou ausente. Então, cada uma das variáveis adaptadas da Y-BOCS passou a ser representada por uma questão formulada oralmente onde a possibilidade de variação da resposta se resumia a duas opções.

Evidentemente, esta limitação produzida pelo processo de adaptação torna questionável o método utilizado para investigação dessas variáveis, bem como a validade da sua adoção como hipotéticos traços

de personalidade. Ainda assim, optamos por manter as variáveis no modelo para investigar seu comportamento em relação às outras variáveis mais bem estabelecidas como traços efetivos de personalidade e o que observamos foi: as variáveis Indecisão e Excesso de Responsabilidade mostraram-se significativas na discriminação entre portadores de TOC, Jogadores e controles normais. Uma análise de correlação simples para a amostra total (vide Tabela 18) mostrou uma relação significativa com os outros indicadores de Compulsividade.

Conforme descrevemos no item 4.3.3, índices compostos foram construídos realizando-se uma soma ponderada das variáveis associadas à Impulsividade e à Compulsividade. Afim de verificarmos a magnitude da influência do acréscimo das variáveis adaptadas da Y-BOCS no Índice Composto de Compulsividade (ICI), calculamos a média e o desvio padrão do ICI e do ICI menos as parcelas correspondentes às variáveis da Y-BOCS (ICI modificado, ou simplesmente ICI_M). O ICI médio para amostra total foi de $5,8 \pm 2,0$ e o ICI_M médio foi de $5,0 \pm 1,9$, isto é, o acréscimo das variáveis adaptadas da Y-BOCS (Indecisão e Responsabilidade) responde por 16,0% da variação do Índice de Compulsividade.

Com a finalidade de verificarmos se estes 16,0% de variação afetam significativamente os resultados, ou se poderiam mudar o rumo das conclusões que podem ser subtraídas dos mesmos, realizamos uma outra análise estatística paralela, desde a análise discriminante, até a construção e comparação dos índices compostos de Impulsividade e Compulsividade, onde as variáveis adaptadas da Y-BOCS não foram incluídas. Os resultados podem ser examinados nas Tabelas de D1 a D6.

As Tabelas C1, C2 e C3 mostram os resultados da análise discriminante realizada apenas com as variáveis: BIS-Falta de Planejamento, BN2-Impulsividade vs Reflexão, BN3-Extravagância, BN4-Desorganização, ED1-Pessimismo, ED2-Medo da Incerteza e ED4-Fatigabilidade.

Tabela C1: Coeficientes de Correlação das Variáveis que Compõem as Funções Discriminantes.

Função 1	Variável (Coef. de Correlação)	Função 2	Variável (Coef. de Correl.)
<i>1º BN4 – Desorganização (0,617)^a</i>		<i>1º ED1 – Pessimismo (0,742)^a</i>	
<i>2º BIS - Falta de Planejamento (0,590)^a</i>		<i>2º ED4 - Fatigabilidade (0,588)^a</i>	
<i>3º BN3 - Extravagância (0,572)^a</i>		<i>3º ED2 – Medo da Incerteza (0,455)^a</i>	
<i>4º BN2 – Impulsividade vs Reflexão (0,513)^a</i>		<i>4º BN2 – Impulsividade vs Reflexão (-0,315)</i>	
<i>5º ED4 - Fatigabilidade (0,278)</i>		<i>5º BN3 - Extravagância (-0,306)</i>	
<i>6º ED2 – Medo da Incerteza (0,219)</i>		<i>6º BIS - Falta de Planejamento (-0,294)</i>	
<i>7º ED1 – Pessimismo (0,184)</i>		<i>7º BN4 – Desorganização (-0,073)</i>	

^a Maior valor absoluto dos coeficientes atribuídos à variável entre as funções 1 e 2.

Tabela C2: Coeficientes Canônicos das Funções Discriminantes em Relação às Categorias Diagnósticas

Diagnóstico	Função 1	Função 2
<i>Jogo Patológico</i>	1,689	-0,362
<i>Transtorno Obsessivo Compulsivo</i>	-0,321	1,057
<i>Controles Normais</i>	-1,368	-0,695

Tabela C3 : Comparação entre Classificação Diagnóstica Original e a Reclassificação por Análise Discriminante.^a

	Reclassificação 1	Reclassificação 2	Reclassificação 3
<i>Classificação Original 1</i>			
<i>Jogo Patológico</i>	34 (85%)	5 (8%)	1 (8%)
<i>Classificação Original 2</i>			
<i>Transtorno Obsessivo Compulsivo</i>	1 (8%)	35 (87%)	4 (5%)
<i>Classificação Original 3</i>			
<i>Controles Normais</i>	0	4 (5%)	36 (95%)

^a 87,5% de concordância entre as classificações; $p < 0,001$

A Tabela C4 mostra os resultados da regressão logística realizada para produção dos coeficientes a serem utilizados na construção dos índices compostos de Impulsividade Compulsividade.

Tabela C4: Coeficientes de Regressão Logística das Categorias JP, TOC e Controles Normais para os Indicadores Confirmados de Impulsividade e Compulsividade.

Características	R ²	p
<i>ED1</i>		
<i>Pessimismo</i>	0,116	<0,001
<i>ED2</i>		
<i>Medo da Incerteza</i>	0,088	0,001
<i>ED4</i>		
<i>Fatigabilidade</i>	0,135	<0,001
<i>BIS</i>		
<i>Falta de Planejamento</i>	0,276	<0,001
<i>BN2</i>		
<i>Impulsividade vs Reflexão</i>	0,203	<0,001
<i>BN3</i>		
<i>Extravagância</i>	0,222	<0,001
<i>BN4</i>		
<i>Desorganização</i>	0,304	<0,001

Os coeficientes de regressão de cada variável foram usados na formulação de índices compostos de compulsividade (ICC) e de impulsividade (ICI). Para cada indivíduo da amostra foram calculados os índices compostos conforme as equações expostas abaixo:

- $ICC = (R_{ED1-Pessimismo} \times I_{ED1-Pessimismo}) + (R_{ED2-Medo\ da\ Incerteza} \times I_{ED2-Medo\ da\ Incerteza}) + (R_{ED4-Fatigabilidade} \times I_{ED4-Fatigabilidade})$
- $ICI = (R_{BIS-Falta\ de\ Planejamento} \times I_{BIS-Falta\ de\ Planejamento}) + (R_{BN2-Impulsividade\ vs\ Reflexão} \times I_{BN2-Impulsividade\ vs\ Reflexão}) + (R_{BN3-Extravagância} \times I_{BN3-Extravagância}) + (R_{BN4-Desorganização} \times I_{BN4-Desorganização})$

R_y corresponde ao coeficiente de regressão da variável Y e I_y o valor absoluto da variável para o indivíduo I.

A Tabela C5 mostra as médias e desvios padrões dos índices compostos de Compulsividade e Impulsividade (ICC e ICI, respectivamente) para as três amostras; os valores foram comparados entre si por meio de análise de co-variância.

Tabela C5 : Análise de Covariância para os Índices Compostos de Impulsividade e Compulsividade para JP, TOC e Controles Normais.

Características	Jogadores n = 20	TOC n = 20	Controles n = 20	p
<i>Índice Composto de Impulsividade</i>	27,2 ± 3,7	19,8 ± 3,4	19,0 ± 3,3	<0,001 ^a
<i>Índice Composto de Compulsividade</i>	5,4 ± 1,6	6,3 ± 1,7	3,5 ± 1,1	<0,001 ^b
^a Jogadores > TOC e Controles		^b TOC > Jogadores > Controles		

Análises de correlação para os ICI e ICC de cada amostra foram realizadas e também para a amostra total (Tabela C6).

Tabela C6: Coeficientes de Correlação entre Índice Composto de Impulsividade e Índice Composto de Compulsividade para JP, TOC, Controles Normais e Amostra Total

	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles Normais n = 40	Amostra Total n=120
<i>ICI x ICC</i>	-0,09	-0,05	0,07	0,11
<i>p</i>	0,59	0,78	0,69	0,25

Como pode se observar, a exclusão das variáveis adaptadas não produziu resultados significativamente diferentes. Isto não quer dizer que se deve ousar afirmar que as variáveis Indecisão e Excesso de Responsabilidade são traços constitutivos da personalidade, particularmente da dimensão da Compulsividade, mas que como candidatas são variáveis que merecem um estudo mais aprofundado como prováveis elementos de um componente obsessivo de personalidade. Indecisão se assemelha semanticamente a hesitação, uma característica freqüentemente associada a características anancásticas (DOOB, 1990) e excesso de responsabilidade, lembra a escrupulosidade, uma das características reiteradas por JANET (1904) como marcante na natureza dos psicastênicos.

ANEXO D

“Por que *Sensation Seeking* não se mostrou um fator relacionado à Impulsividade ?”

ZUCKERMAN (1994) conceitua *Sensation Seeking* como um traço de personalidade que determina maior ou menor necessidade de estimulação e tolerância à monotonia. Na escala desenvolvida para avaliar esta característica, ele opta por abordá-la através de pares de frases que propõem uma escolha entre atividades que envolvam ou não risco, experimentação, escolhas avessas ao tradicional e interação social. Por isso mesmo, ele próprio acresce ao nome *Sensation Seeking Scale* o subtítulo *Teste de Interesses e Preferências*. Na seção de cartas da revista *Archives of General Psychiatry*, ZUCKERMAN (1988) critica o modelo de personalidade de Cloninger dizendo que o fator Esquiva ao Dano era semelhante à *Sensation Seeking*, apenas que ambos se relacionariam de maneira inversa ao avaliar de perspectivas opostas a relação do indivíduo com o risco. Na mesma seção, CLONINGER (1988) responde que em sua opinião *Sensation Seeking* é um conceito válido, porém fatorialmente complexo e portanto sua correlação com os fatores de temperamento propostos por ele em seu modelo não seria tão óbvia como afirmava Zuckerman.

No presente estudo, os fatores Busca de novidades e Esquiva ao Dano do modelo de Cloninger relacionaram-se de maneira inequívoca com as dimensões da Impulsividade e Compulsividade respectivamente. Estas dimensões, por sua vez, se assemelham a duas de três dimensões temperamentais estabelecidas em estudo realizado por ZELENSKI e LARSEN (1999). Nesse estudo os autores realizaram uma análise fatorial em escalas de personalidade estruturadas de acordo com três modelos: o de EYSENCK e EYSENCK (1978), o de GRAY (1994) e o de CLONINGER (1993). Da fatoraçoão emergiram três fatores de temperamento: **Impulsividade e Busca de Emoções** (relacionado ao fator Busca de Novidades de Cloninger e Psicoticismo de Eysenck), **Sensibilidade à Punição** (relacionado ao

fator esquivia ao Dano de Cloninger) e **Sensibilidade à Recompensa** (relacionado ao fator Dependência de Recompensa de Cloninger e ao Sistema de Ativação Comportamental do modelo de Gray). Os fatores Sensibilidade à Punição e Sensibilidade à Recompensa mostraram-se bons preditores de resposta emocional negativa (medo, angústia e tristeza) e resposta emocional positiva (felicidade, satisfação e bem estar) respectivamente. Por outro lado Impulsividade e Busca de Emoções mostrou-se claramente independente (preditor não efetivo) das emoções.

Para esclarecer a polêmica acerca da relação entre *Sensation Seeking*, Impulsividade e Compulsividade (ou sensibilidade ao risco e à punição), realizamos as seguintes operações:

- a) normatizamos as medidas dos índices compostos de Impulsividade e Compulsividade (ICI e ICC). O valor mínimo do ICI na amostra total era de 6,2 e o máximo de 18,0, para o ICC o mínimo era de 0,6 e o máximo de 3,5, indicando que ICI e ICC estavam estabelecidos em escalas diferentes. Com a finalidade de ajustá-los à mesma escala usamos a seguinte fórmula de normatização nos valores do ICI: $ICI_N = \alpha ICI + \beta$, onde ICI_N é o valor normatizado do ICI, α a razão entre os intervalos valor mínimo-valor máximo para ICI e ICC e β o valor de $(\alpha \times ICI_{\text{mínimo}}) - ICC_{\text{mínimo}}$. Os valores de α e β foram 0,37 e -2,43, respectivamente. Os valores finais do ICI_N e do ICC foram multiplicados por 10 para facilitar a operação com números inteiros. A Tabela D₁ mostra os resultados dessa operação:

Tabela D₁ : Análise de Covariância para os Índices Normalizados de Impulsividade e Compulsividade para JP, TOC e Controles Normais.

Características	Jogadores n = 40	TOC n = 40	Controles n = 40	p
<i>Índice Normalizado</i>				
<i>de Impulsividade</i>	75 ± 14	48 ± 12	45 ± 12	<0,001 ^a
<i>Índice Normalizado</i>				
<i>de Compulsividade</i>	62 ± 17	73 ± 18	41 ± 11	<0,001 ^b
<i>Razão</i>				
<i>Imp. , Comp.</i>	1,3 ± 0,5	0,7 ± 0,3	1,2 ± 0,5	<0,001 ^c
^a Jogadores > TOC e Controles ^b TOC > Jogadores > Controles ^c Jogadores e Controles > TOC				

b) Para reproduzir a estrutura tri-fatorial que parece se repetir nos principais modelos de temperamento, assumimos que Impulsividade neste estudo corresponde ao fator Impulsividade e Busca de Sensações do estudo de ZELENSKI e LARSEN (1999) e Compulsividade ao fator Sensibilidade à Punição. Decidimos, então, adotar um índice semelhante ao fator Sensibilidade à Recompensa – dos quatro sub-fatores de Dependência de Recompensa do modelo de Cloninger, excluimos o sub-fator RD2-Persistência e operamos com a somatória dos três fatores restantes. Isto foi realizado dessa forma, de acordo com proposta do próprio CLONINGER (1996), que em trabalhos mais recentes de

aprimoramento do seu modelo identificou Persistência como um fator à parte do fator Dependência de Recompensa. Em seguida verificamos se as três dimensões estabelecidas (Impulsividade, Compulsividade e Sensibilidade à Recompensa) se estabeleciam como dimensões independentes; os resultados podem ser verificados na Tabela D₂.

Tabela D₂: Índices de Correlação Parcial entre as Dimensões de Temperamento, para Jogadores, TOC, Controles Normais e Amostra Total.

Características	Jogadores n = 40 Coef. Correl. (p)	TOC n = 40 Coef. Correl. (p)	Controles n = 40 Coef. Correl. (p)	Amostra Total n=120 Coef. Correl. (p)
Impulsividade				
vs Compulsividade	-0,05 (0,76)	-0,07 (0,68)	0,08 (0,62)	0,11 (0,22)
vs Sensibilidade à Recompensa	-0,04 (0,80)	0,18 (0,28)	-0,22 (0,19)	-0,04 (0,69)
Compulsividade				
vs Sensibilidade à Recompensa	0,12 (0,49)	0,23 (0,16)	0,01 (0,94)	0,02 (0,82)

c) Confirmada a independência das dimensões de personalidade adotadas, realizamos uma análise de regressão linear para os sub-fatores da *Sensation Seeking Scale* e os fatores de temperamento estabelecidos. Os resultados encontram-se na Tabela C₃.

Tabela D₃ : Análise de Regressão Linear entre os Sub-fatores da “Sensation Seeking Scale” e os Fatores de Temperamento para JP, TOC, Controles Normais e Amostra Total.

Características	Jogadores n = 40 Coef. Correl. (p)	TOC n = 40 Coef. Correl. (p)	Controles n = 40 Coef. Correl. (p)	Amostra Total n = 120 Coef. Correl. (p)
<i>SSS – Em busca de Emoções e Aventura</i>				
<i>vs Impulsividade</i>	0,16 (0,33)	0,12 (0,46)	0,23 (0,16)	0,09 (0,30)
<i>vs Compulsividade</i>	-0,10 (0,54)	-0,41 (0,01)	0,09 (0,57)	-0,26 (0,004)
<i>vs Sensibilidade à Recompensa</i>	-0,15 (0,36)	0,09 (0,59)	-0,24 (0,14)	-0,08 (0,36)
<i>SSS – Em busca de Experiência</i>				
<i>vs Impulsividade</i>	0,52 (0,001)	0,25 (0,13)	0,36 (0,03)	0,35 (<0,001)
<i>vs Compulsividade</i>	0,04 (0,77)	-0,05 (0,74)	-0,15 (0,35)	-0,17 (0,06)
<i>vs Sensibilidade à Recompensa</i>	-0,16 (0,25)	-0,26 (0,13)	0,08 (0,62)	-0,12 (0,18)
<i>SSS – Em busca de Desinibição</i>				
<i>vs Impulsividade</i>	0,15 (0,34)	0,40 (0,01)	0,05 (0,78)	0,28 (0,002)
<i>vs Compulsividade</i>	0,19 (0,25)	-0,08 (0,61)	-0,07 (0,69)	0,03 (0,78)
<i>vs Sensibilidade à Recompensa</i>	0,17 (0,30)	-0,18 (0,26)	0,05 (0,78)	0,01 (0,94)
<i>SSS – Suscetibilidade ao Tédio</i>				
<i>vs Impulsividade</i>	0,23 (0,15)	0,08 (0,61)	-0,28 (0,07)	0,15 (0,11)
<i>vs Compulsividade</i>	-0,05 (0,75)	-0,16 (0,32)	-0,11 (0,48)	0,03 (0,73)
<i>vs Sensibilidade à Recompensa</i>	0,36 (0,03)	-0,36 (0,03)	-0,44 (0,006)	-0,14 (0,14)

d) Para averiguar como Impulsividade e Compulsividade, ou a interação entre ambas influencia globalmente os interesses e as preferências expressos na *Sensation Seeking Scale* (SSS) realizamos uma análise de correlação do escore total da SSS com os valores normalizados de Impulsividade e Compulsividade, e a razão de um pelo outro (I/C). Os resultados encontram-se na Tabela D₄.

Tabela D₄ : Análise de Correlação entre o Escore Total da “Sensation Seeking Scale” (SSS-Total) e as Dimensões da Impulsividade e Compulsividade para JP, TOC, Controles Normais e Amostra Total.

Características	Jogadores n = 40 Coef. Correl. (p)	TOC n = 40 Coef. Correl. (p)	Controles n = 40 Coef. Correl. (p)	Amostra Total n = 120 Coef. Correl. (p)
<i>SSS-Total</i>				
vs				
<i>Impulsividade</i>	0,44 (0,007)	0,32 (0,03)	0,21 (0,20)	0,33 (<0,001)
<i>SSS-Total</i>				
vs				
<i>Compulsividade</i>	0,03 (0,85)	-0,31 (0,04)	-0,05 (0,74)	-0,18 (0,04)
<i>SSS-Total</i>				
vs				
<i>Sensibilidade à Recompensa</i>	0,05 (0,76)	-0,21 (0,18)	-0,19 (0,26)	-0,12 (0,15)
<i>SSS-Total</i>				
vs				
<i>Imp. , Comp.</i>	0,21 (0,21)	0,46 (0,002)	0,14 (0,39)	0,29 (0,001)

Os resultados da Tabela D₁ mostram que, enquanto os valores absolutos de Impulsividade e Compulsividade dos jogadores excedem os valores dos controles normais, a razão entre as duas dimensões é a mesma para os dois grupos. Quanto aos portadores de TOC, a razão entre as duas dimensões mostra que o balanço entre Impulsividade e Compulsividade inverte-se exibindo uma preponderância da última sobre a primeira.

A Tabela D₂ mostra que Impulsividade, Compulsividade e Sensibilidade à Recompensa são dimensões independentes de personalidade, cuja correlação entre si não sofre influência significativa dos diagnósticos psiquiátricos em questão (Jogo Patológico e TOC).

A Tabela D₃ apresenta resultados de difícil interpretação, porém pode-se afirmar com certeza que os sub-fatores da *Sensation Seeking Scale* (SSS) sofrem influência do diagnóstico psiquiátrico pois a qualidade de suas correlações muda mediante a sub-amostra estudada. Isto pode ser um fator de viés importante quando se trata de comparar resultados da SSS entre populações psiquiátricas e sujeitos normais. Verifica-se também que a relação com Impulsividade e Compulsividade muda de acordo com o tipo de escolha envolvida em cada sub-fator. Por exemplo, entre os portadores de TOC a opção por aventuras e atividades que envolvam risco relaciona-se negativamente com a Compulsividade, ou seja, com a sensibilidade ao risco, ao passo que a busca por atividades que propiciem desinibição está relacionada positivamente à Impulsividade. Isto confirma a crítica de CLONINGER (1987) de que *Sensation Seeking* é um conceito fatorialmente complexo.

Por fim a Tabela D₄ mostra que interesses e preferências são influenciados de maneira distinta de acordo com o perfil temperamental. Assim, indivíduos impulsivos (Jogadores Patológicos) têm suas escolhas ditadas principalmente pela Impulsividade, indivíduos obsessivos por ambas Impulsividade e Compulsividade, mas principalmente pela razão entre ambas, ou diretamente pelo quanto a Compulsividade é capaz de inibir e modular a Impulsividade. Finalmente, parece que indivíduos não

portadores de transtorno psiquiátrico pautam seus interesses e preferências em outros fatores volitivos, além de Impulsividade e Compulsividade; fatores estes que ainda restam descobrir.

Pelo exposto, conclui-se que a *Sensation Seeking Scale* ao estruturar-se como um Teste de Interesses e Preferências, apoia-se em uma função psíquica complexa, a da escolha, onde múltiplos fatores podem estar implicados. Em especial, no caso de controles normais, fatores como experiência prévia, aprendizagem e contexto cultural, que independem de hereditariedade, podem ser determinantes das escolhas do sujeito. Estes fatores, grandemente idiossincráticos para cada indivíduo, na medida em que dependem do histórico de desenvolvimento de cada um, podem ser sobrepujados com rigoroso controle de origem social e variáveis demográficas em grandes amostras, pois nelas se consegue um efeito de homogeneização das variáveis confundidoras. Portanto, é possível que em amostras maiores a *Sensation Seeking Scale* mostre-se um instrumento efetivo de avaliação de Impulsividade (como já se verificou anteriormente – vide item 3.3.3). Contudo, para um estudo como o presente, com amostra limitada e de composição mista (pacientes psiquiátricos e controles normais), os fatores de viés podem preponderar e impedir a avaliação adequada da relação entre *Sensation Seeking* e Impulsividade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

AKISKAL, H.S.; HIRSCHFELD, R.M.A.; YEREVANIAN, B.I. The relationship of personality to affective disorders. **Archives of General Psychiatry**, v.40, p.801-810, 1983.

ALLCOCK, C.C.; GRACE, D.M. Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v.22, p.307-311, 1988.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A.) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)**, 3 ed., Washington, D.C., 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A.) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)**, 4 ed., Washington, D.C., 1994.

ANDERSON, G.; BROWN, R.I.F. Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal. **British Journal of Psychology**, v.75, p.401-410, 1984.

ASBAHR, F.R.; LOTUFO NETO, F.; TURECKI, G.X.; DEL PORTO, J.A.; et al. **Escala de sintomas obsessivo-compulsivos de Yale-Brown**. Programa de Distúrbio Obsessivo-Compulsivo do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina e Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Ed. Biogalênica produtos Ciba-Geigy, 1992.

¹ A apresentação das referências bibliográficas segue as orientações estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT – membro da INTERNATIONAL STANDARDIZATION (ISO), segundo a norma NB – 66 – Referências Bibliográficas. Trata-se do sistema adotado pela Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- BABOR, T.F. Philosophical and scientific issues. Comments on Griffith Edwards' "The Dependence Syndrome: concept as a stimulus to enquiry". **British Journal of Addiction**, v.81, p.185-196, 1986.
- BAER, L.; JENIKE, M.A. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v.15, n.4, p.803-812, 1992.
- BARKLEY, R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. **Psychological Bulletin**, v.121, p.65-94, 1997.
- BARRAT, E.S. Impulsiveness and anxiety: information processing and electro-encephalograph topography. **Journal of Research in Personality**, v.21, p.453-463, 1987.
- BARRAT, E.S. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data. *In*: McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The Impulsive Client: theory, research and treatment**. American Psychological Association, Washington, D.C., 1993. p.39-56.
- BARRAT, E.S. Impulsiveness and aggression. *In*: MONAHAN, J.; STEADMAN, H.J. eds. **Violence and Mental Disorder: developments in risk assessment**. University of Chicago Press, Chicago, 1994. p. 61-79.
- BARRAT, E.S.; PATTON, J.H. Impulsivity: cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. *In*: ZUCKERMAN, M. ed. **Biological Bases of Sensation Seeking, Impulsivity, and Anxiety**. Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1983. p.77-116.

- BARRAT, E.S.; STANFORD, M.S. Impulsiveness. *In*: COSTELLO, C.G. ed. **Personality Characteristics of the Personality Disordered**. John Wiley & Sons Inc., Chichester, 1995. p. 91-119.
- BARRAT, E.S.; STANFORD, M.S.; KENT, T.A.; FELTHOUS, A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. **Biological Psychiatry**, v.41, p.1045-1061, 1997.
- BARSKY, A.J.; WYSHAK, G.; KLERNAN, G.L. Psychiatric co-morbidity in DSM III-R hypochondriasis. **Archives of General Psychiatry**, v. 49, p.101-108, 1992.
- BARSKY, A.J.; FAMA, J.M.; BAILEY, E.D.; AHERN, D.K. A prospective 4 to 5 year study of DSM-III-R hypochondriasis. **Archives of General Psychiatry**, v.44, p.737-744, 1998.
- BECH, P.; MAK, M. Measurement of impulsivity and aggression. *In*: HOLLANDER, E.; STEIN, D. eds. **Impulsivity and Aggression**, John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 1995. p.25-41.
- BICKEL, W.K.; ODUM, A.L.; MADDEN, G.J. Impulsivity and cigarette smoking: delay discounting in current, never, and ex-smokers. **Psychopharmacology**, v.146, n.4, p.447-454, 1999.
- BLACK, D.W.; MOYER, T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. **Psychiatric Services**, v.49, n.11, p.1434-1439, 1998.

- BLACK, D.W.; YATES, W.R.; NOEYS, R.; et al. DSM-III personality disorders in obsessive-compulsive study volunteers: a controlled study. **Journal of Personality Disorders**, v.3, p.58-62, 1989.
- BLASZCZYNSKI, A.P.; McCONAGHY, N. SCL-90 assessed psychopathology in pathological gamblers. **Psychological Reports**, v.62, p.547-552, 1988.
- BLASZCZYNSKI, A.; McCONAGHY, N. Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling". **The International Journal of the Addictions**, v.24, p.337-350, 1989.
- BLASZCZYNSKI, A.; STEEL, Z.; McCONAGHY, N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. **Addiction**, v.92, n.1, p.75-87, 1997.
- BLASZCZYNSKI, A.; WILSON, A.C.; McCONAGHY, N. Sensation seeking and pathological gambling. **British Journal of Addiction**, v.81, p.113-117, 1986.
- BLUME, S.B.; LESIEUR, H.R. Identifying pathological gamblers in your practice: the South Oaks Gambling Screen (SOGS). **Clinical Update: The South Oaks Hospital Journal**, v.1, n.3, p.1-6, 1988.
- BROWN, C.S.; KENT, T.A.; BRYANT, S.G.; et al. Blood platelet uptake of serotonin in episodic aggression. **Psychiatry Research**, v.27, p.5-12, 1989.
- BROWN, R.I.F. Classical and operant paradigms in the management of compulsive gamblers. **Behavioural Psychotherapy**, v.15, p.111-122, 1987.

- BROWN, S.L.; SVRAKIC, D.M.; PRZYBECK, T.R.; et al. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. **Journal of Psychiatric Research**, v.26, p.197-211, 1992.
- CARLTON, P.L.; MANOWITZ, P.; McBRIDE, H.; et al. Attention deficit disorder and pathological gambling. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.48, p.487-488, 1987.
- CARRASCO, J.L.; SÁIZ-RUIZ, J.; HOLLANDER, E.; et al. Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.90, p.427-431, 1994.
- CARROL, E.N.; ZUCKERMAN, M.; VOGEL, W.H. A test of the optimal level of arousal theory of sensation seeking. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.42, p.572-575, 1982.
- CASTELLANI, B.; RUGLE, L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. **International Journal of the Addictions**, v.303, n.3, p.275-289, 1995.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Tobacco use by adults – United States. **Journal of the American Medical Association**, v.262, n.17, p.2364-2369, 1987.
- CIOMPI, L. Affects as central organising and integrating factors: a new psychosocial/ biological model of the psyche. **British Journal of Psychiatry**, v.159, p.97-105, 1991.
- CLARK, L.A.; WATSON, D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. **Journal of Abnormal Psychology**, v.100, p.316-336, 1991.

CLONINGER, C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. **Psychiatric Developments**, v.3, p.167-226, 1986.

CLONINGER, C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. **Archives of General Psychiatry**, v.44, p.573-588, 1987.

CLONINGER, C.R. Letter to the Editor. In Reply. **Archives of General Psychiatry**, v.45, p.503-504, 1988.

CLONINGER, C.R. Assessment of the impulsive-compulsive spectrum of behavior by the seven-factor model of temperament and character. *In*: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL, A.E. eds. **Impulsivity and Compulsivity**, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1996. p. 59-95.

CLONINGER, C.R.; SIGVARDSSON, S.; BOHMAN, M. Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.12, p.494-505, 1988.

CLONINGER, C.R.; SVRAKIC, D.M.; PRZYBECK, T.R. A psychobiological model of temperament and character. **Archives of General Psychiatry**, v.50, p.975-990, 1993.

COCCARO, E.F.; KAVOUSSI, R.J.; LESSER, J. Self- and other-directed human aggression: The role of the central serotonergic system. **International Journal of Clinical Psychopharmacology**, v.6, supl.6, p.70-83, 1992.

COFFEY, B.J.; MIGUEL, E.C.; BIEDERMAN, J.; et al. Tourette's Disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different ? **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.186, p.201-206, 1998.

COMINGS, D.E. The molecular genetics of pathological gambling. **CNS Spectrums - The International Journal of Neuropsychiatric Medicine**, v.3, n.6, p.20-37, 1998.

COWLEY, D.S.; ROY-BYRNE, P.P.; GREENBLAT, D.J.; et al. Personality and benzodiazepine sensitivity in anxious patients and control subjects. **Psychiatry Research**, v.47, p.151-162, 1993.

CROCKFORD, D.N.; EL-GUEBALY, N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.43, p.43-50, 1998.

CRONIN, C.; ZUCKERMAN, M. Sensation seeking and bipolar affective disorder. **Personality and Individual Differences**, v.13, p.385-387, 1992.

CUSTER, R.L. Profile of the Pathological Gambler. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.45, p.35-38, 1984.

CUSTER, R.L.; MILT, H. **When luck runs out**. New York, Facts on File Publications, 1985.

DeCARIA, C.M.; HOLLANDER, E. Pathological gambling. In: HOLLANDER, E. ed. **Obsessive-Compulsive Related Disorders**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1993. p.151-177.

- DELL, L.J.; RUZICKA, M.F.; PALISI, A.T. Personality and other factors associated with the gambling addiction. **The International Journal of the Addictions**, v.16, n.1, p.149-156, 1981.
- DEL PORTO, J.A. **Distúrbio Obsessivo Compulsivo: fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos trans-históricos e transculturais**. São Paulo, 1994. Tese (Livre-Docência) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- DICKERSON, M.; HINCHY, J.; FABRE, J. Chasing, arousal and sensation seeking in off-course gamblers. **British Journal of Addiction**, v.82, p.673-680, 1987.
- DICKMAN, S.J. Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlated. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.58, p.95-102, 1991.
- DISKIN, K.M.; HODGINS, D.C. Narrowing of attention and dissociation in pathological video lottery gamblers. **Journal of Gambling Studies**, v.15, n.1, p.17-28, 1999.
- DOOB, L.W. Routes and Measurement. In: DOOB, L.W. ed. **Hesitation, Impulsivity and Reflection**. Greenwood Press, Westport, Connecticut, 1990. p.19-35.
- DOWSON, J.H. Associations between self-induced vomiting and personality disorder in patients with a history of anorexia nervosa. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.86, p.399-404, 1992.
- EDWARDS, G. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. **British Journal of Psychiatry**, v.81, p.171-183, 1986.

ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA Will. *In*: ADLER, M.J.; GORMAN, W. eds. **Great Ideas: a syntopicon of great books of the western world**. Volume II, William Benton, Chicago, 1978. p.1071-1101.

ESQUIROL, J.E.D. **Des maladies mentales consideres sous les rapport medical, hygienique et medico-legal**. Paris, J.-B. Baillière, Libraire de l'Academie de Medicine, 1838.

EVENDEN, J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. **Journal of Psychopharmacology**, v.13, n.2, p.180-192, 1999.

EYSENCK, H.J. A bio-metrical analysis of impulsive and sensation-seeking behavior. *In*: ZUCKERMAN, M. ed. **Biological Bases of Sensation Seeking, Impulsivity, and Anxiety**. Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1983. p.1-27.

EYSENCK, H.J. The nature of impulsivity. *In*: McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The Impulsive Client: theory, research and treatment**. American Psychological Association, Washington, D.C., 1993. p.57-70.

EYSENCK, S.B.G. The I₇: development of a measure of impulsivity and its relationship to the superfactors of personality. *In*: McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The Impulsive Client: theory, research and treatment**. American Psychological Association, Washington, D.C., 1993. p.141-149.

EYSENCK, S.B.G.; EYSENCK, H.J. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. **British Journal of Social and Clinical Psychology**, v.16, p.57-68, 1977.

- EYSENCK, S.B.G.; EYSENCK, H.J. Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. **Psychological Reports**, v.43, p.1247-1255, 1978.
- EYSENCK, S.B.G.; PEARSON, P.R.; EASTING, G.; ALLSOPP, J.F. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. **Personality and Individual Differences**, v.6, p.613-619, 1985.
- EYSENCK, S.B.G.; ZUCKERMAN, M. The relationship between sensation-seeking and Eysenck's dimensions of personality. **British Journal of Psychology**, v.69, p.483-487, 1978.
- FALLON, B.A.; JAVITCH, J.A.; HOLLANDER, E.; et al. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: overlaps in diagnosis and treatment. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.52, p.457-460, 1991.
- FALLON, B.A.; RASMUSSEN, S.A.; LIEBOWITZ, M.R. Hypochondriasis. *In*: HOLLANDER, E. ed. **Obsessive-Compulsive Related Disorders**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1993, p.71-92.
- FAHY, T.A. Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders. **Behavioural Research Therapy**, v.29, p.113-116, 1991.
- FAHY, T.A.; EISLER, I. Impulsivity and eating disorders. **British Journal of Psychiatry**, v.162, p.193-197, 1993.

- FENICHEL, O. Perversões e neuroses impulsivas. *In*: FENICHEL, O. ed. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**, Ed. Livraria Atheneu, São Paulo, 1981, p.303-359.
- FERRARI, J.R. Procrastination and impulsiveness: two sides of a coin ? *In*: McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The Impulsive Client: theory, research and treatment**. American Psychological Association, Washington, D.C., 1993. p.265-276.
- FRANCES, A. Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: a comparison. **Comprehensive Psychiatry**, v.23, p.516-527, 1982.
- FREEMAN, C.P.L. Personality disorders. *In*: KENDELL, R.E.; ZEALLEY, A.K. eds. **Companion to Psychiatric Studies**, 5th edition, Churchill Livingstone, New York, N.Y., 1996. p.587-616.
- FREUD, S. Introduccion al narcisismo. *In*: **Obras Completas**, Cuarta Edicion, Biblioteca Nueva, Madrid, tomo II, 1981. p.2017-2033.
- FREUD, S. Los instintos y sus destinos. *In*: **Obras Completas**, Cuarta Edicion, Biblioteca Nueva, Madrid, tomo II, 1981. p.2039-2052.
- FROSCH, J. The relation between acting out and disorders of impulse control. **Psychiatry**, v.40, p.295-314, 1977.
- FROSCH, J.; WORTIS, S.B. A contribution to the nosology of the impulse disorders. **The American Journal of Psychiatry**, v.111, n.1, p.132-138, 1954.

- FUENTES, D.; TAVARES, H.; CAMARGO, C.H.P.; GORENSTEIN, C. Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger – Validação da Versão em Português. *In*: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. eds. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. Lemos Editorial, São Paulo, 2000 (no prelo).
- GALSKI, T. Psychological testing of pathological gamblers: research, uses and new directions. *In*: GALSKEY, T. ed. **The Handbook of Pathological Gambling**. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1987. p.123-135.
- GERBING, D.W.; AHADI, S.A.; PATTON, J.H. Toward a conceptualization of impulsivity: components across the behavioral and self-report domains. **Multivariate Behavioral Research**, v.22, p.357-379, 1987.
- GOAS, M.C. **Temas Psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatológicas generales**. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1966. p.873-904.
- GOLDMAN, R.G.; SKODOL, A.E.; McGRATH, P.J.; OLDHAM, J.M. Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. **American Journal of Psychiatry**, v.151, n.2, p.274-276, 1994.
- GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H.; RASMUSSEN, S.A.; MAZURE, C.; FLEISCHMANN, R.L.; HILL, C.L.; HENINGER, G.R.; CHARNEY, D.S. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: development, use, and reliability. **Archives of General Psychiatry**, v.46, p.1006-1011, 1989.

- GRAY, J.A. **The neuropsychology of anxiety. An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system.** Oxford University Press, New York, N.Y., 1987.
- GRAY, J.A. Personality dimensions and emotion systems. *In*: EKMAN, P.; DAVIDSON, R. eds. **The nature of emotion: fundamental questions.** Oxford University Press, New York, N.Y., 1994. p.329-331.
- GRIFFITHS, M. The psychology of gambling: an overview. *In*: GRIFFITHS, M. ed. **Adolescent gambling.** Routledge, London, U.K., 1995. p.1-33.
- HAAPASALO, J. Sensation seeking and Eysenck's personality dimensions in an offender population. **Personality and Individual Differences**, v.11, p.81-84, 1990.
- HALMI, K.A.; ECKERT, E.; MARCHI, P.; et al. Co-morbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. **Archives of General Psychiatry**, v.48, p.712-718, 1991.
- HAND, I. Pathological gambling: a negative state model and its implications for behavioral treatments. **CNS Spectrums - The International Journal of Neuropsychiatric Medicine**, v.3, n.6, p.58-71, 1998.
- HANNS, L.A. **Dicionário comentado do alemão de Freud.** Imago Editora Ltda, Rio de Janeiro, 1996.
- HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R.S.; WIG, N.N. Mental disorders in primary health care; a study of

their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v.10, p.231-241, 1980.

HEBB, D.O. Drives and the CNS (conceptual nervous system). **Psychological Review**, v.62, p.243-254, 1995.

HEWITT, P.L.; FLETT, G.L. Perfectionism and goal orientation in impulsive and suicidal behavior. *In*: McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The Impulsive Client: theory, research and treatment**. American Psychological Association, Washington, D.C., 1993. p.247-264.

HOEHN-SARIC, R.; BARKSDALE, V.C. Impulsiveness in obsessive-compulsive disorder. **British Journal of Psychiatry**, v.43, p.177-182, 1983.

HOLLANDER, E. Introduction. *In*: HOLLANDER, E. ed. **Obsessive-Compulsive Related Disorders**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1993. p.1-16.

HOLLANDER, E. Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. **British Journal of Psychiatry**, v.177, suppl.35, p.7-12, 1998.

HOLLANDER, E.; DeCARIA, C.; LIEBOWITZ, M.R.; et al. Body dysmorphic disorders. **American Journal of Psychiatry**, v.147, p.817, 1990.

HUDSON, J.I.; POPE, H.G. Jr Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology ? **American Journal of Psychiatry**, v.147, p.552-564, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (I.B.G.E.) **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Volume Brasil**, 1998.

INSEL, T.R. Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. **Archives of General Psychiatry**, v.48, p.739-744, 1992.

ITO, L.; GORENSTEIN, C.; GENTIL, V.; MIYAKAWA, E. Minnesota Multiphasic Personality Inventory correlates of panic disorder with agoraphobia: changes with treatment. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.28, p.961-965, 1995.

JACOBS, D.F. A general theory of addictions: application to treatment and rehabilitation planning for pathological gamblers. *In*: GALSKE, T. ed. **The Handbook of Pathological Gambling**. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1987. p.169-194.

JANET, P. **Les obsessions et la Psychasténie**. ed. 2, Paris, Ballière, 1904.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro, Ed. Atheneu, 1979.

JENIKE, M.A. Illnesses related to obsessive-compulsive disorder. *In*: JENIKE, M.A.; BAER L.B.; MINICHIELLO, W.E. eds. **Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management**. 2nd edition, Chicago, I.L., Year Book Medical, 1990. P.38-60.

JOFFE, R.T.; BAGBY, R.M.; LEVITT, A.J.; et al. The tridimensional personality questionnaire in major depression. **American Journal of Psychiatry**, v.150, p.959-960, 1993.

JOFFE, R.T.; SWINSON, R.P.; REGAN, J.J. Personality features of obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry**, v.145, p.1127-1129, 1988.

KARNO, M.; GOLDING, J.M. Obsessive Compulsive Disorder. *In*: ROBINS, L.N.; REGIER, D.A. eds. **Psychiatric Disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study**. New York, Free Press, 1991. p.204-219.

KAVOUSSI, R.J.; COCCARO, E.F. Impulsive personality disorders and disorders of impulse control. *In*: HOLLANDER, E. ed. **Obsessive-Compulsive Related Disorders**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1993. p.179-202.

KLEIFIELD, E.I.; SUNDAY, S.R.; HURT, S.; et al. The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. **Journal of Psychiatric Research**, v.28, p.413-423, 1994.

KLEIN, D.F. Foreword. *In*: HOLLANDER, E. ed. **Obsessive-Compulsive Related Disorders**, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1993. p. XI-XVII.

KRAEPELIN, E. **Psychiatrie**. 8th edn., Verlag Von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1915. p.108-109.

LACEY, J.H. Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. **British Journal of Psychiatry**, v.163, p.190-194, 1993.

LACEY, J.H.; EVANS, C.D.H. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. **British Journal of Addiction**, v.81, p.641-649, 1986.

LARANJEIRA, R.R. (1994). **Alcohol Dependence Syndrome: measurement of altered behavioural, subjective and psychobiological states**. Londres, U.K., 1994. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de Londres.

LEJOYEUX, M.; FEUCHÉ, N.; LOI, S.; SOLOMON, J.; ADES, J. Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. **Psychiatry Research**, v.81, p.149-155, 1998.

LEME LOPES, J. **Diagnóstico em Psiquiatria**. Editora Cultura Médica, 1980.

LESIEUR, H.R. The compulsive gambler's spiral of options and involvement. **Psychiatry**, v.42, p.79-87, 1979.

LESIEUR, H.R. **The Chase: Putting good money after bad**. In: LESIEUR, H.R. ed. *The Chase*. Schenkman Books Inc., Rochester, 1984. p.1-22.

LESIEUR, H.R.; BLUME, S.B.; ZOPPA, R.M. Alcoholism, drug abuse and gambling. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.10, p.33-38, 1984.

LESIEUR, H.R.; HEINEMAN, M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. **British Journal of Addiction**, v.83, p.765-771, 1988.

- LIMA, M.A. Quadro clínico e diagnóstico do Transtorno obsessivo-compulsivo. *In*: MIGUEL, E.C. ed. **Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico e Tratamento**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1996. p.7-16.
- LINDEN, R.D.; POPE, H.G. JR; JONES, J.M. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.47, p.201-203, 1986.
- LOTUFO-NETO, F; GENTIL, V. Alcoholism and phobic anxiety: a clinical-demographic comparison. **British Journal of Addiction**, v.89, n.4, p.447-453, 1994.
- LUENGO, M.A.; CARRILLO-DE-LA-PEÑA, M.T.; OTERO, J.M. The components of impulsiveness: a comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barrat Impulsiveness Scale. **Personality and Individual Differences**, v.12, n.7, p.657-667, 1991.
- MARKOWITZ, P.I.; COCCARO, E.F. Biological studies of impulsivity, aggression and suicidal behavior. *In*: HOLLANDER, E.; STEIN, D. eds. **Impulsivity and Aggression**. John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 1995. p.71-90.
- MARKS, I.M. Obsessive-compulsive disorder. *In*: MARKS, I.M. ed. **Fears, Phobia and Rituals**. Oxford University Press, New York, N.Y., 1987. p.423-453.
- MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. **Relapse prevention maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York, Guilford Press, 1985.

- MARLATT, G.A.; BAER, J.S.; DONOVAN, D.M.; KIVLAHAN, D.R. Addictive behaviors: etiology and treatment. **Annual Review of Psychology**, v.39, p.223-252, 1988.
- MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of Psychiatry Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v.148, p.23-26, 1986.
- MÂSSE, L.C.,; TREMBLAY, R.E. Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. **Archives of General Psychiatry**, v.54, p.662-68, 1997.
- MAVISSAKALIAN, M.; HAMANN, M.S.; JONES, B. Correlates of DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v.31, p.432-437, 1990.
- McCORMICK, R.A. Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. **Addictive Behaviors**, v.18, p.331-336, 1993.
- McCORMICK, R.A.; RUSSO, A.M.; RAMIREZ, L.F.; TABER, J.I. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. **American Journal of Psychiatry**, v.1, p.215-218, 1984.
- McCORMICK, R.A.; TABER, J.I. The pathological gambler: salient personality variables. *In*: Galski, T. ed. **The Handbook of Pathological Gambling**. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1987. p.9-40.
- McCOWN, W.G.; DESIMONE, P.A. Impulses, impulsivity, and impulsive behaviors: a historical review of a contemporary issue. *In*: McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The**

Impulsive Client: theory, research and treatment. American Psychological Association, Washington, D.C., 1993, p.3-22.

McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. Introduction. *In*: McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The Impulsive Client: theory, research and treatment.** American Psychological Association, Washington, D.C., 1993. p.XV-XXX

McELROY, S.L.; HUDSON, J.I.; PHILIPS, K.A.; KECK, P.E.; POPE, H.G. Jr. Clinical and theoretical implications of a possible link between obsessive-compulsive and impulse control disorders. **Depression**, v.1, p.121-132, 1993.

McELROY, S.L.; HUDSON, J.I.; POPE, H.G.; KECK, P.E. JR.; AIZLEY, H.G. The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. **American Journal of Psychiatry**, v.149, p.318-327, 1992.

McELROY, S.L.; PHILLIPS, K.A.; KECK, P.E. Obsessive compulsive spectrum disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.55, suppl.10, p.33-55, 1994.

McELROY, S.L.; POPE, H.G. Jr; KECK, P.E.; HUDSON, J.I. Disorders of impulse control. *In*: HOLLANDER, E.; STEIN, D. eds. **Impulsivity and Agression.** John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 1995. p.109-136.

MILLER, P. Interactions among addictive behaviors. **British Journal of Addiction**, v.74, p.211-212, 1979.

MIRANDA, M.A. **Transtorno Obsessivo Compulsivo e comorbidade: um estudo de caso-controle.**

São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

MITCHELL, S.H. Measures of impulsivity in cigarette smokers and non-smokers.

Psychopharmacology, v.146, n.4, p.455-464, 1999.

MORAN, E. Gambling. *In*: SHEPHERD, M.; ZANGWILL, O.L. eds. **Handbook of Psychiatry, vol. 4.**

The neuroses and personality disorders, Cambridge University Press, Cambridge, 1983. p.385-390.

MUNRO, A.; STEWART, M. Body dysmorphic disorder and the DSM IV: the demise of dysmorphophobia. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.36, p.91-96, 1991.

NELSON, E.; RICE, J. Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiological Catchment Area Study. **American Journal of Psychiatry**, v.154, p.826-831, 1997.

NOBRE DE MELO, A.L. **Psiquiatria**. Volume 1. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1979.

O'BOYLE, M.; BARRAT, E.S. Impulsivity and DSM-III-R personality disorders. **Personality and Individual Differences**, v.14, n.4, p.609-611, 1993.

OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL, A.E. **Impulsivity and Compulsivity**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1996.

OLIVEIRA, M.P.M.T. **Jogo Patológico: um estudo sobre jogadores de bingo, videopoker e jockey club.** São Paulo, 1997. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

ORFORD, J. **Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions.** John Wiley & Sons Inc., New York, N.Y., 1985.

PACHECO E SILVA NETO, A.C. **Características de Personalidade de Jogadores Patológicos Avaliados pelo Método de Rorschach.** São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.

PARKER, J.D.A.; BAGBY, R.M.; WEBSTER, C.D. Domains of the impulsivity construct: a factor analytic investigation. **Personality and Individual Differences**, v.15, n.3, p.267-274, 1992.

PATTON, J.H.; STANFORD, M.S.; BARRAT, E.S. Factor structure of the Barrat Impulsiveness Scale. **Journal of Clinical Psychology**, v.51, n.6, p.768-774, 1995.

PEDERSON, W.; CLAUSEN, S.E.; LAVIK, N.J. Patterns of drug use and sensation seeking among adolescents in Norway. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.79, p.386-390, 1989.

PETRIBÚ, K.; BASTOS, O. Comorbidade em transtorno obsessivo-compulsivo, 2a parte: comorbidade em TOC. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.46, p.301-307, 1997.

- PFOHL, B.; BLACK, D.; NOYES, R. Jr; et al. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. **Biological Psychiatry**, v.28, p.42-46, 1990.
- PLUTCHIK, R.; VAN, PRAAG, H. The nature of impulsivity: definitions, ontology, genetics, and relations to aggression. *In*: HOLLANDER, E.; STEIN, D. eds. **Impulsivity and Aggression**. John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 1995. p.7-24.
- POLLAK, J.M. Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive-compulsive disorder: a review of the literature. **Journal of Psychology**, v.121, p.137-148, 1987.
- POMERLEAU, O.F. Nicotine as a psychoactive drug: anxiety and pain reduction. **Psychopharmacology Bulletin**, v.22, p.865-869, 1986.
- POMERLEAU, C.S.; POMERLEAU, O.F.; FLESSLAND, K.A. et al. Relationship of tri-dimensional personality questionnaire scores and smoking variables in female and male smokers. **Journal of Substance Abuse**, v.4, p.143-154, 1992.
- RACHLIN, H. Why do people gamble and keep gambling despite heavy losses. **Psychological Science**, v.1, p.294-297, 1990.
- RAMIREZ, L.F.; McCORMICK, R.A.; RUSSO, A.M.; TABER, J.I. Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. **Addictive Behaviors**, v.8, p.425-428, 1983.

RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. Epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *In*: JENIKE, M.A.; BAER, L.B.; MINICHIELO, W.E. eds. **Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management**. 2nd edition, Chicago, I.L., Year Book Medical, 1990. p.39-60.

RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v.15, p.743-758, 1992.

RASMUSSEN, S.A.; TSUANG, M.T. Clinical characteristics and family history in DSM-III Obsessive Compulsive Disorder. **American Journal of Psychiatry**, v.143, n.3, p.317-322, 1986.

RATEY, J.J.; JOHNSON, C. **Síndromes silenciosas**. Editora Objetiva Ltda., Rio de Janeiro, 1997.

RETTEW, D.C.; SWEDO, S.E.; LEONARD, H.L.; LENANE, M.C.; RAPOPORT, J.L. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.31, n.6, p.1050-1056, 1992.

RITSON, E.B.; CHICK, J.D.; STRANG, J. Dependence on alcohol and other drugs. *In*: KENDELL, R.E.; ZEALLEY, A.K. eds. **Companion to Psychiatric Studies**. 5th edition, Churchill Livingstone, London, 1993. p.359-398.

ROBINSON, T.E.; BERRIDGE, K.C. The neural basis of drug craving an incentive-sensitization theory of addiction. **Brain Research Reviews**, v.18, p.247-291, 1993.

ROY, A.; ADINOFF, B.; ROEHRICK, L.; et al. Pathological gambling: a psychobiological study. **Archives of General Psychiatry**, v.45, p.369-373, 1988.

ROY, A.; CUSTER, R.; LORENZ, V.; LINNOILA, M. Personality factors and pathological gambling. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.80, p.37-39, 1989.

RUGLE, L.; MELAMED, L. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.181, p.107-112, 1993.

RUTTER, M. Temperament, personality and personality disorder. **British Journal of Psychiatry**, v.150, p.443-458, 1987.

SAVIOTTI, F.M.; GRANDI, S.; SAVRON, G.; et al. Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. **Journal of Affective Disorders**, v. 23, p.113-117, 1991.

SCHNEIDER, K. **Psicopatologia Clínica**. São Paulo, Ed. Mestre Jou, 1976.

SCIUTO, G.; DAIFERIA, G.; BATTAGLIA, M.; et al. DSM-III-R personality disorders in panic and obsessive-compulsive disorder: a comparison study. **Comprehensive Psychiatry**, v.32, p.450-457, 1991.

SIEVER, L.J. Relationship between impulsivity and compulsivity: a synthesis. *In*: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL, A.E. eds. **Impulsivity and Compulsivity**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1996. p.261-272.

- SIMS, A. **Symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology**. London, Saunders. 1995.
- SKODOL, A.E.; OLDHAM, J.M. Phenomenology, differential diagnosis, and comorbidity of the impulsive-compulsive spectrum of disorders. *In*: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL, A.E. eds. **Impulsivity and Compulsivity**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1996. p.1-36.
- STANFORD, M.S.; BARRAT, E.S. Impulsivity and the multi-impulsive personality disorder. **Personality and Individual Differences**, v.13, p.831-834, 1992.
- STANFORD, M.S.; BARRAT, E.S. Verbal skills, finger tapping, and cognitive tempo define a second-order factor of temporal information processing. **Brain and Cognition**, v.31, p.35-45, 1996.
- STEEL, Z.; BLASZCZYNSKI, A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. **Addiction**, v.93, n.6, p.895-905, 1998.
- STEIN, D.J.; HOLLANDER, E. The spectrum of obsessive-compulsive related disorders. *In*: HOLLANDER, E. ed. **Obsessive-Compulsive Related Disorders**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1993. p.241-271.
- STEIN, D.J.; HOLLANDER, E.; SIMEON, D.; COHEN, L. Impulsivity scores in patients with obsessive-compulsive disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.182, p.240-241, 1994.

STEIN, D.J.; MULLEN, L.; ISLAM, M.N.; COHEN, L.; DeCARIA, C.M.; HOLLANDER, E.
Compulsive and impulsive symptomatology in trichotilomania. **Psychopathology**, v.28, p.208-213, 1995.

STEKEL, W. **Atos Impulsivos**. Ed. Mestre Jou, São Paulo, 1968.

SWEDO, S.E.; RAPOPORT, J.L.; LEONARD, H.; LENANE, M.; CHESLOW, D. Obsessive-Compulsive Disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. **Archives of General Psychiatry**, v.46, p.335-341, 1989.

TABER, J.I.; McCORMICK, R.A.; RAMIREZ, L.F. The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. **The International Journal of the Addictions**, v.22, n.1, p.71-79, 1987.

TAVARES, H.; SEGAL, A.; CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares e transtorno obsessivo-compulsivo. *In*: MIGUEL, E.C. ed. **Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico e Tratamento**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1996. p.124-137.

TAVARES, H.; GENTIL, V.; OLIVEIRA, C.S.; TAVARES, A.G. Jogadores patológicos, uma revisão: psicopatologia, quadro clínico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.26, n.4, p.179-187, 1999.

TAVARES, H.; ZILBERMAN, M.L.; BEITES, F.J.; GENTIL, V. Gender differences in treatment-seeking gamblers. **Journal of Gambling Studies**, 2000 (submetido).

- TAYLOR, F.K. Descriptive and developmental phenomena. *In*: SHEPHERD, M.; ZANGWILL, O.L. eds. **Handbook of Psychiatry, vol. 1, General Psychopathology**. Cambridge University Press, Cambridge, 1986. p.59-94.
- THIEL, A.; BROOCKS, A.; OHLMEIER, M.; JACOBY, G.E.; SCHÜBLER, G. Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. **American Journal of Psychiatry**, v.152, p.72-75, 1995.
- THORSON, J.A.; et al. Epidemiology of gambling and depression in an adult sample. **Psychological Reports**, v.74, p.987-994, 1994.
- TORRES, A.R. **Figura e fundo: um estudo de comorbidade do distúrbio obsessivo-compulsivo e distúrbios de personalidade**. São Paulo, 1994. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.
- TORRES, A.R. Relações entre o transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos da personalidade. *In*: MIGUEL, E.C. ed. **Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico e Tratamento**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1996. p.124-137.
- VALVERDE, M. **Diseases of the Will**. Cambridge University Press, Cambridge, U.K., 1998.
- VAUGHAN, S.C; SALZMAN, L. Antianxiety Function of Impulsivity and Compulsivity. *In*: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL, A.E. eds. **Impulsivity and Compulsivity**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1996. p.167-194.

VIRKKUNEN, M.; DEJONG, J.; BARTKO, J.; LINNOILA, M. Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. **Archives of General Psychiatry**, v.46, p.604-606, 1989.

WAGENAAR, W.A. **Paradoxes of gambling behavior**. London, Erlbaum, 1988.

WALKER, M.B. Some problems with the concept of 'gambling addiction': should theories of addiction be generalized to include excessive gambling ? **Journal of Gambling Behavior**, v.5, p.179-200, 1989.

WING, J.K.; BABOR, T.; BRUGHA, T.; BURKE, J.; COOPER, J.E.; GIEL, R.; JABLENSKI, A.; REGIER, D.; SARTORIUS, N. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. **Archives of General Psychiatry**, v.47, p.589-593, 1990.

WONDERLICH, S.A. Personality and eating disorders. *In*: BROWNELL, K.D.; FAIRBURN, C.G. eds. **Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook**. The Guilford Press, New York, N.Y., 1995. p.171-176.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (W.H.O.) **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva, 1992.

ZANARINI, M.C.; WEINBERG, E. Borderline personality disorder: impulsive and compulsive features. *In*: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL, A.E. eds. **Impulsivity and Compulsivity**. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1996. p.37-58.

ZELENSKI, J.M.; LARSEN, R.J. Susceptibility to affect: a comparison of three personality taxonomies.

Journal of Personality, v.67, n.5, p.761-791, 1999.

ZINBARG, R.E.; BARLOW, D.H. Structure of anxiety and the anxiety disorders: a hierarchical model.

Journal of Abnormal Psychology, v.105, p.181-193, 1996.

ZUCKERMAN, M. **Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal**. Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1979.

ZUCKERMAN, M. Sensation seeking: a comparative approach to a human trait. **The Behavioral and Brain Sciences**, v.7, p.413-471, 1984.

ZUCKERMAN, M. Letter to the Editor. **Archives of General Psychiatry**, v.45, p. 503, 1988.

ZUCKERMAN, M. **Psychobiology of Personality**. Cambridge University Press, New York, N.Y., 1991.

ZUCKERMAN, M. Sensation seeking and impulsivity: a marriage of traits made in biology ? *In*:

McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds. **The Impulsive Client: theory, research and treatment**. American Psychological Association, Washington, D.C., 1993. p.71-92.

ZUCKERMAN, M. **Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking**. Cambridge University Press, New York, N.Y., 1994.

ZUCKERMAN, M.; EYSENCK, S.B.G.; EYSENCK, H.J. Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age, and sex comparisons. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.46, p.139-149, 1978.