

**EGLACY CRISTINA SOPHIA**

**Amor patológico:  
aspectos clínicos e de personalidade**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Monica Levit Zilberman

São Paulo

2008

***Aos meus eternos amores:***

***Ao meu querido pai, Domingos,  
de quem recebi a genética e o modelo  
de comprometimento e dedicação ao objeto de amor.***

***À minha querida filha, Isabella,  
meu maior exercício e exemplo  
de companheirismo e amor verdadeiro.***

## AGRADECIMENTOS

*Em ordem cronológica, agradeço a todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste trabalho.*

*Ao Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade, Coordenador do GREA – Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas, o primeiro a me "abrir as portas" do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP: entrevistou-me pessoalmente e selecionou-me como estagiária, em 1998.*

*A Profa. Dra. Carmita H. N. Abdo, Coordenadora do Projeto Sexualidade do IPq-HC-FMUSP, pelos ensinamentos, entre 1999 e 2003, sobre como pesquisar e escrever em Medicina.*

*À querida colega, Dra. Viviane C. Santos, por ter me incentivado, em 2004, a participar da primeira entrevista sobre amor patológico, realizada no AMJO – Ambulatório de Jogo Patológico do IPq-HC-FMUSP.*

*Ao Prof. Dr. Hermano Tavares, Coordenador do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI), pelo crédito dedicado a mim, desde 2004, para iniciar grupo de estudo sobre o amor patológico. Tem sido fundamental o seu apoio, desde a criação desse estudo e até hoje.*

*À querida Profa. Dra. Monica L. Zilberman, pela confiança e competente orientação para a realização dessa pesquisa. Ajudou-me, desde a leitura do meu Projeto, em 2005, e durante todo o processo, com disponibilidade, companheirismo e aprendizagem, a caminhar de modo seguro e motivado tornando-se, assim, credora de minha profunda gratidão e reconhecimento.*

*Ao Prof. Dr. Táki A. Cordás, também Coordenador do AMITI, pela parceria e orientação do projeto de Iniciação Científica de Marina P. Berti, que traduziu e validou três escalas aplicadas nesta pesquisa.*

*À Susan Hendrick, criadora das escalas “Love Attitudes Scale” e “Relationship Assessment Scale”, e à Cindy Hazan, que desenvolveu o instrumento “Adult Attachment Types”, pelas autorizações para traduzir, validar e utilizar as escalas neste estudo.*

*À Profa. Dra. Clarice Gorenstein e sua equipe, do Laboratório de Psicofarmacologia (LIM23) do IPq-HC-FMUSP, pelo apoio com relação aos indivíduos saudáveis e pelas fundamentais contribuições metodológicas.*

*Ao Prof. Dr. Ailton A. da Silva, do Instituto de Psicologia da USP, pelos relevantes ensinamentos e pela disponibilidade em contribuir.*

*A Profa. Dra. Ana G. Hounié, pelas admiráveis indicações gramaticais, logísticas e metodológicas.*

*Às queridas psicólogas e amigas Sílvia B. Guedes, Carmen Sílvia Carbonini, Maria Cristina Salto e Andréa Lorena, pela dedicação na coleta de dados e pelo companheirismo nas situações difíceis deste percurso.*

*Aos colegas do AMITI, em especial ao psiquiatra Dr. José Angelo B. Crescente Jr. e à psicóloga Cidália O. Mello, pela aplicação da “Mini International Neuropsychiatric Interview” no grupo de amor patológico.*

*Às alunas de Iniciação Científica Marina P. Berti e Ana Paula Pereira, pelo auxílio na coleta de dados junto aos indivíduos saudáveis.*

*A todos os indivíduos analisados, pela disponibilidade e pela confiança em participar e prestar informações fundamentais.*

**"Amor Patológico", Carmen Lucia, 27/04/2007**

Acorrentada estou a esse amor,  
Tento fugir, me esmorecem as pernas,  
As chaves das correntes, eu as perdi,  
No mesmo instante em que me dei a ti.

Amor doentio, que me veda os direitos,  
Escraviza-me por ciúmes descabidos,  
Sem sequer deixar fluir meus sentimentos  
Torná-los livres pra que não me queimem o peito.

Amor possessivo, que me mantém alienada  
A uma mente torpe que me possui subjugada  
Como se minha alma também fosse sua escrava  
Mas a ela, o livre arbítrio lhe foi dado.

Amor egoísta, que só pensa em si,  
Liberta-me e quem sabe, um dia me terás,  
Cura-te para que possas ter paz... me dar a paz...  
Se é que ainda sinto algum amor por ti.

# SUMÁRIO

**Lista de siglas**

**Lista de figuras**

**Lista de tabelas**

**Resumo**

**Summary**

**Apresentação**

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>1.1 Aspectos históricos e definições de amor ao longo dos tempos.....</b>	<b>01</b>
<b>1.1.1 Os diversos tipos de amor humano.....</b>	<b>01</b>
<b>1.1.2 O amor romântico através da história.....</b>	<b>03</b>
<b>1.1.3 Amor e psicopatologia na sociedade contemporânea.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Principais teorias sobre o amor e suas patologias.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.1 Teoria dos estilos de amor.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.2 Teoria do apego.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2.3 Teoria triangular do amor.....</b>	<b>24</b>
<b>2. AMOR PATOLÓGICO &amp; PSIQUIATRIA.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Descrição de três casos clínicos.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2 Características clínicas e etiológicas.....</b>	<b>32</b>
<b>2.3 Critérios para identificação.....</b>	<b>39</b>

2.4	Diagnóstico diferencial.....	41
2.4.1	Amor saudável.....	41
2.4.2	Erotomania.....	42
2.4.3	Ciúme patológico.....	42
2.4.4	Transtorno de personalidade borderline.....	44
2.4.5	Co-dependência.....	45
2.4.6	Transtorno obsessivo compulsivo.....	48
2.4.7	Outros transtornos mentais.....	49
3.	OBJETIVOS.....	50
3.1	Objetivo principal.....	50
3.2	Objetivos específicos.....	50
4.	HIPÓTESES.....	52
5.	MÉTODOS.....	53
5.1	Os sujeitos.....	53
5.1.1	Amostragem.....	53
5.1.2	Seleção dos indivíduos com amor patológico.....	54
5.1.3	Seleção dos indivíduos saudáveis.....	55
5.2	Coleta de dados e instrumentos utilizados.....	56
5.3	Análise estatística.....	62
6.	RESULTADOS.....	65
6.1	Análise das características sócio-demográficas.....	65
6.2	Perfil da personalidade do indivíduo com amor patológico...67	67

6.3	Perfil do relacionamento amoroso do indivíduo com amor patológico.....	68
6.4	Modelo final com todas as variáveis investigadas.....	71
6.5	Indivíduos com amor patológico: análises complementares.....	72
6.5.1	Comparação entre mulheres e homens com amor patológico.....	72
6.5.2	Comparação entre indivíduos com quadros psiquiátricos associados e sem quadros psiquiátricos associados .....	72
6.5.3	Correlação entre intensidade de amor e outras variáveis de relacionamento amoroso.....	78
7.	DISCUSSÃO.....	79
7.1	Características sócio-demográficas.....	79
7.2	A personalidade dos indivíduos com amor patológico.....	81
7.3	O relacionamento amoroso dos indivíduos com amor patológico.....	84
7.4	Amor patológico: gênero, presença de quadros psiquiátricos e intensidade de amor.....	86
7.5	Limitações do estudo.....	88
8.	CONCLUSÕES.....	90
9.	ANEXOS.....	92
10.	REFERÊNCIAS.....	102



---

## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1 – A roda da cor de Lee (1977).....	17
Figura 2 – O triângulo do amor de Sternberg (1986).....	24
Figura 3 – Estilos de amor em indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39), em porcentagem.....	71
Figura 4 – Tipos de apego em indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39), em porcentagem.....	71
Figura 5 – Porcentagem de quadros psiquiátricos em indivíduos com amor patológico (n=50).....	73

---

---

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39) com relação a características sócio-demográficas.....	66
Tabela 2 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39) com relação a características de personalidade.....	67
Tabela 3 – Análise das questões da Escala de Avaliação do Relacionamento (EAR), em indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39).....	69
Tabela 4 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39) com relação a características do relacionamento amoroso.....	70
Tabela 5 – Modelo final com as principais características do indivíduo com amor patológico.....	72
Tabela 6 – Comparação entre mulheres (n=37) e homens (n=13) com amor patológico, com relação a características sócio-demográficas, personalidade e relacionamento amoroso.....	73
Tabela 7 – Comparação entre indivíduos com quadros psiquiátricos (n=39) e sem quadros psiquiátricos (n=11), com relação a características sócio-demográficas, personalidade e relacionamento amoroso.....	76
Tabela 8 – Correlação entre a intensidade do amor e relacionamento amoroso em indivíduos com amor patológico (n=50).....	78

---

---

## LISTA DE SIGLAS

---

AP	Amor Patológico
BDI	Inventário de Depressão de Beck
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
TCI	Inventário de Temperamento e Caráter
BIS	Escala de Impulsividade de Barratt
EAR	Escala de Avaliação do Relacionamento
EAR Adaptada	Escala de Avaliação do Relacionamento Adaptada
EAA	Escala de Atitudes de Amor
TAA	Tipos de Apego do Adulto
MINI	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

---

## RESUMO

Sophia, EC. *Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 117p.

O amor patológico – caracterizado pelo comportamento de prestar cuidados e atenção ao parceiro, de maneira repetitiva e desprovida de controle, em um relacionamento amoroso – é um quadro pouco estudado cientificamente, apesar de não ser raro e de gerar sofrimento importante. Com o intuito de compreender os aspectos clínicos e de personalidade associados ao amor patológico, os seguintes fatores foram analisados: impulsividade, personalidade, satisfação com o relacionamento amoroso, estilo de amor e tipo de apego. Além de revisar a literatura, os dados obtidos, por meio da aplicação de vários instrumentos em 50 sujeitos com amor patológico e 39 sujeitos saudáveis evidenciaram que indivíduos com amor patológico apresentam alta impulsividade ( $p < 0.001$ ; Escala de Impulsividade de Barratt), elevada auto-transcendência, isto é, senso de fazer parte de uma realidade maior ( $p < 0.001$ ; Inventário de Temperamento e Caráter), e manutenção de relacionamento amoroso com baixa qualidade ( $p < 0.001$ ; Escala de Avaliação do Relacionamento Adaptada). Assim, essa população necessita, por parte dos centros de tratamento especializados, de avaliação e abordagem terapêutica efetivas, as quais devem contemplar as características clínicas e de personalidade específicas dessa condição.

Descritores: 1.Amor 2.Dependência (Psicologia) 3.Comportamento obsessivo 4.Comportamento compulsivo 5.Transtorno do controle de impulsos.

## SUMMARY

Sophia, EC. *Pathological love: clinical and personality aspects* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2008. 117p.

Pathological love – characterized by the behavior of providing repetitive and uncontrolled care and attention to the partner in a romantic relationship – is a rarely studied condition, despite not being rare and causing suffering. In order to know the clinical and personality aspects associated with pathological love, the following factors were analyzed: impulsivity, personality, satisfaction with romantic relationship, love style, and type of attachment. Besides revisiting the literature, the data obtained from the application of various instruments in 50 subjects with pathological love and 39 healthy subjects showed that individuals with pathological love present higher impulsivity ( $p < 0.001$ ; Barratt Impulsiveness Scale), elevated self-transcendence, that is, hold sense of communion with a wider reality ( $p < 0.001$ ; Temperament and Character Inventory) and keep dissatisfactory romantic relationships ( $p < 0.001$ ; Adapted Relationship Assessment Scale). Hence, this population needs effective assessment and therapeutic strategies, which must take into account the specific clinical and personality characteristics of the condition.

Descriptors: 1.Love 2.Dependency (Psychology) 3.Obsessive behavior 4.Compulsive behavior 5.Impulse control disorders.

## APRESENTAÇÃO

O interesse pelo presente estudo é fruto da minha atuação profissional, há doze anos, com dependência (química e comportamental), em consultório e instituições especializadas.

Durante essa trajetória, em 2004, como colaboradora do Ambulatório do Jogo Patológico (AMJO – IPq – HCFMUSP), presenciei uma familiar de paciente em tratamento nesse Ambulatório referindo ter aprendido com ele que, além do jogo, outros comportamentos excessivos poderiam gerar sofrimento. Angustuada com o seu problema e com a possibilidade deste não ser compreendido pela equipe de profissionais, ela relatou: "há mais de 20 anos eu sou dependente do meu parceiro; sei que ele não é bom pra mim, tem outras mulheres, mas não consigo me libertar".

A partir desse "pedido de ajuda", passamos a entrevistar e tratar outras pessoas com queixas similares e, paralelamente, iniciamos estudo sobre o tema na literatura. O resultado desse trabalho foi o artigo de revisão "Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?", publicado pela Revista Brasileira de Psiquiatria, em 2007.

Esse embasamento teórico e prático nos mostrou que, apesar de gerar sofrimento e não ser condição rara, existem poucos estudos sobre o que nosso grupo passou a chamar de amor patológico. Com este trabalho, procuramos contribuir para a compreensão das características clínicas e de personalidade dessas pessoas cuja forma de amar as fazem sofrer e, em decorrência, para o seu tratamento.

# 1 INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Aspectos históricos e definições de amor ao longo dos tempos

### 1.1.1 Os diversos tipos de amor humano

O termo amor – do latim *amore* – contém uma vasta possibilidade de significados diferentes. O *Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa* (1998), por exemplo, oferece mais de dez maneiras de definir o verbete amor, a saber:

- Sentimento que atrai as pessoas para o belo, digno ou grandioso
- Grande afeto de uma a outra pessoa de sexo contrário
- Afeto, grande amizade, ligação espiritual

- Objeto dessa afeição
- Benevolência, carinho, simpatia
- Tendência ou instinto que aproxima os animais para a reprodução
- Desejo sexual
- Ambição, cobiça: *Amor do ganho*
- Culto, veneração: *Amor à legalidade, ao trabalho*
- Caridade
- Coisa ou indivíduo bonito, precioso, bem apresentado
- Tendência da alma para se apegar aos objetos

Essa pluralidade de entendimentos sobre o termo amor está correlacionada, sem dúvida, aos diferentes objetos de amor e às diferentes finalidades que o amor pode vir a apresentar, em situações específicas.

Com relação aos objetos de amor, ou seja, pessoas ou coisas que podem ser alvo do amor humano, temos:

- amor à Deus
- amor à ciência
- amor à sabedoria (filosofia)
- amor platônico
- amor à pátria
- amor a si mesmo (auto-estima)
- amor materno
- amor fraterno
- amor romântico

Assim como ocorre com relação aos objetos de amor, as finalidades do amor também podem ser diversas, desde a satisfação do desejo sexual até o denominado "amor puro" dos teólogos, que é totalmente desinteressado e visa o próprio Deus como o objeto de amor.

Dentre tantos objetos e finalidades possíveis ao amor, podemos encontrar um ponto em comum nessa tendência a se unir ao outro: é o desejo de possuir o outro de modo contínuo e/ou de formar um todo com ele. Todos tipos de amor também são similares pelo fato de levarem o sujeito para um objeto considerado (por ele) como bom.

Nesse trabalho, o nosso foco será o amor romântico, cujo objeto de amor é o parceiro e a finalidade é a manutenção do vínculo afetivo (com esse parceiro). Dentro do tema amor romântico, nossa ênfase será no seu aspecto psicopatológico, o qual foi amplamente citado ao longo da história da humanidade, o que passamos e descrever a seguir.

### **1.1.2 O amor romântico através da história**

Desde a **Grécia Antiga**, o amor romântico tem sido descrito, em publicações realizadas por autores de várias áreas do conhecimento. **Platão** (428/27 – 347 a.C.) documentou o primeiro tratado sobre o amor, traduzido para a língua portuguesa como *O Banquete*. Na versão inglesa, o título dessa obra traduz-se por *The Symposium (O Simpósio)* que, nessa época, era o segundo momento de um banquete.

Nesse momento (do banquete), os convidados se revezavam para elucidar o amor: foram estudados os diferentes tipos de amantes, a essência



do relacionamento amoroso e os diversos objetos do amor. Um dos convidados, Aristófanes, descreveu que, em tempos remotos, a terra era habitada por seres esféricos com duas cabeças opostas e exatamente iguais, quatro braços, quatro pernas e duas genitálias. Alguns possuíam ambas as genitálias masculinas, outros tinham duas femininas e, outros ainda, uma feminina e uma masculina. Havia, então, três gêneros de seres esféricos: o masculino, o feminino e o andrógino. Eles não empregavam suas genitálias para reprodução: se multiplicavam como sementes, enterravam-se no chão e, assim, brotavam outros seres.

Devido ao excesso de confiança em sua força, esses seres decidiram dominar o Olimpo, a morada dos deuses. Irado com esse atrevimento, Zeus ordenou a Apolo que os cortasse ao meio para que se enfraquecessem, se tornando humanóides. Então, cada ser passou a ter uma cabeça, dois braços, duas pernas e uma genitália. Como as costas ficaram com carnes expostas com o corte, Zeus ordenou que Apolo pegasse as bordas da ferida e as esticasse, deixando apenas uma pequena abertura, o umbigo, para que, ao olharem para o próprio umbigo, lembrassem do castigo divino. Apenas as genitálias ficaram para trás (Platão, s/d).

Desde então, as metades perderam a vontade de viver: não comiam, não bebiam e nem "enterravam-se" para reproduzir a espécie. Passaram a vagar a esmo à procura de suas respectivas metades e, se ocorria de se olharem, reconheciam-se de imediato e abraçavam-se intensamente, como se quisessem se unir novamente. Assim permaneciam por tanto tempo que morriam. E a espécie foi desaparecendo.

Preocupado com a provável extinção da espécie, Zeus ordenou a Apolo que transpusesse as genitálias das metades para frente, logo abaixo do umbigo para que, ao se abraçarem, se unissem sexualmente. Instituiu, também, que a reprodução passasse a ocorrer pela cópula (Platão, s/d).

Esse mito esclarece a origem de um dos conceitos fundamentais sobre a psicopatologia do amor: o conceito de "amor complementar", no qual cada indivíduo seria uma metade que busca no outro o seu complemento, a sua "alma gêmea". Nesse tipo de amor, ama-se porque não se tem, ou seja, o amor é um desejo de superar uma imperfeição do Eu, uma busca da perfeição própria. Nele, o outro passa a ser o responsável direto pela felicidade do Eu, apesar de ser, por definição, um ser imperfeito, uma vez que só é amado porque é precisado.

A partir desses conceitos, Platão diferenciou o "amor possessivo" ou "complementar", aquele que persegue o outro como um "objeto a devorar", cujo amante ama o seu par como o lobo ama o cordeiro do "amor autêntico" ou "verdadeiro", que só pode ser satisfeito pela contemplação, com pretensão ao belo, ao verdadeiro e ao bem, isto é, ao absoluto. Esse amor "verdadeiro" seria aquele que liberta o indivíduo do sofrimento e conduz a sua alma ao "banquete divino" (Platão, s/d).

No final desse livro, Sócrates (outro convidado) fez o último discurso do banquete, momento em que a filosofia foi eleita como a melhor forma de amor, uma vez que nobre é o seu objeto (o belo), nobre também é o amante (a alma) e da mesma nobreza é a relação entre amante e amado (*philos*). Essa proximidade entre amor e filosofia levou a expressão "amor

platônico" virar sinônimo de amor filosófico.

**Aristóteles** (384 – 322 a.C.), discípulo de Platão considerado o criador do pensamento lógico, diferenciou amizade e amor pelo aspecto da reciprocidade. Segundo ele, é possível amar algo ou alguém sem que este saiba ou corresponda ao amor que lhe é dedicado. A amizade, por sua vez, é considerada por Aristóteles como virtude e a melhor forma de afeição, pois se manifesta somente entre pessoas que se querem bem reciprocamente (Aristóteles, 2001).

Assim como ocorre com relação a alguns filósofos da Grécia Antiga, na Roma Antiga o poeta Pubius Ovidius Naso (43 a.C – 17 d.C.), conhecido como Ovídio, também descreveu o amor de modo semelhante ao que observamos, 2.000 anos depois, nos dias atuais. Na série a “Arte de amar” (Naso, 2001), Ovídio comparou a arte da conquista amorosa às estratégias usadas pelos militares nas guerras. Por meio de poemas, ele não ensinou sobre o sentimento amor, mas a habilidade de amar voltada para sedutores infiéis ao casamento. Os dois primeiros livros da série, lançados entre 1 a.C. e 1 d.C., foram destinados aos homens, um sobre como conquistar as mulheres e o outro sobre como manter a mulher amada. Um exemplo é: “Mas cuida, primeiro, de conhecer a criada da mulher a conquistar; ela há-de favorecer as tuas tentativas” (p. 40). Posteriormente, Ovídio publicou o terceiro livro da série, voltado para as mulheres, ensinando-as a atrair os homens.

Nessa época, a tradição filosófica retoma a oposição entre o "amor-paixão" (egoísta) e o "amor-acção" (altruísta): desde o Estoicismo

(300 a.C. – 200 d.C.) – período caracterizado pela atitude de suportar com coragem e firmeza a dor e a infelicidade – até Immanuel Kant (1724 – 1804).

Na **filosofia estóica**, o amor (paixão) era condenado, entendido como um vício (irracional) da alma. A única atitude do sábio estóico deveria ser a destruição da paixão, até a apatia. O ideal ético estóico não era o domínio racional da paixão, mas a sua extinção total, para dar lugar unicamente à razão. Acreditava-se que esse homem ideal (sem paixão), poderia caminhar como um Deus entre os homens (Arnold, 1911).

Na **Idade Média** (séculos X – XV), ocorreu o "nascimento" do amor romântico. Até o séc. XI, a união visando a satisfação conjugal era considerada errada e pecaminosa, uma vez que visava o prazer carnal. A união apenas com intenção procriadora, por outro lado, era considerada como "superior". O amor que deveria existir entre o casal, segundo a Igreja Medieval, era o amor ao próximo, a caridade, sem o desejo carnal. O casamento, portanto, não deveria objetivar o amor; era uma instituição que visava a estabilidade da sociedade, servindo apenas para a reprodução e para a união de riquezas (Rougemont, 1988).

A partir do séc. XII, teve início o denominado "amor cortês" (ou delicado) – jogo onde a mulher casada é chamariz e o homem enamorado se lança a ela com demonstrações esportivas – o qual se popularizou através dos séculos XIII, XIV e XV e teve plena ascensão na Idade Moderna. A partir dessa época, ocorreu uma grande mudança: a união entre o amor e o casamento, por assim dizer, ou seja, o homem começou a escolher o seu parceiro amoroso por amor (Rougemont, 1988).

Em meados da **Idade Moderna** (séculos XVI – XVIII), época da chamada "revolução científica", ocorreu um grande progresso na filosofia e na ciência (Física, Matemática e Química). Nesse período, com o advento do iluminismo francês e do liberalismo filosófico, importantes críticas ao amor complementar (citado desde Platão) passaram a ocorrer. De acordo com o Renascimento, que valoriza a subjetividade do Eu em contraponto ao social, o indivíduo passou a ser entendido como um todo indivisível ("não-dividido") e foi incorporada a idéia de que cada um é responsável pela sua própria felicidade, ou seja, que tudo que cada um precisa está dentro de si mesmo. No relacionamento amoroso, amante e amado se afirmariam como singularidades absolutas, o que pode ser entendido como um ideal utópico moderno (Lázaro, 1996).

Nessa época, **Immanuel Kant** (1724-1804) retoma a idéia – iniciada por Platão – de que existem duas formas de amor, uma saudável e outra doentia. Para Kant, existiria "amor-acção" ou "amor prático", o único moralmente aceitável, uma disposição racional de agir de modo benévolo com quem precisa, independentemente de qualquer relação que possamos ter com ele, ou seja, implica preocupação verdadeira e desinteressada pelo bem do outro. Para Kant, haveria também o "amor-paixão" ou "amor patológico", aquele impossível de controlar e que inclui desatino e desprezo pelo outro. O termo paixão foi reservado para atitudes mais deliberativas, podendo coexistir com dissimulação, desde que isso possa contribuir para obter um específico objeto de desejo. Atos de amor patológico, segundo Kant, decorreriam de paixões volúveis e não de uma análise racional do que

seja certo fazer (Kant, 1960).

Assim, a expressão "enlouqueceu de amor" contém algo de inverossímil, pois quem enlouquece devido à recusa do ser amado, já estava anteriormente perturbado e desorientado, de modo que escolheu a pessoa incoerente com as suas necessidades e valores próprios como objeto de seus afetos e desejos (Borges, 2000). Um exemplo, comum na época de Kant, eram os indivíduos que se apaixonavam por outros de nível social superior: "apaixonar-se por uma pessoa de uma classe social mais alta e esperar desta loucura um casamento não é a causa, mas a conseqüência de uma prévia perturbação" (Wood, p. 258).

Ainda na Idade Moderna, alguns filósofos consideraram o amor como uma patologia, levando esse momento histórico a ser conhecido pelo pessimismo romântico. O percussor desse movimento foi **Arthur Schopenhauer** (1788 – 1860), que acreditava que o amor estaria enraizado exclusivamente no impulso sexual, ou seja, para Schopenhauer o amor seria apenas um impulso de reprodução da espécie.

Para esse filósofo alemão, o amante pensava estar se esforçando para obter prazer, mas, na verdade, seria guiado pela reprodução da espécie. Em sua obra máxima, "O Mundo como Vontade e Representação", publicada em 1819, ele explicou que o amor seria o objetivo último de quase toda a preocupação humana porque influenciaria nos assuntos mais relevantes, interromperia as tarefas mais importantes e desorientaria as mentes mais geniais (Schopenhauer, 2005).

Em continuidade ao "pessimismo romântico", um dos mais provocativos filósofos da Época Moderna, **Friedrich Wilhelm Nietzsche** (1844 – 1900) – considerado genial por alguns e racista por outros – entendia o amor como o ódio mortal dos sexos. Os homens desejariam o poder incondicional sobre a alma e o corpo das mulheres, as quais desejariam apenas "pertencer" a um homem viril e entenderiam o amor como uma doação total, do corpo e da alma, sem limites (Nietzsche, 2002).

### **1.1.3 Amor e psicopatologia na sociedade contemporânea**

No início do século XIX, já na **Idade Contemporânea** (séc. XIX em diante), através da observação de que uma paciente histérica queria dizer algo que, não conseguindo expressar com palavras, o fazia por meio do seu corpo, Freud descreveu a energia de Eros (libido), o chamado instinto amoroso é tudo aquilo que pode ser sintetizado como amor, incluindo: si mesmo, pais, filhos, humanidade, saber e objetos abstratos. Em Eros convergiram pulsões parciais de ternura, ciúme, inveja e desejos sexuais dirigidos para os mesmos objetos (Freud, 1974).

Apesar dessa idéia de que o conceito de amor seria uma ampliação do conceito de sexualidade, Freud definiu amor como um conjunto de processos mentais internos que dirigem a libido do indivíduo para um objeto (parceiro) com objetivo de obter satisfação (Freud, 1974). Essa descrição mostrou que, para o pai da psicanálise, a sexualidade seria a base de todas as manifestações do amor, fato que é motivo de crítica por parte de alguns autores, que relatam que os conceitos freudianos sobre

amor foram uma repetição de conceitos filosóficos anteriores, particularmente Nietzsche (Fromm, 1956).

Na **Época Vitoriana**, período entre a segunda metade do século XIX e a primeira década do século XX, os movimentos sociais populares cederam lugar a um sistema social equilibrado, devido à estabilidade do Império Britânico, governado pela rainha Vitória (1819 – 1901). Apesar do materialismo herdado, a época foi marcada pelo retorno de virtudes sociais, tais como respeitabilidade, polidez e discrição. Nesse contexto puritano, o casamento era contratado por conveniência, pelas próprias famílias ou por agente matrimonial, ou seja, consumava-se com objetivos sociais e acreditava-se que o amor se desenvolveria após o casamento (Fromm, 1956).

A partir do século XX, na **Época Pós-moderna** (ou modernismo), ocorreu a passagem do Capitalismo de acumulação (da Época Moderna), que desestimulava o consumo e pregava a contenção do desejo, a repressão, a poupança, para o Capitalismo de consumo (da pós-modernidade) que, ao contrário, desestimulava a poupança e instigava o consumo, a liberação e a incitação do desejo. Assim, nossa sociedade se apresenta narcisista na sua forma intrínseca, ou seja, na maneira como produz e opera apenas com a imagem, a qual costuma ser formada e transmitida não só para substituir o real, mas também para oferecer um hipotético prazer imediato (Lasch, 1983; Chauí-Berlinck, 2008).

Esse mesmo movimento ocorreu na instituição família que, de repressora e formadora de indivíduos com superego forte, capazes de bastar



a si mesmos, tornou-se muito permissiva para com os desejos dos filhos, os quais, sem laços afetivos que o orientam, tornaram-se inseguros, com superegos fracos e inclinados, portanto, a dependência da opinião e da aprovação do outro (Chauí-Berlinck, 2008).

Do ponto de vista psicológico, a procura (narcísica) por aprovação e atenção do parceiro em um relacionamento amoroso pode ser comparada à procura da segurança e afeto onipresente da própria relação simbiótica com a mãe, num período em que o outro e o mundo não existiam para o indivíduo como separados dele. Na relação mãe-bebê, época da onipotência, o outro e o mundo faziam parte indiferenciada do Eu, ou seja, o bebê recebia afeto e todas as suas necessidades eram prontamente atendidas: não havia a sensação de falta (Freud, 1976).

Portanto, acreditamos que a cultura contemporânea possui características que estimularam o aparecimento de casos de amor patológico (AP), além de outras patologias narcísicas (Lasch, 1983). No AP em especial, nosso tema de estudo nesse trabalho, o indivíduo pode ter passado a prestar cuidados e atenção ao parceiro, de maneira repetitiva e desprovida de controle, com o intuito de recuperar o afeto incondicional que tinha na relação mãe-bebê (Sophia et al., 2007).

Além dessa permissividade com relação a obter o afeto desejado, a nossa época admitiu a liberdade de escolha do parceiro (por amor), o que se tornou quase universal no mundo ocidental, diferentemente do que costuma ocorrer no Oriente, onde essa escolha é permeada pela manutenção dos laços familiares e ainda espera-se que o amor se

desenvolva com o tempo (Goodwin e Finlay, 1997).

Em estudo realizado em diversas culturas, Levine et al. (1995) confirmaram que a porcentagem de indivíduos que “não casaria com alguém que não amasse” é bastante superior no Ocidente: 85.9% (Estados Unidos), 85.7% (Brasil), 62.6% (Japão), 33.8% (Tailândia) e 24.0% (Índia). Outro estudo transcultural também constatou diferenças entre japoneses (n=223) e russos (n=401) – que têm menor número de indivíduos com atitude amorosa para com várias parceiras simultaneamente e atitude amorosa proveniente de longa amizade – do que americanos (n=1043). Com relação à conduta possessiva e controladora no amor (característica do AP), também foram identificadas divergências culturais: na população americana, as mulheres com tais características superaram os homens e, entre japoneses e russos, as atitudes de AP prevaleceram no sexo masculino (Sprecher et al., 1994).

Na nossa sociedade ocidental, essa liberdade de escolha do parceiro contribuiu para acentuar a idéia (errônea) de que amar é simples, e de que o difícil é encontrar o objeto (parceiro) certo para se amar ou pelo qual ser amado. Segundo Erick Fromm (1956), retomando a idéia iniciada por Publius Ovidius Naso (2001), amar é uma arte e requer aprendizado, assim como qualquer outra arte ou ciência, como a pintura e a medicina, por exemplo.

Essa liberdade de escolha se relaciona, também, a outra característica igualmente importante: a nossa cultura, como descrevemos anteriormente, passou a se basear no apetite pelo consumo e, assim como se sente feliz em comprar tudo que quer, o homem moderno encara o

parceiro como um objeto a obter (Fromm, 1956).

O conceito de atraente, por exemplo, varia com a moda da época: na década de 20, por exemplo, uma mulher que bebesse, fumasse, fosse decidida e sensual era considerada atraente; nos anos 50, a moda pedia mais domesticidade e compostura. Entretanto, qualquer que seja o conceito, na atualidade, duas pessoas costumam se apaixonar quando acreditam ter encontrado o melhor objeto disponível no mercado, considerando as delimitações dos próprios valores cambiais (Fromm, 1956).

Dentro desse conceito de liberdade do ser humano, Jean Paul Sartre (1905 – 1980), filósofo existencialista francês – acreditava que o ser humano poderia a cada momento escolher o que faria de sua vida, sem um destino previamente concebido – acreditava que o amor estaria destinado ao fracasso. Segundo ele, o amor complementar levaria à decepção porque precisa reduzir o sujeito a um objeto. O amor entre dois sujeitos completos, por sua vez, seria conflituoso: ambos teriam que ser o tudo, o infinito, exigiriam isso um do outro, apesar de não existir dois infinitos (Sartre, 1997).

Para Sartre, o amor é um "ideal irrealizável", uma vez que queremos algo impossível das pessoas que amamos. Somos atraídos pela liberdade e independência que detectamos nelas, mas ficamos tão amedrontados que tentamos privá-las desses atributos quando estabelecemos uma relação amorosa (Sartre, 1997).

Segundo Erick Fromm, a exemplo de outros autores, existem dois tipos de amor romântico: o "verdadeiro amor" ou "amor maduro", que se caracteriza por cuidado, responsabilidade, respeito, conhecimento e permite

preservar a própria integridade e individualidade; e o "falso amor", baseado em submissão, passividade, dotado de contornos neuróticos. Esse último caracteriza-se por uma união simbiótica, em que o indivíduo foge do sentimento de isolamento e separação, procurando tornar-se parte de outra pessoa, a qual passa a dirigir e proteger o primeiro. Essa submissão indicaria dependência e falta de integridade (Fromm, 1956).

No final do século XX, o filósofo, matemático e educador Bertrand Arthur William Russell (1872 – 1970), por sua vez, trouxe uma visão bastante saudável do amor. Relatou que não somente o amor é uma fonte de prazer, mas também a sua ausência é causa de sofrimento. Orientou que o amor deve ser apreciado porque propicia realce aos demais deleites da vida, como ouvir música e ver a luz do luar espelhada sobre as águas. Segundo Russell, o amor poderia, também, quebrar o individualismo, pois incluiria cooperação biológica, ou seja, as emoções de um seriam necessárias para a satisfação dos instintos do outro (Russell, 1983).

Apesar das diversas concepções sobre o amor e sua relação com a saúde e a doença mental, as pesquisas científicas são escassas na área da psiquiatria. Alguns cientistas sociais e do comportamento, entretanto, há pouco mais de 30 anos, têm proposto que existem tipos de amor específicos (Sternberg e Barnes, 1988). Três desses modelos classificatórios mais comuns e que tiveram grande influência nas pesquisas e na criação de escalas para avaliar o amor foram desenvolvidos pelo sociólogo canadense John Lee (1973, 1977), pelo psiquiatra inglês John Bowlby (1969) e sua colaboradora, a psicóloga Mary Ainsworth (1978) e pelo psicólogo americano

Robert Sternberg (1986), as quais descrevemos a seguir.

## **1.2 Principais teorias sobre o amor e suas patologias**

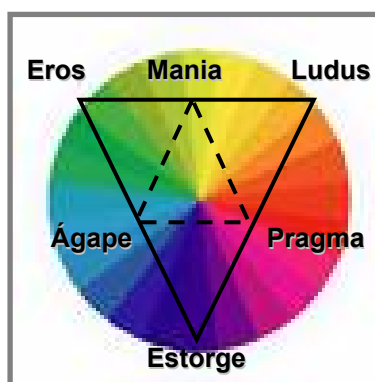
### **1.2.1 Teoria dos estilos de amor**

O primeiro grande estudo sobre o amor, publicado em *The colors of love* (1973), foi realizado pelo sociólogo e professor da Universidade de Toronto, John Alan Lee. Juntamente com seus alunos, Lee realizou entrevistas com 120 indivíduos, em quatro cidades, duas canadenses e duas inglesas. Os participantes foram convidados a descrever o que entendiam por amor e foram coletados 100.000 itens associados ao amor, comprovando, assim, que existiriam diversas variações ou "*love-styles*".

Em seguida, esse autor colocou os estilos de amor predominantes em uma "roda da cor" (Figura 1), como ele denominou, e comparou o mecanismo humano de visão de cores com a capacidade de amar. Para Lee, assim como os olhos só tem receptores para três cores, também temos três estilos de amor primários (Eros, Ludus e Estorge) e três secundários: Mania (Ludus + Eros), Pragma (Ludus + Estorge) e Ágape (Eros + Estorge). Esses estilos receberam denominações retiradas do grego, uma vez que na língua inglesa Lee não encontrou sinônimos para a palavra *love*. A mistura entre as diferentes intensidades dos estilos resultaria em um imenso número de estilos diferentes, assim como ocorre na visão de cores (Lee, 1977).

O estilo de amor Eros (amor romântico e apaixonado), geralmente se inicia com uma grande atração física, direcionada para um tipo de pessoa ideal, e evolui para o comprometimento mútuo; a frase característica do

indivíduo é “Nosso relacionamento sexual é intenso e satisfatório”. Ludus (amor sedutor) está voltado para o prazer, o jogo sem compromisso e que pode ocorrer simultaneamente com várias pessoas; a frase que caracteriza esse estilo é “Eu gosto de jogar o jogo do amor com vários parceiros simultaneamente”. Para o estilo Estorge (amor companheiro), o amor surge a partir de uma longa amizade, onde a confiança é construída com o tempo; a sua frase é “O melhor tipo de amor é o que ocorre com base em uma longa amizade”(Lee, 1977).



**Figura 1 – A roda da cor de Lee (1977)**

Da combinação dos 3 estilos acima derivam os estilos secundários de amor. Pragma (Ludus + Estorge), o amor lógico ou *shopping-list love*, valoriza a compatibilidade e interesses em comum, examina os pretendentes antes de se envolver para verificar se atendem às expectativas para um futuro relacionamento; a frase é “Eu tento planejar a minha vida com cuidado antes de escolher um amor”. Ágape (Eros + Estorge), o amor altruísta e desinteressado, inclui cuidado incondicional ao outro e ausência de egoísmo e a sua frase típica é “Eu prefiro sofrer a fazer meu amor sofrer”. No estilo Mania (Eros + Ludus), o amor possessivo e dependente, ocorre cuidado

obsessivo e sem controle do ser amado; o indivíduo se sente forçado a atrair a atenção do parceiro de forma contínua, ciumenta e possessiva (Lee, 1977), descrição bastante similar ao quadro de AP, em estudo nesse trabalho e cuja frase comumente referida é “Quando o meu amor não me dá atenção, eu me sinto completamente doente”.

Esse importante estudo de Lee, denominado *Typology of love* (Lee, 1977), inovou o entendimento sobre o amor na década de 80, uma vez que deslocou o foco do problema da qualidade do amor (Fromm, 1956) e da quantidade de amor (Peele e Brodsky, 1975; Norwood, 1985), para a importância do estilo de amor de um indivíduo combinar com o estilo de amor do parceiro.

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

Esse entendimento do AP como um tipo de dependência comportamental, ou seja, uma dependência amorosa em relação ao parceiro, está de acordo com o conceito publicado anteriormente por Stanton

Peele (1975). Em seu livro *Love and Addiction*, Peele definiu o conceito denominado por ele “*love addiction*” como uma “experiência viciadora” que seria absorvida pela mente do indivíduo e, assim como acontece com os analgésicos, aliviaria a sensação de ansiedade e dor”.

Apesar de esses autores referirem sobre a alta e progressiva intensidade do comportamento amoroso e de outros acentuarem a questão da qualidade do amor, o conceito proposto por Lee enfatiza somente a importância da combinação dos estilos de amor dos parceiros (Lee, 1977), o qual inspirou a criação de um instrumento de avaliação das atitudes relativas ao amor amplamente utilizado, a Escala de Atitudes de Amor (Hendrick et al., 1998). Um dos estudos com essa escala indicou que Eros e Ágape são preditivos de relacionamentos amorosos gratificantes e saudáveis (Frazier e Esterly, 1990), enquanto que a alta pontuação para Mania (Fricker e Moore, 2001), assim como Ludus, apresentam pouca satisfação no relacionamento amoroso (Frazier e Esterly, 1990; Fricker e Moore, 2001). Ágape, no entanto, gera controvérsia, uma vez que, em outros estudos (Hendrick et al., 1988; Hendrick e Hendrick, 1997), apenas o estilo Eros foi comprovado como preditor da satisfação no relacionamento amoroso. Com relação ao estilo Mania, segundo Martin et al. (1990), quando apresentado por mulheres, é preditor negativo de felicidade conjugal para o parceiro.

### **1.2.2 Teoria do apego**

A partir de conceitos da etologia, da cibernética e da psicologia do desenvolvimento, John Bowlby (1907 – 1990) desenvolveu a conhecida



"teoria do apego", a qual revolucionou o conhecimento sobre vínculo (ou apego, como esse autor denominou) entre mãe e filho (Bretherton, 1992).

Os estudos teóricos e práticos de Bowlby revelaram que o apego entre mãe e filho seria um fenômeno inato e extremamente útil para a sobrevivência da nossa espécie, haja vista a sua importância para que a amamentação seja conservada, por exemplo. Entre animais, desde a década de 50, experimento realizado com macacos *rhesus* já demonstrou que o apego não surgia devido à satisfação do alimento (recebido de um macaco confeccionado com arame), mas sim em decorrência do aconchego que eles encontravam num modelo de pano. Quando esses macacos (criados por modelos de arame e/ou pano) eram colocados com outros animais da sua espécie, mostravam-se incapazes para o convívio social. A conclusão é que o vínculo mãe-filhote é essencial para a saúde mental e para o desenvolvimento normal em primatas, pois é com base nesse vínculo inicial que todos os outros laços afetivos são construídos (Harlow, 1959).

Em outro estudo, foi comprovado que, nas horas seguintes após saírem dos ovos, patos e gansos costumam seguir qualquer objeto que estiver em movimento e, após certo tempo, passam a preferir este a qualquer outro e a segui-lo exclusivamente. Esses dados foram corroborados por Bowlby, que os replicou e verificou que o mesmo ocorre entre mamíferos (Bowlby, 1990).

Contrariamente ao apego, comprovadamente inato, para Bowlby, o "tipo de apego", é algo aprendido pela criança. A disponibilidade emocional dos pais, em especial da mãe (ou da pessoa que cuida da criança) para

suprir as necessidades emocionais de seu filho em situações estressantes, principalmente separações, é o alicerce pelo qual a criança aprende a perceber e a se relacionar com o mundo, além de estar ligada a fatores genéticos dela própria. Assim, principalmente no primeiro ano de vida, a criança desenvolveria um Modelo Funcional Interno, uma "lente" a partir da qual o indivíduo vai ver o mundo e a si próprio (Bowlby, 1990), ou seja, um "tipo de apego" específico e que se transformaria em característica de personalidade fixa (Bowlby, 1969, 1979).

O primeiro e mais importante teste da teoria do apego de Bowlby foi publicado, em 1978, por sua colaboradora Mary Ainsworth. Usando métodos empíricos, ela desenvolveu o método experimental denominado "situação estranha", no qual as reações da criança em interação com a mãe (ou seu cuidador) são observadas, em detalhe, em uma vivência de separação. A "situação estranha" originou o primeiro sistema de classificação do apego entre o cuidador e a criança, sendo que as categorias de apego foram organizadas em: Seguro, Rejeitador (ou Ansioso com evitação) e Ansioso/ambivalente (ou Ansioso/resistente).

No apego Seguro, a mãe é sensível às necessidades da criança e promove confiança de que os pais estarão disponíveis, caso ela se depare com uma situação amedrontadora. Através desse modelo, o indivíduo sente-se corajoso para explorar o mundo, estando apto a vivenciar um amor saudável na vida adulta.

O apego Rejeitador (ou Ansioso com evitação), por sua vez, inclui constante rejeição por parte da mãe quando o bebê a procurava para obter

proteção, gerando falta de confiança de que terá ajuda quando precisar. A partir deste modelo, o indivíduo passa a tentar viver sem amor e sem ajuda dos outros, ou seja, tornar-se emocionalmente auto-suficiente.

Para a pessoa com apego Ansioso/resistente (ou Ansioso/ambivalente), os pais estiveram disponíveis em algumas situações e não em outras, levando o bebê a vivências de separação e ameaças de abandono, usadas pelos pais como meio de controle. Esse modelo gera incerteza quanto à disponibilidade dos pais, e conseqüentemente, ansiedade de separação no relacionamento adulto.

Nove anos depois, Hazan e Shaver (1987) estudaram 620 leitores do jornal *Rocky Mountain News* (205 homens e 415 mulheres) e 108 estudantes de psicologia (38 homens e 70 mulheres). Por meio da aplicação do questionário Tipo de Apego Adulto (TAA) as autoras constataram que estes tipos de vinculação estabelecidos e registrados na infância (Seguro, Rejeitador e Ansioso-ambivalente) seriam preditivos do relacionamento amoroso adulto.

Em 1991, foi publicada proposta canadense de modelo de apego adulto composto por 4 tipos (Bartholomew, 1990): Seguro/autônomo, Desapagado/evitativo (ou Rejeitador), Preocupado/ansioso (ou Ansioso-ambivalente) e Amedrontado (ou Desorganizado/desorientado). Esse último tipo de apego, identificado por Main e Hesse (1990), refere-se a crianças que, na "situação estranha", apresentavam condutas incoerentes para lidarem com a situação de separação. Na presença da mãe, antes da separação, essas crianças vivenciavam conflito com constante

impulsividade, incluindo apreensão durante a interação, expressa por raiva ou confusão facial, ou expressões de transe e perturbações, sem ter condições de manter uma estratégia adequada para lidar com o que as assustava. Esses casos aparecem em situações onde ocorreu abuso na infância, nas quais a mãe pode ter gerado medo e/ou ameaçado a criança (quando o abusador é alguém de fora) ou a própria mãe (ou cuidador) pode ter abusado (física ou emocionalmente) da criança.

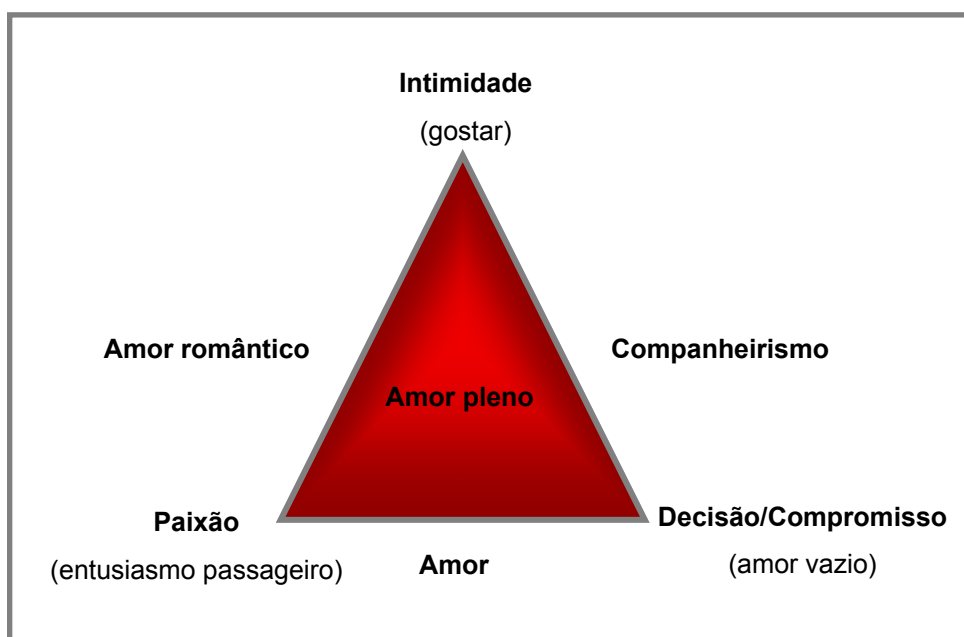
Apesar de pouco conhecido, constatou-se que as taxas dos 4 tipos de apego nesse modelo seriam consistentes e que cada tipo de apego estaria associado com um problema interpessoal específico, de acordo com relatos próprios e de amigos (Bartholomew e Horowitz, 1991). Recentemente, por meio de revisão de comportamentos referidos por indivíduos envolvidos em relacionamento amoroso estável, um estudo realizado na Alemanha (Broemer e Blümle, 2003) constatou que indivíduos com apegos Preocupado/ansioso e Amedrontado (os quais apresentam auto-imagem negativa) seriam mais influenciáveis por opiniões externas do que aqueles com apegos Seguro e Rejeitador (que tem auto-imagem positiva), não afetados por manipulações do outro.

Alguns estudiosos correlacionaram o tipo de apego (de Bowlby) e os estilos de amor (de Lee). Em pesquisa realizada na Austrália com 111 indivíduos de ambos os sexos que, naquele momento ou pouco antes, haviam estado envolvidos em relacionamento amoroso, por 3 meses no mínimo, demonstrou-se que existe associação significativa (porém fraca) entre o apego Ansioso-ambivalente e o estilo de amor Mania ( $r=0.32$ ,

$p < 0.01$ ), entre o apego Seguro e Eros ( $r = 0.27$ ,  $p < 0.01$ ) e correlação negativa fraca entre o Rejeitador e Eros ( $r = -0.29$ ,  $p < 0.01$ ) (Fricker e Moore, 2001).

### 1.2.3 Teoria triangular do amor

Desenvolvida pelo psicólogo e professor da Universidade de Yale, Robert Sternberg (1986, 1988), a "Teoria triangular do amor" consiste, atualmente, em um dos mais completos estudos sobre o amor (Hernandez e Oliveira, 2003). Essa teoria, conforme mostra a Figura 2, foi construída através do desdobramento do amor em três elementos (vértices de um triângulo): Intimidade, Paixão e Decisão/Compromisso.



**Figura 2 – O triângulo do amor de Sternberg (1986)**

Segundo Sternberg, o fator Intimidade seria formado pelos 10 elementos que promovem o vínculo entre o casal: desejo de promover o bem-estar da pessoa amada; sentimento de felicidade; respeito; capacidade de contar com o amado em caso de necessidade; entendimento mútuo;

entrega e divisão de posses; receber apoio emocional do parceiro; prover-lhe apoio; comunicar-se intimamente; valorizá-la (Sternberg, 1986, 1988).

O fator Paixão consistiria na expressão de desejos e necessidades, como necessidades de auto-estima, entrega, submissão e satisfação sexual.

O fator Decisão/Compromisso teria 2 aspectos, um a curto e outro a longo prazo. O aspecto a curto prazo é a decisão de amar outra pessoa e o de longo prazo é o compromisso em manter esse amor, os quais podem não ocorrer simultaneamente. O fator Decisão de amar não implica em compromisso e o inverso também é possível, quando o compromisso por uma relação se estabelece sem o acordo de um dos parceiros, em matrimônios arranjados, por exemplo. Nesses casos, ainda que possa carecer de intimidade e paixão, a decisão/compromisso mantém a relação.

A partir da combinação desses três componentes, Sternberg identificou sete diferentes tipos de amor:

	Intimidade	Paixão	Compromisso
1. Amizade	X		
2. Paixão		X	
3. Amor vazio			X
4. Amor romântico	X	X	
5. Amor companheiro	X		X
6. Amor instintivo		X	X
7. Amor verdadeiro	X	X	X

Um relacionamento baseado em um único elemento teria menos

chances de sobreviver do que um baseado em dois ou mais. Presente somente o componente Intimidade, o amor se caracterizaria pelo carinho, sem a paixão ou o comprometimento, denominado por ele como Amizade. A presença exclusiva do componente Paixão daria origem a uma relação em que predomina o alto grau de desejo sexual, podendo tanto surgir como se dissipar instantaneamente. O amor baseado somente no elemento Decisão/Compromisso foi denominado pelo autor como Amor vazio e pode ser observado naquelas relações em que a intimidade e a atração física já deixaram de existir (Sternberg, 1986, 1988).

Os fatores Intimidade e Paixão juntos produziram o Amor romântico, o qual Sternberg referiu ser um tipo de amor bastante descrito na ficção. Como exemplo, ele citou Romeu e Julieta, que possuíam uma ligação bastante forte, mas sem possibilidade de estabelecer um Compromisso. A combinação entre a Intimidade e a Decisão/Compromisso, por sua vez, formaria o Amor companheiro, comum entre casais que permanecem unidos e felizes mesmo depois que a atração física termina. O Amor instintivo seria factual, podendo ser associado ao amor à primeira vista, ou seja, quando se verificam as dimensões da Paixão e da Decisão/Compromisso, sem que se tenha tido tempo para estabelecer qualquer vínculo de Intimidade. Por último, Sternberg (1986, 1988) chamou de Amor verdadeiro aquele que seria pleno, uma vez que teria os três vértices do triângulo na sua composição.

Para fornecer suporte empírico à Teoria Triangular do Amor, foi criada uma escala com os três componentes teóricos acima descritos. A validação de construto da Escala Triangular do Amor de Sternberg (ETAS)

foi realizada nos Estados Unidos com a participação de 84 adultos. Com relação à consistência interna da ETAS, as análises mostraram coeficientes alfas em torno de 0.80 (Sternberg, 1997). No entanto, um dos grandes problemas da escala foi a elevada correlação entre a Intimidade, a Paixão e a Decisão/Compromisso, em desacordo com a teoria. Outras aplicações da escala em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil (Hendrick e Hendrick, 1989; Hernandez, 1999) também encontraram o mesmo problema constatado por Sternberg (1997).



## **2 AMOR PATOLÓGICO & PSIQUIATRIA**

---

Através desse levantamento dos dados históricos e psicopatológicos relacionados ao AP, descrito no Capítulo 1, verificamos que existe pelo menos uma dezena de denominações diferentes para o quadro pesquisado no presente trabalho. São elas:

- Amor possessivo
- Amor obsessivo
- Amor paixão
- Falso amor
- Amor complementar

- Amor mania
- Amor ansioso-ambivalente
- Amar demais
- Dependência (*Love addiction*)
- Amor patológico

Dentre essas opções, nós elegemos Amor patológico (AP), uma vez que a literatura ainda não comprovou cientificamente a associação entre esse quadro e transtornos psiquiátricos, como comportamento obsessivo, compulsivo ou dependência, como sugerem algumas nomenclaturas acima.

Independentemente das variações histórico-culturais e da denominação utilizada, o relacionamento amoroso é uma das áreas fundamentais da nossa vida, sendo de suma importância para o nosso humor, para a nossa capacidade de concentração, para a nossa energia e para a nossa saúde mental (Amélio, 2001).

Segundo a estudiosa de comportamentos amorosos Brendali Bystronski (1992, 1995), é na esfera das relações interpessoais que o ser humano vive suas mais fortes emoções, dentre elas o (des)prazer e a (in)felicidade decorrentes do amor vivenciado como algo saudável ou como algo patológico.

Os relacionamentos amorosos saudáveis e satisfatórios são a fonte mais importante de bem-estar, de felicidade e de enriquecimento pessoal (Bystronski, 1995; Marazziti, 2007). Quando terminam, podem provocar grandes sofrimentos, necessários para incorporar mais aprendizagens. Em contrapartida, quando a maneira de amar é patológica e

mesmo assim é mantida, ou seja, o indivíduo não se mostra apto nem para melhorar sua maneira de amar e nem para romper com o relacionamento insatisfatório, o sofrimento passa a ser excessivo e a saúde mental do indivíduo pode estar comprometida, assinalando para o clínico a necessidade do entendimento e do tratamento psicoterápico e medicamentoso do AP.

## **2.1 Descrição de três casos clínicos**

Com o intuito de facilitar a compreensão do que convencionamos chamar de AP, passamos a descrever três casos clínicos. São indivíduos que participaram dessa pesquisa e também do nosso Programa de tratamento no Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI); eles recebem aqui nomes fictícios, para que o anonimato seja devidamente preservado. São eles:

- Regiane, 42 anos, comparece à consulta pedindo ajuda por se sentir dependente de um homem com quem está envolvida há 20 anos e com o qual, apesar de nunca terem vivido maritalmente e dela saber que ele nunca correspondeu ao que ela desejaria (ele tem outras mulheres, não a procura, nunca cuidou da filha etc.), não consegue romper ou melhorar a relação. Conheceu o mesmo aos 14 anos, engravidou dele aos 16 anos e abortou. Ele rompeu a relação e voltaram quando a paciente tinha 24 anos. Aos 26 anos, ela engravidou novamente e deu à luz a uma menina. Novamente o mesmo a deixou, nunca assumiu responsabilidades afetivas ou financeiras de pai e voltaram a ter contato aos 33 anos, por conta de um

processo de pensão alimentícia que ela moveu, ainda com intenção de manter o mesmo próximo. Depois, Regiane abriu mão da pensão, em troca de encontros esporádicos. Quando ele falha em comparecer nos compromissos ou não retorna suas diversas ligações telefônicas, Regiane fica muito irritada, angustiada e agressiva. Em seguida, Regiane se arrepende desses comportamentos, se culpa pelo ocorrido e implora por uma nova chance. Apresenta depressão.

- Kelly, 33 anos, segundo grau completo, técnica em Prótese Dentária, sem filhos, refere que está namorando há 18 meses e há 7 meses tenta se separar, pois ele a agride verbal e fisicamente, abusando de álcool e drogas. No último ano, sofreu diminuição brusca de peso, com irritabilidade, tensão muscular e insônia sempre que o parceiro se distancia e vai tocar em “barzinhos” sozinho. Em seus relacionamentos anteriores, refere que já era controladora e ciumenta e, com o parceiro atual, isto é motivo de muitos problemas, pois é agredida quando se comporta assim. Não apresenta transtorno psiquiátrico associado.

- Moacir, 41 anos, divorciado, economista e comerciário. Namora há 4 anos, relata ser dependente da namorada, cobra a disponibilidade afetiva e cotidiana dela, o que refere ser o motivo das brigas constantes, pois ela diz que ele é muito pegajoso. Após essas brigas, sente-se muito frustrado e acaba concordando que deve mudar, que ela está certa em ter se distanciado e pede para reconciliar, devido ao medo de perder a parceira. Há um ano e meio apresenta desânimo e perda de concentração e rendimento no trabalho. Apresenta depressão leve e ejaculação precoce.

## **2.2 Características clínicas e etiológicas**

O AP é caracterizado pelo comportamento de prestar atenção e cuidados ao parceiro de maneira repetitiva e desprovida de controle em uma relação amorosa, sendo que esta conduta passa a ser prioritária para o indivíduo, em detrimento de outros interesses antes valorizados (Simon, 1982; Fisher, 1990; Sophia et al., 2007). Mesmo após evidências concretas de que tal comportamento é prejudicial para sua vida e/ou para a vida de seus familiares, esta atitude excessiva é mantida pelo indivíduo com AP (Norwood, 1985; Sophia et al., 2007).

Do ponto de vista fisiológico, estudos realizados com animais demonstraram que essa vinculação patológica a um determinado parceiro pode ser explicada por dois sistemas neuronais, responsáveis pela seleção e pela preferência por um parceiro específico: o sistema dopaminérgico córtico-estrial, que também é responsável por comportamentos relacionados à volição (Robinson e Berridge, 1993) e pela capacidade de vinculação social (Volkmar, 2001), e o sistema de neuropeptídeos transmissores formado pela ocitocina, pela vasopressina e pelos opióides endógenos. A ocitocina e a vasopressina atuam como moduladores na preferência por determinado parceiro (Wang e Aragona, 2004), enquanto os opióides endógenos, como a betaendorfina, seriam responsáveis pela sensação prazerosa na consumação do ato sexual e, possivelmente, de outros comportamentos instintivos (van Furth et al., 1995).

Em seres humanos, a psiquiatra italiana Donatella Marazziti, em seu livro publicado em 2002 *La natura dell' amore: Conosere i sentimenti per*

*viverli meglio*, explicou sobre a neurofisiologia das duas etapas do amor romântico: Atração (que pode dar início à paixão) e Apego (a base do amor) (Marazziti, 2007).

Na etapa da Atração, ocorreriam sensações universalmente inatas em nossa espécie, as quais ativariam todos os estímulos sensoriais (olfato, audição, tato, gosto e visão) e que se cruzariam na amígdala, a estrutura do sistema límbico responsável pelas emoções e pelas respostas correspondentes. A amígdala, então, informaria o córtex o que está acontecendo, esse nos tornaria conscientes desse sentimento e nos propiciaria a experimentação da sensação de prazer despertada pelo indivíduo/objeto da paixão. Segundo essa autora, a atividade da amígdala seria mediada sobretudo pela serotonina. O mau funcionamento do controle serotoninérgico, portanto, poderia ser a causa da queixa da incapacidade de apaixonar-se, comumente apresentada por pacientes deprimidos (Marazziti, 2007).

Ainda na amígdala, a dopamina aumentaria a sua responsividade e, assim, provocaria a sensação de "perder a cabeça", além de reduzir a ação de freio do córtex. Para Marazziti, o estado de alerta geral, a ativação psicomotora e o aumento de energia e atenção sugerem, ainda, que também são altas as concentrações de noradrenalina nessa etapa. As idéias intrusivas e repetitivas com relação ao parceiro, comuns na etapa da Atração, por sua vez, estariam associadas às idéias obsessivas presentes no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (Marazziti et al., 1999; Marazziti, 2007).

Na etapa do Apego estariam atuando principalmente dois peptídeos, responsáveis pelos comportamentos sociais: a ocitocina, fundamental para o desenvolvimento do comportamento materno e sexual, além de reduzir a ansiedade de separação nas crianças e a vasopressina, mais relacionada à regulação da conduta paterna (Marazziti, 2007).

Dois anos depois, em 2004, a antropóloga americana Helen Fisher publicou resultados semelhantes. Durante mais de seis anos, foi utilizada ressonância magnética funcional (fMRI) em 40 homens e mulheres, para tentar registrar a atividade cerebral de indivíduos que acabaram de se apaixonar. Um dos resultados importantes foi que algumas partes do corpo e da ponta do núcleo caudado do cérebro (grande região primitiva e em forma de C) se tornam mais ativas quando o amante olha a foto do amado. A autora concluiu que o amor humano não é uma emoção, mas sim um instinto (como a fome) instalado no cérebro humano ao longo da evolução da nossa espécie. Assim como todos os impulsos básicos do ser humano, o amor romântico (ou paixão) é difícil de controlar e focalizado em uma recompensa específica (o parceiro), como a fome é focalizada na comida (Fisher, 2004).

Os resultados desse estudo evidenciaram que, quando um indivíduo se apaixona, áreas específicas do cérebro "se acendem", ou seja, ocorre um aumento do fluxo sanguíneo em regiões específicas do cérebro (Fischer, 2004). Existem três diferentes impulsos relacionados ao amor, cada um com compostos químicos próprios: Amor romântico (ou Paixão), Atração sexual (ou Luxúria) e de Ligação (ou Vinculação). O primeiro estaria associado ao estimulante natural dopamina e, talvez, norepinefrina e

serotonina; o segundo ocorre desde a adolescência e é de responsabilidade biológica da testosterona (para ambos os sexos) e; na fase de Ligação, os hormônios ocitocina (contribui para as uniões sociais, inclusive entre macho e fêmea e entre mãe e filho) e vasopressina (atualmente conhecido como o hormônio da fidelidade) (Fisher, 2004).

Para confirmar o caráter universal desses dados sobre as respostas em áreas cerebrais específicas, essa autora ainda criou e aplicou um questionário sobre o amor romântico em 437 americanos e 402 japoneses. Os resultados confirmaram que as variáveis idade, gênero, orientação sexual, religião e etnia não faziam diferença nas respostas dos apaixonados.

Ainda sobre os aspectos neurológicos, a feniletilamina (um dos mais simples neurotransmissores), conhecida há cerca de 100 anos, só recentemente começou a ser associada ao amor. Trata-se de uma molécula natural, semelhante à anfetamina, e suspeita-se que a sua produção no cérebro possa ser desencadeada por eventos amorosos simples, como uma troca de olhares ou um aperto de mãos. Em 1983, o médico Michael Lebowitz, do Instituto Psiquiátrico Estadual de Nova Iorque, publicou a primeira proposta de associação entre feniletilamina e amor, que encontrou que o cérebro do apaixonado apresenta grandes quantidades de feniletilamina e que esta substância poderia responder, em grande parte, pelas sensações e modificações fisiológicas comumente observadas na fase da paixão.



Com relação aos aspectos comórbidos, o entendimento do AP é controverso. Alguns autores sugerem que o AP pode se manifestar isoladamente em personalidade vulnerável (Timmreck, 1990; Gjerde et al., 2004), com baixa auto-estima (Timmreck, 1990; Nelson et al., 1994; Bogerts, 2005) e sentimentos de rejeição, de abandono e de raiva (Timmreck, 1990; Moss 1995; Donnellan et al., 2005), ou pode se apresentar secundariamente a transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade (Peele, 1975; Simon, 1982; Norwood, 1985; Wang e Nguyen, 1995; Donnellan et al., 2005) ou transtorno obsessivo-compulsivo (Marazziti et al., 1999; Leckman e Mayes, 1999). Nesse caso, a gravidade dos sintomas psiquiátricos contribuiria para a manutenção de relacionamentos patológicos.

Nos estágios iniciais, assim como ocorre com o usuário experimental de cocaína ou de outro estimulante, esse padrão de relacionamento propiciaria alívio da angústia, pois o permanente estado de estresse acarretaria liberação adrenérgica e protegeria o indivíduo contra a manifestação dos sintomas angustiantes inerentes à depressão. Ainda de acordo com essa hipótese, o relacionamento conturbado protegeria o indivíduo também contra a ansiedade. O sujeito com AP costuma acreditar que o parceiro trará significado para sua vida, ilusão que inicialmente alivia a ansiedade (de separação) de ter que dar conta de si sozinho (Pinsky, 1951; Simon, 1982; Norwood, 1985).

A sintomatologia psiquiátrica associada ao AP também é controversa. Alguns autores encontraram que o problema em questão caracteriza-se como dependência de amor, um subtipo de transtorno de

personalidade dependente (Pincus e Wilson, 2001; Ellis e Mellsop, 2002). Outros, ainda, o relacionam às dependências comportamentais ou "*love addiction*" (Peele e Brodsky, 1975; Simon, 1982; Timmreck, 1990).

Além dessas características individuais, alguns aspectos familiares e sócio-culturais também podem favorecer o desenvolvimento do AP.

Do ponto de vista psicológico e psicanalítico, Amaro (2006) referiu que o amor é uma característica do amadurecimento humano. A criança necessita muito de amor, mas ainda não ama. Tem o potencial para desenvolver amor (Bowlby, 1969; Bowlby, 1979) o qual, se devidamente estimulado, surgirá e, se não for estimulado pelo meio ambiente, irá se deteriorar. Por essa razão, indivíduos imaturos necessitam de amor, mas não amam. Assim como a linguagem é uma capacidade inata do ser humano, como potencial, e só se desenvolverá se for devidamente estimulada pelo ambiente externo, o amor também é um potencial inato da criança, que ela desenvolverá ou não, em decorrência do estímulo e do aprendizado recebido dos pais. Assim, segundo essa conceituação, o amor é uma função exclusiva da parte amadurecida da personalidade e, portanto, diferente do conceito de sexo (Amaro, 2006).

Portanto, receber amor é fundamental para que as crianças desenvolvam a capacidade de amar, necessária para os relacionamentos da vida adulta (Bowlby, 1969; Bowlby, 1979; Hazan e Shaver, 1987; Donnellan et al., 2005; Amaro, 2006). Através do conceito atual de liberdade, os lares se tornaram permissivos, com pais distantes ou desajustados, muitos alcoolistas ou abusadores e, em conseqüência, um número maior de

crianças passaram a nutrir medo de serem abandonadas (Norwood, 1985; Timmreck, 1990). Para evitar o abandono temido, muitas costumam assumir responsabilidades dos pais, cuidando dos irmãos e dos afazeres domésticos, por exemplo (Norwood, 1985).

Essas características familiares – abuso de substâncias e história de negligência física e/ou emocional na infância – podem estar associadas ao desenvolvimento do AP (Norwood, 1985), uma vez que, na vida adulta, esses indivíduos podem reproduzir esse modelo de relacionamento registrado na infância (Hazan e Shaver, 1987). Nesse caso, seriam atraídos por parceiros distantes e inseguros, dependentes de drogas (Norwood, 1985) e/ou que necessitam de cuidados diversos (decorrentes da própria imaturidade emocional ou profissional), ou seja, parceiros seguros e gentis seriam desconsiderados (Simon, 1982; Norwood, 1985).

Confirmando essa repetição de modelo da infância entre os indivíduos com AP, um estudo realizado com 50 casais (Mayor, 2007) utilizou as 26 histórias de amor elencadas por Sternberg (1996, 1998), correlacionando histórias reais e ideais. A autora observou correlação significativa entre a história atual de Vício (quando um dos parceiros apresenta intensa necessidade de atenção do outro, inclusive com sintomas de abstinência na falta dele, conceito semelhante ao AP) e a própria história ideal de Vício (0.61,  $p < 0.05$ ), sugerindo que a vivência do Vício na atualidade (história real) poderia ser explicada pela repetição de um modelo familiar de Vício que, apesar de angustiante, seria a história (ideal) possível para estes indivíduos.

Com relação à prevalência entre os gêneros, apesar de não encontrarmos estudos epidemiológicos sobre esse tema na literatura, sabe-se que o AP pode acometer homens e mulheres, mas que parece ser particularmente mais comum na população feminina. Em geral, as mulheres apresentam maior tendência a considerar o relacionamento amoroso como prioridade em suas vidas, iludidas de que um homem trará significado para sua vida (Goldberg, 1980; Simon, 1982; Norwood, 1985; Bogerts, 2005). Entre os homens, por sua vez, parece ocorrer prevalência de dependências por atividades mais externas e impessoais, como jogo, trabalho, esportes ou *hobbies* do que com amor, mais interno e pessoal (Norwood, 1985).

Este fato foi confirmado por estudo realizado em 1996, sobre as atitudes associadas com o amor (Lemieux, 1996), o qual concluiu que atualmente as mulheres ainda dão maior importância aos relacionamentos amorosos do que os homens, incluindo aspectos como atividades conjuntas, ocasiões especiais, presentes, abnegação e sacrifício pelo relacionamento.

### **2.3 Critérios para Identificação**

Além das características clínicas acima mencionadas, alguns autores sugerem semelhanças entre as características do AP e os critérios diagnósticos empregados na dependência de substâncias (Simon, 1982; Norwood, 1985). A partir da comparação entre os critérios para dependência de substâncias apresentados pela *American Psychiatric Association* (1994) e as características dos sujeitos com AP, verificamos que pelo menos seis critérios são comuns a estes também. Assim, estabelecemos os critérios

para identificação deste quadro (Sophia et al., 2007):

1) Sinais e sintomas de abstinência – quando o parceiro está distante (física ou emocionalmente) ou mediante ameaça de abandono, como o rompimento da relação, por exemplo, podem ocorrer: insônia, taquicardia, tensão muscular, alternando-se períodos de letargia e intensa atividade.

2) O ato de cuidar do parceiro ocorre em maior quantidade do que o indivíduo gostaria – o indivíduo costuma se queixar de manifestar atenção ao parceiro com maior frequência ou por período mais longo do que pretendia inicialmente.

3) Atitudes para reduzir ou controlar o comportamento patológico são mal sucedidas – em geral, já ocorreram tentativas frustradas de diminuir ou interromper a atenção dispensada ao companheiro.

4) É dispendido muito tempo para controlar as atividades do parceiro – a maior parte da energia e do tempo do indivíduo é gasta com atitudes e/ou pensamentos para manter o parceiro sob controle.

5) Abandono de interesses e atividades antes valorizadas – como o indivíduo passa a viver em função dos interesses do parceiro, as atividades propiciadoras da realização pessoal e desenvolvimento profissional são deixados de lado, incluindo: cuidado com filhos, investimentos profissionais, convívio com colegas etc.

6) O AP é mantido, apesar dos problemas pessoais, familiares e profissionais – mesmo consciente dos danos decorrentes desse comportamento para sua qualidade de vida, persiste a queixa de não conseguir controlar a conduta patológica.

## **2.4 Diagnóstico diferencial**

### **2.4.1 Amor saudável**

No amor, assim como ocorre em outros comportamentos excessivos, como jogo, sexo e compras, não é tarefa fácil se estabelecer o limiar entre o que é normal e patológico.

Com relação às atitudes relacionadas ao amor, cuidar do parceiro é algo natural e até esperado em um relacionamento amoroso saudável. Nesse caso, contrariamente ao que ocorre no AP, tal comportamento ocorre com controle e duração limitada e o desenvolvimento e a realização pessoal são preservados (Sophia et al., 2007).

Nesse tipo de relação (saudável), costumamos observar que as atividades e os interesses individuais, existentes antes do relacionamento se estabelecer – atenção aos filhos, cuidados pessoais, amigos, dentre outros exemplos – são mantidos ou aprimorados, em função da realização e desenvolvimento pessoal dos parceiros (Simon, 1982; Sophia et al., 2007).

No caso do AP, é bastante comum recebermos a queixa por parte da pessoa de não estar conseguindo manter a atenção e a concentração no trabalho e demais atividades, de estar deixando de lado o cuidado com filhos, de ter deixado o convívio com demais familiares e amigos, tudo isso em função da excessiva preocupação com o parceiro.

### **2.4.2 Erotomania**

O AP deve ser diferenciado do transtorno delirante descrito classicamente como erotomania (Kraepelin, 1921), por diversos estudiosos (Clérambault, 1942; Pinsky, 1951; Raskin e Sullivan, 1974; Ey et al., 1984; Gaddall, 1989; Rudden et al., 1990; Mullen e Pathé, 1994), como uma crença delirante de ser amado por outra pessoa, em geral desconhecida e de posição social superior.

No AP, o que ocorre é que o indivíduo apresenta oscilação entre uma certeza (ilusória) de que o parceiro real (do presente ou do passado), irá amá-lo e uma insegurança referente ao amor desse parceiro. O sujeito costuma referir bem estar nos momentos de ilusão e, quando constata a realidade, ou seja, o distanciamento e/ou a rejeição por parte do parceiro, os sentimentos de raiva e culpa se acentuam (Sophia et al., 2007; Sophia et al., 2008).

### **2.4.3 Ciúme patológico**

O ciúme patológico caracteriza-se pelo medo da perda do outro ou do seu afeto (amor), decorrente de auto-estima rebaixada e da sensação de insegurança. Assim como ocorre no AP, a distinção entre o normal e o patológico é difícil nesse quadro (Mooney, 1965; Rudden et al., 1983; Ferreira-Santos, 1998; Bogerts, 2005).

Além do ciúme patológico, existe o delírio de ciúmes, ou síndrome de Othello, outro tipo de transtorno delirante, e o ciúme obsessivo, um sintoma associado ao transtorno obsessivo-compulsivo, cujos portadores

também podem apresentar ciúmes exagerados com relação ao parceiro.

O grande diferencial entre o delírio de ciúmes e o AP é que o primeiro é um quadro mais freqüente entre homens portadores de alcoolismo crônico, demência ou com efeito paradoxal de drogas (amantadina). Nesses casos, os indivíduos apresentam uma preocupação infundada, irracional e resistente à arguição lógica, adotando eventos comuns do dia-a-dia como provas da "veracidade" do conteúdo delirante (Sophia et al., 2008).

O potencial para atitudes violentas e egoístas também é enfatizado nesse quadro delirante, o que vem despertando importante interesse por parte da psiquiatria forense (Mooney, 1965; Ferreira-Santos, 1998).

No AP, assim como pode ocorrer no ciúme obsessivo, as mulheres predominam e ocorre excessiva desconfiança e possessividade as quais costumam ser motivadas, além da baixa auto-estima, pela insegurança que, no caso do sujeito com AP, são decorrentes de atitudes reais do parceiro, em momentos de constatação de dados viáveis e reais sobre ele (referentes ao momento atual ou anterior).

Uma proposta de diferencial entre o ciúme obsessivo e o AP, está de acordo com nossa experiência clínica e, também, com a Teoria da triangulação de (Freud, 1996). Conforme abordamos anteriormente, a etiologia psicológica do AP pode estar relacionada ao tipo de apego disfuncional entre mãe e bebê, aprendido em torno de 1 ano de idade e na decorrente tentativa de recuperação da relação diádica (Freud, 1976), pelo indivíduo com AP, no relacionamento a dois. O ciúme pode existir, porém



com intenção de controlar o outro para receber o afeto perdido (em falta).

O ciúme obsessivo, por sua vez, instaura-se em fase posterior do desenvolvimento, denominada Complexo de Édipo (em torno dos 5 anos), quando deveria ocorrer a entrada do pai (terceiro elemento) na relação mãe-filho. No entanto, quando a mãe não favorece essa entrada, o filho pode permanecer em relação diádica com ela e entrar em competição com o pai (ou qualquer outro terceiro elemento posterior) e passar a nutrir intenso ciúmes da mãe (ou da parceira), em caso de tentativa de aproximação. Segundo bem relatou Freud, “apaixonar-se por um dos pais e odiar o outro figuram entre os componentes essenciais do acervo de impulsos psíquicos que se formam nessa época e que é tão importante na determinação dos sintomas da neurose posterior” (Freud, 1996, p 256).

Assim, a principal queixa do indivíduo com AP com ciúmes é a falta de afeto do indivíduo do sexo oposto e, no caso do ciumento, prevalece a rivalidade e a agressividade para com o indivíduo do mesmo sexo.

#### **2.4.4 Transtorno de personalidade borderline**

O transtorno de personalidade com instabilidade emocional, tipo borderline, além de acentuada impulsividade desde a infância, é caracterizado pela intensidade e instabilidade nas diversas relações interpessoais – com pais, filhos, amigos, colegas de trabalho etc. – e, também, na auto-imagem e nos afetos (APA, 1994).

No sujeito com AP, por sua vez, estes sintomas impulsivos e instáveis também são comuns, mas se manifestam exclusivamente em

relação ao parceiro, sobretudo em situações de ameaça de abandono ou de rompimento da relação (Sophia et al., 2008). Quando investigamos as demais situações de vida e relações, como trabalho, amigos e demais familiares, verificamos que ocorre uma maneira estável de se relacionar.

Além disso, outro diferencial é que, no indivíduo borderline, existe uma tendência a adotar um comportamento auto-destrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas (APA, 1994), contrariamente ao que costuma ser relatado pelo indivíduo com AP que, mesmo em momentos de intensa angústia e sensação de "sem saída", não costuma apresentar tais condutas extremistas contra si e, muito menos, contra o outro.

#### **2.4.5 Co-dependência**

Apesar de não ser classificada como um transtorno psiquiátrico, a co-dependência, definida como um comportamento problemático, desajustado ou doentio, associado à vida, ao trabalho ou a qualquer outra situação de proximidade com uma pessoa que sofre de dependência de drogas (Lawson, 1999), é um quadro compreendido, desde a década de 70 e 80, como uma dificuldade comumente apresentada por familiares de dependentes químicos com relação à maneira de lidar com o dependente.

Embora esse termo inicialmente tenha sido citado em estudos sobre drogadicção, referindo-se especificamente aos familiares daqueles que abusam de álcool, atualmente co-dependência tem sido utilizado quase genericamente, para descrever um estilo de conduta disfuncional relativa também a outras dependências comportamentais como jogo patológico,

compulsivos sexuais, dentre outros (Stafford, 2001).

Apesar da co-dependência e do AP serem condições díspares, no que se refere à manifestação, elas se assemelham em dois comportamentos: 1) intromissão na vida do parceiro, incluindo horário de tomar banho, alimentação, vestuário dentre outros cuidados; 2) auto-responsabilização pela vida dessa outra pessoa. Evidentemente, essas atitudes favorecem o comportamento irresponsável ainda por parte do parceiro (eventualmente problemático), fato que não é nosso objetivo discutir.

Observamos, nos dois quadros, um conjunto de padrões de conduta e pensamentos (patológicos) que, além de compulsivos, produzem sofrimento (Prest et al., 1998). O co-dependente, assim como o indivíduo com AP, almeja ser o "salvador", "protetor" ou "consertador" do familiar carente e/ou imaturo, necessidade essa que provavelmente decorre da baixa auto-estima (Stanley, 2004).

Apesar dessa semelhança, AP e co-dependência claramente se diferenciam em pelo menos três pontos importantes, a saber:

1) A co-dependência é um fenômeno que pode acometer mães (e pais), avós (e avôs), filhos(as), esposas (e maridos) e namorados(as) de indivíduos portadores de dependência (química ou comportamental); o AP, por sua vez, é uma conduta patológica que se expressa somente em relacionamentos amorosos, ou seja, de um parceiro em relação ao outro (Sophia et al., 2007; Sophia et al., 2008).

2) Contrariamente à co-dependência, o AP pode ocorrer em relação a parceiros não dependentes de substâncias ou comportamentos. Com relação ao perfil dos companheiros, supõe-se, apenas, que estes costumam se mostrar carentes de cuidado em algum aspecto não resolvido em suas vidas, como imaturidade física, de idade, profissional ou emocional, por exemplo (Norwood, 1985).

3) Mesmo nos casos em que os parceiros apresentam algum tipo de dependência (química ou não química), observamos que, quando esses parceiros se abstêm do objeto de escolha (da droga, por exemplo) e dirigem sua atenção e afeto para o indivíduo com AP, este costuma referir sentir-se "completo", "pleno" (sic). Esse relato está de acordo com a hipótese de que existe carência de afeto no indivíduo com AP a qual, quando é preenchida (com a atenção do parceiro), gera sensação de completude. No caso da co-dependência, os parceiros costumam ter conduta ambivalente (Mello, 1999) e, classicamente, quando os dependentes estão abstinentes, eles apresentam condutas facilitadoras para a recaída, como dar dinheiro para comprar drogas, montar um bar na casa de alcoolista ou acobertar o uso mentindo para os demais familiares (Rotunda et al., 2004).

Tais condutas características da co-dependência são entendidas por alguns autores como decorrentes da própria convivência com dependente químico. O estresse de viver com um alcoolista favoreceria a presença de personalidades co-dependentes entre as esposas de alcoólatras (Stanley, 2004). No caso do AP, mesmo com termos diferentes, conforme abordamos no Capítulo 2 desse trabalho (amor obsessivo, amor

excessivo, dependência, etc.), vários estudos abordam a sua etiologia em relações e sintomas existentes desde a infância (Simon, 1982; Norwood, 1985; Timmreck, 1990; Nelson et al., 1994; Moss, 1995; Erwin, 1999; Pincus e Wilson, 2001; Eisenstein, 2004; Bogerts, 2005; Donellan et al., 2005).

Assim, existe a possibilidade que parte da população com AP esteja sendo tratada, nos centros de tratamento para dependência química, como co-dependente, recebendo apenas orientação sobre como lidar com a dificuldade dos parceiros (Rotunda et al., 2004).

#### **2.4.6 Transtorno obsessivo-compulsivo**

Alguns autores referem que os pensamentos intrusivos sobre o parceiro, manifestados pelo indivíduo com AP, teriam relação com o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Leckman e Mayers, por exemplo, identificaram que os padrões neurológicos, comportamentais e genéticos relacionados ao amor romântico e parental estariam associados ao TOC. Marazziti et al. compararam 20 sujeitos recentemente apaixonados (últimos 6 meses), 20 com TOC (não medicados) e 20 normais (grupo controle). A conclusão foi que ocorrem alterações neuroquímicas semelhantes no transporte de serotonina (5-HT) em portadores de TOC e em indivíduos com pensamentos obsessivos pelo parceiro. Ambos apresentaram índices significativamente inferiores desse neurotransmissor em comparação com os indivíduos normais (Marazziti et al., 1999).

Estes dados acima referem-se, no entanto, à fase inicial do

relacionamento (paixão), momento do relacionamento anterior à vinculação amorosa em que se encontra (e se fixa) o indivíduo com AP, o qual, em nosso estudo, apresentou associação com TOC em apenas 8.0% dos casos. Além disso, sabemos que, nas compulsões e obsessões, o ato repetitivo (por exemplo, lavar as mãos, organizar, verificar) visa evitar o pensamento intrusivo e que gera sofrimento para o indivíduo, ou seja, existe uma distância entre a representação mental e o ato, sendo que o pensamento recorrente é ego-distônico (APA, 1994).

No AP, nossa experiência clínica tem demonstrado o contrário, ou seja, costuma ocorrer convergência entre a idéia repetitiva de controlar o parceiro para obter a sua atenção e o desejo do indivíduo; o pensamento é ego-sintônico. Assim, acreditamos que o indivíduo com AP, ao contrário do que se verifica no portador de TOC, apresenta um desejo (imperativo) de receber atenção e afeto do parceiro, o que aproxima o quadro em estudo mais de uma impulsão do que de uma compulsão ou obsessão, portanto.

Além dessa hipótese referente à impulsividade, outra explicação para os pensamentos repetitivos do indivíduo com AP seria que, do ponto de vista neurológico, ele permaneceria fixado na fase da paixão. Deixamos essa sugestão para estudos posteriores.

#### **2.4.7 Outros transtornos mentais**

Além dos quadros acima referidos, outros transtornos mentais, como a esquizofrenia, a mania ou a síndrome cerebral orgânica devem ser excluídos para o correto diagnóstico diferencial do AP (Bogerts, 2005).

## **3 OBJETIVOS**

---

### **3.1 Objetivo principal**

Contribuir para a caracterização do AP, através da comparação entre indivíduos com AP e indivíduos saudáveis.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Avaliar e comparar os dois grupos com relação a características de personalidade e grau de impulsividade;
- Avaliar e comparar os dois grupos com relação à satisfação no relacionamento, estilo de amor e tipo de apego;

- Analisar indivíduos com AP quanto ao gênero;
- Analisar indivíduos com AP quanto à presença de quadros psiquiátricos;
- Analisar a correlação entre AP e intensidade de amor.



## 4 HIPÓTESES

---

**HIPÓTESE NULA:** sintomas depressivos e impulsividade são semelhantes no grupo de indivíduos com AP e no grupo de indivíduos saudáveis;

**HIPÓTESE 1:** sintomas depressivos e impulsividade são mais frequentes no grupo de indivíduos com AP do que no grupo de indivíduos saudáveis.

**HIPÓTESE NULA:** os escores de estilo de amor Mania e tipo de apego Ansioso-ambivalente são semelhantes no grupo de indivíduos com AP e no grupo de indivíduos saudáveis;

**HIPÓTESE 2:** os escores de estilo de amor Mania e tipo de apego Ansioso-ambivalente são mais comuns no grupo de indivíduos com AP do que no grupo de indivíduos saudáveis.

## **5 MÉTODOS**

---

### **5.1 Os sujeitos**

#### **5.1.1 Amostragem**

Neste estudo de associação, nos propomos a comparar dois grupos distintos: indivíduos com AP e indivíduos saudáveis. Por se tratar de pesquisa exploratória, tendo em vista não dispormos de estudos prévios sobre o tema, foi estimado no projeto de pesquisa uma amostra de conveniência (n=80), composta por 40 indivíduos com AP e 40 indivíduos saudáveis. Apesar dessa estimativa inicial, com o intuito de ampliar o poder estatístico da nossa amostra, ampliamos para 89 sujeitos.

### 5.1.2 Seleção dos indivíduos com amor patológico

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

**Amor patológico (AP): obsessão, dependência, compulsão ou o quê? Estas questões são o ponto de partida para estudo inédito que está sendo desenvolvido pelo Ambulatório de Transtornos do Impulso - AMITI - do Instituto de Psiquiatria-IPq-HC.**

Para a pesquisa, estão sendo aceitos voluntários de ambos os sexos, a partir de 18 anos, que estejam vivenciando um relacionamento destrutivo.

Mais comum em mulheres (que tendem a valorizar mais o relacionamento afetivo do que os homens), o AP caracteriza-se pela atenção e cuidados excessivos com o parceiro, sem controle e sem liberdade de escolha, passando a ser objeto prioritário na vida da pessoa, em detrimento de outros interesses antes valorizados.

As triagens são agendadas pelo tel. 3069 7805 (somente às quartas-feiras, das 10:00 às 17:00hs). Os voluntários participarão de dezesseis sessões de psicoterapia e psicodrama em grupo.

Os critérios de inclusão para os 74 voluntários que nos procuraram foram: ambos os sexos, residentes na cidade de São Paulo, pelo menos 1º grau completo, concordância em participar da pesquisa através da assinatura de termo de consentimento (Anexo 1) e diagnóstico de AP, confirmado em entrevista clínica realizada por psicólogo ou psiquiatra devidamente treinado para esse fim.

Apesar de ser um critério de exclusão, nenhum indivíduo com patologias clínicas graves que demandassem tratamento em nível de internação se ofereceu como voluntário. Dos 74 voluntários iniciais, foram excluídos indivíduos:

- com prejuízos cognitivos que prejudicassem a compreensão dos objetivos da pesquisa e do preenchimento das escalas de avaliação (3);
- que se recusaram a participar da pesquisa por falta de tempo (2);
- ausência de AP e presença de outros diagnósticos, como transtorno de personalidade dependente (2), ciúmes patológico (4), transtorno de personalidade borderline (2);
- ausência de AP e de diagnósticos psiquiátricos: insatisfeitos com a conduta de rejeição do parceiro atual (6), insatisfeitos com conduta de AP do parceiro (2), família insatisfeita com escolha da parceria (3).

Portanto, a amostra de indivíduos com AP, estimada inicialmente em 40 indivíduos, foi ampliada para 50.

### **5.1.3 Seleção dos indivíduos saudáveis**

Nossa amostra de comparação (n=39), por sua vez, foi composta por indivíduos saudáveis, ou seja, sem patologia psiquiátrica e sem AP, participantes do projeto temático "Estudo psicobiológico da regulação emocional a partir dos efeitos de antidepressivos" – Processo FAPESP 01/00189-9 do LIM-23. Essa pesquisa tem como finalidade testar os efeitos de baixas doses de clomipramina em uma amostra de indivíduos sem transtorno psiquiátrico (Gorenstein et al., 1998) e encontra-se em andamento.

Estes indivíduos foram recrutados por meio de diversas mídias e foram pré-selecionados através de uma entrevista telefônica realizada por assistente de pesquisa treinada, utilizando dois instrumentos: 1) questionário

semi-estruturado para investigação de presença / ausência de sintomas sugestivos de doenças físicas, uso atual ou passado de medicação psicoativa, psicoterapia, doença médica atual com comorbidade psiquiátrica, uso de álcool ou drogas e histórico de tentativa de suicídio; 2) questionário de seleção *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)* (Harding et al., 1980), padronizado para a amostra brasileira, com 20 perguntas com respostas do tipo "sim" ou "não" sobre o estado subjetivo do indivíduo no último mês, com pontos de corte de 5–6 para homens e 7–8 para mulheres (Mari e Williams, 1986).

Os sujeitos com escore abaixo dos pontos de corte do SRQ passaram por uma entrevista psiquiátrica na qual foram submetidos ao *Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID)* (Spitzer et al., 1992) para descartar a presença de transtorno psiquiátrico, além de entrevista com psicólogo para verificar ausência de critérios para AP (Sophia et al., 2007).

## **5.2 Coleta de dados e instrumentos utilizados**

Os indivíduos selecionados para participar da pesquisa foram informados sobre o sigilo dos seus dados e sobre a importância de responderem o mais sinceramente possível às escalas, assinaram o termo de consentimento (Anexo 1) e foram convidados a realizar o auto-preenchimento das escalas.

Com o intuito de evitar qualquer influência por parte da pesquisadora no processo de coleta de dados, as escalas utilizadas são de auto-preenchimento, com exceção do Questionário de Dados

Sóciodemográficos (QDSD) (Tavares et al., 2003) e da *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* (Amorin, 2000), aplicados por psicóloga e psiquiatra treinados por um psiquiatra experiente, o Prof. Dr. Táki A. Cordas.

A seguir, descrevemos os instrumentos utilizados nesse trabalho:

- **Questionário de Dados Sócio-demográficos (QDSD)** (Tavares et al., 2003) – instrumento de avaliação para dependentes de álcool, criado pelo GREA-IPq-HC-FMUSP, aprimorado pelo AMJO-IPq-HC-FMUSP e também utilizado pelo AMITI-IPq-HC-FMUSP. As variáveis utilizadas foram: idade, gênero, etnia, estado civil, situação profissional, tipo de profissão, religião de origem, renda mensal familiar e anos de educação formal.

- **Inventário de Depressão de Beck (BDI)** (Beck et al., 1961) – utilizamos a versão em português dessa escala (Gorenstein e Andrade, 2000), provavelmente a medida de auto-avaliação de sintomas depressivos mais difundida, composta por 21 itens com respostas de 0 (mínimo) a 3 (máximo), referentes à presença de sintomas nos últimos sete dias.

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)** (Spielberger et al., 1970) – a presença de traços ansiosos foi identificada por meio da aplicação do IDATE T, um dos instrumentos mais utilizados para auto-avaliação da ansiedade (Gorenstein e Andrade, 2000), composto por 20 itens, com respostas de 4 pontos, que variam de “Quase sempre” a “Quase nunca”.

- **Escala de Impulsividade de Barratt, versão 11 (BIS 11)** (Patton et al., 1995) – composta por 30 itens auto-aplicáveis, com respostas em

quatro pontos de uma escala que vai de “Raramente/nunca” a “Quase sempre/sempre”. Essa escala contempla três dimensões da Impulsividade: Falta de atenção (ações com falta de atenção, o que pode ser exacerbado em situações ansiógenas), Impulsividade motora (hiperatividade pela necessidade de movimento, que é exacerbada pelo estresse), Falta de planejamento (atitudes e conclusões precipitadas por falta de reflexão), além de compor um escore total.

- **Inventário de Temperamento e Caráter (TCI)** (Cloninger et al., 1994) – utilizamos a versão brasileira desse inventário, que avalia a personalidade por meio de 240 itens auto-aplicáveis do tipo “Verdadeiro” ou “Falso” (Fuentes et al., 2000). Este instrumento permite acessar 4 dimensões do Temperamento (componente hereditário) e 3 do Caráter (componente aprendido). Com relação ao Temperamento, são contemplados: Busca de novidade (sensibilidade para novas experiências, curiosidade, impulsividade e desorganização); Esquiva ao dano (pessimismo, falta de cuidado e medo de sofrimentos físicos e morais); Dependência de gratificação (necessidade de contato social, apego, dependência e sentimentalismo) e; Persistência (estabilidade do comportamento na ausência de sugestão positiva ou negativa). As três dimensões de Caráter são: Auto-direcionamento (habilidade em estipular metas e se dirigir em direção a elas, auto-estima); Cooperatividade (habilidade de ser tolerante, de apresentar compaixão e empatia com as pessoas) e; Auto-transcendência (senso de fazer parte de uma realidade mais ampla, que leva em conta o aspecto espiritual e ideal do ser humano,

em oposição com o aspecto convencional).

- **Escala de Avaliação do Relacionamento (EAR)** (Hendrick e Hendrick, 1997; Hendrick, 1998) – tem 7 itens auto-aplicáveis e objetiva medir a qualidade dos relacionamentos afetivos. Apresenta consistência interna muito boa (alfa de 0.86) e também boa validade preditiva, distinguindo significativamente os casais que permanecem unidos daqueles que rompem o vínculo afetivo (Hendrick, 1998). Os escores obtidos podem variar de 7 (baixa qualidade) a 35 (alta qualidade). Para verificarmos se os itens que compõem a EAR discriminam amostras de indivíduos com AP de indivíduos saudáveis, essa escala foi aplicada em 39 indivíduos, 19 com AP e 20 saudáveis (Berti et al., 2008). Esse estudo demonstrou que a questão 6, que investiga a intensidade do amor (“Quanto você ama o/a seu/sua parceiro/a?”) não diferencia significativamente indivíduos com AP e saudáveis, as questões 4 (“Com que frequência você desejaria não ter começado esse relacionamento?”) e 7 (“O quanto o seu relacionamento é problemático?”) necessitariam ser reformuladas. Verificou também que os itens 1, 2, 3 e 5 (sobre satisfação no relacionamento) são os que contribuem para a solidez da escala e que o ponto de corte é igual a 21, ou seja, escore  $\geq 21$  indica que o indivíduo apresenta relacionamento com alta qualidade. Utilizamos a versão traduzida, adaptada e validada para o português (Anexo 2), trabalho realizado em paralelo a esta pesquisa e que obteve alfa 0.85 (Berti et al., 2008).

- **Escala de Avaliação do Relacionamento Adaptada (EAR Adaptada)** (Berti et al., 2008) – instrumento adaptado da Escala de



Avaliação do Relacionamento (EAR) (Hendrick e Hendrick, 1997, Hendrick, 1998), composto pelos 4 itens da EAR que investigam a satisfação no relacionamento amoroso (1, 2, 3 e 5) e que demonstrou diferenciar significativamente indivíduos saudáveis daqueles com AP (Berti et al., 2008).

- **Escala de Atitudes de Amor (EAA)** (Hendrick et al., 1998) – escala auto-aplicável com 24 itens, desenvolvida a partir dos estudos realizados por John Lee (1973) e investiga os 6 estilos de amor, que são: Eros, Ludus, Estorge, Mania, Pragma e Ágape. A EAA nos permitiu identificar o estilo de amor predominante dos integrantes dos dois grupos analisados. Cada item admite respostas que variam de "A" (forte concordância) a "E" (forte discordância) e existem 4 itens investigando cada estilo. Para classificação final, soma-se os pontos obtidos pelo indivíduo em cada item e, aquele estilo de amor que obteve o menor índice representa o estilo de amor predominante desse indivíduo. Outra maneira de analisar a escala é comparar dois grupos com relação à média obtida em cada estilo de amor. A EAA vem sendo amplamente utilizada, há mais de 20 anos, por autores de diversas culturas, como: estudantes universitários americanos (Hendrick et al., 1984), estudantes portugueses (Neto, 1994), comunidade latina de estudantes americanos (Leon et al., 1995) e adultos australianos (Fricker e Moore, 2001). Utilizamos a versão traduzida para a nossa língua e validada por Berti et al. (2008) (Anexo 3), trabalho que constatou alfas variáveis: 0.45 (Ludus), 0.65 (Pragma), 0.74 (Eros), 0.87 (Mania), 0.88 (Ágape) e 0.90 (Estorge).

- **Tipos de Apego do Adulto (TAA)** (Hazan e Shaver, 1987) – instrumento auto-aplicável, criado a partir dos conceitos da Teoria do apego (Bowlby, 1969, 1979, 1990) e da diferenciação dos 3 possíveis tipos de apego (Ainsworth et al., 1978): Seguro, Ansioso-ambivalente ou Rejeitador. Trata-se de um instrumento com 3 afirmativas e o sujeito deve selecionar qual delas mais se parece com a sua maneira de amar. Foi utilizada a versão traduzida e validada por Berti et al. (2008), em anexo (4).

- **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)** (Amorin, 2000) – comparada com vários critérios de referência (CIDI, SCID-P, opinião de peritos), em diferentes contextos (unidades psiquiátricas e centros de atenção primária), essa entrevista diagnóstica estruturada mostrou qualidades psicométricas semelhantes a entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas e permite uma redução de pelo menos 50% no tempo da avaliação, com duração de 15 a 30 minutos (Amorin, 2000). Por esses motivos, escolhemos esse instrumento, na versão validada para o português por Patrícia Amorim, para descrever os quadros e transtornos psiquiátricos do Eixo 1 do DSM IV (APA, 1994) nos indivíduos com AP e, ainda, para comparar os indivíduos que apresentam e os que não apresentam quadros psiquiátricos associados ao AP. Padronizamos, nessa pesquisa, a denominação “quadros psiquiátricos” (e não transtornos psiquiátricos) porque um dos fatores investigados pela MINI, Risco de suicídio, não é classificado como transtorno psiquiátrico.

### **5.3 Análise estatística**

O banco de dados original foi digitado no Programa Epidata o qual, além de permitir agrupar um amplo número de dados em um mesmo documento, diminui a possibilidade de erros de digitação, a qual foi realizada por programadora de dados profissional. Ao final da digitação, os resultados foram transmitidos para o programa Excel, a fim de realizar os cálculos necessários para cada escala utilizada. A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS 11.0.

A primeira etapa foi verificar a correlação significativa entre os escores do BDI e do IDATE ( $r=0.88$ ,  $p<0.001$ ). Como o BDI é mais amplamente utilizado, foi descartado o IDATE e optou-se por ajustar os escores das variáveis de personalidade pelo escore do BDI. Essa etapa é importante porque sabemos que sintomas depressivos impactam fortemente as medidas de personalidade em amostras clínicas e de dependentes, particularmente nos fatores Esquiva ao dano e Auto-direcionamento (Meszaros et al., 1996) e, conforme observado, indivíduos com AP e saudáveis diferem significativamente com relação aos escores médios de depressão (22.7, DP=11.0 vs. 1.47, DP=1.93,  $t=-13.432$ ,  $p<0.001$  respectivamente). A seguir, foi realizada análise de regressão para verificar o impacto da depressão nas variáveis relativas ao relacionamento amoroso (satisfação no relacionamento, estilos de amor e tipo de apego) e, como nenhuma associação significativa foi encontrada, não foi necessário ajustar essas variáveis para depressão.

Posteriormente, foi utilizada análise univariada para comparar os grupos de indivíduos com AP e de indivíduos saudáveis com relação a características sócio-demográficas, personalidade e relacionamento amoroso, usando a correção de Bonferroni para múltiplas comparações. Ou seja, dividindo-se 0.05 pelas 25 variáveis independentes (9 sócio-demográficas, 8 de personalidade e 8 de relacionamento amoroso), resultando na adoção do nível de significância 0.002 (Tabelas 1, 2 e 3). Para essa comparação dos dois grupos, o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U) foi utilizado para as variáveis quantitativas e o qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para as variáveis categoriais.

Na seqüência, a seleção das variáveis que compuseram o modelo final foi realizada através do método *stepwise*, utilizando-se a estatística de Wald. Ou seja, as 12 variáveis significativas ao nível de 0.002 (destacadas em negrito nas Tabelas 1, 2 e 3) entraram, uma a uma, em um modelo de regressão logística multivariado, da mais significativa para a menos significativa. As variáveis que entraram (saíram) do modelo apresentavam nível de significância menor (maior) do que 5%.

De acordo com Tabachnik e Fidel (2001), a seguinte equação deve ser observada para ajustar o tamanho da amostra ( $n=89$ ) e o número de variáveis independentes ( $vi=25$ ) que entram no modelo:  $n \geq 50 + 8vi$ . Assim, em nossa análise de regressão, não foram colocadas mais de 4  $vi$ , a cada etapa, para evitar instabilidade do modelo. O modelo final de regressão e todos os passos intermediários foram checados de acordo com essa regra; nenhum modelo teve mais do que 4  $vi$ , em nenhum momento.

Além da comparação entre os dois grupos, adicionalmente realizamos duas comparações dentro do grupo de indivíduos com AP (n=50), a fim de ampliar o entendimento clínico dessa patologia sobre: 1) mulheres (n=37) X homens (n=13); 2) portadores de quadros psiquiátricos (n=39) X indivíduos sem quadros psiquiátricos (n=11). A fim de padronizar a forma da análise, para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* e, para as variáveis categoriais, o teste exato de *Fisher* ou o teste do qui-quadrado, o primeiro para cálculos com até 2 variáveis e o segundo para cálculos com mais do que 2 variáveis.

Por último, com o intuito de investigar a associação entre AP e intensidade de amor (Questão 6 da EAR), incluímos três correlações no grupo de indivíduos com AP (n=50), entre Intensidade de amor (Questão 6 da EAR) e: 1) Satisfação no relacionamento; 2) Estilos de amor e 3) Tipo de apego. Para as duas primeiras correlações, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman* ( $r$ ), teste equivalente à Correlação de *Pearson* e indicado nesse caso porque os dados não têm distribuição normal. Para a terceira correlação, foi utilizado o teste de *Kruskal Wallis* ( $W$ ), equivalente/extensão do teste de *Mann-Whitney* (não paramétrico), utilizado aqui devido ao cálculo de correlação incluir mais do que duas variáveis (os 3 tipos de apego).

## **6 RESULTADOS**

---

### **6.1 Análise das características sócio-demográficas**

A Tabela 1 apresenta a análise univariada das 9 variáveis sócio-demográficas investigadas no presente estudo. São elas: idade, gênero, raça, estado civil, situação profissional, tipo de profissão, religião de origem, renda mensal familiar e número de anos de educação formal.

Indivíduos com AP e saudáveis são semelhantes na maior parte das variáveis sócio-demográficas: a maioria era do sexo feminino (n=65, 73.0%), caucasianos (n=59, 66.3%), católicos (n=70, 78.7%), moravam sem parceiro(a) (n=60, 67.4%), trabalhavam em período integral (n=46, 51.7%), com renda mensal familiar média de R\$ 3.366,12 (DP=7.605,53).

**Tabela 1 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39) com relação a características sócio-demográficas**

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	INDIVÍDUOS COM AP (n=50)	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS (n=39)	COEFICIENTE	p
<b>IDADE</b>				
Média [DP]	40.56 anos [11.33]	34.56 anos [7.75]	t = -2.96	<b>0.004</b>
<b>GÊNERO</b>			$\chi^2_{[1]} = 0.001$	0.969
Feminino	37 (74.0%)	29 (74.4%)		
Masculino	13 (26.0%)	10 (25.6%)		
<b>ETNIA</b>			$\chi^2_{[1]} = 0.347$	0.556
Caucasiana	35 (70.0%)	25 (64.1%)		
Outras	15 (30.0%)	14 (35.9%)		
<b>ESTADO CIVIL</b>			$\chi^2_{[1]} = 5.819$	0.016
Mora sem parceiro	39 (78.0%)	21 (53.8%)		
Mora com parceiro	11 (22.0%)	18 (46.2%)		
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b>			$\chi^2_{[2]} = 3.067$	0.216
Período integral	29 (58.0%)	17 (43.6%)		
Período parcial	7 (14.0%)	11 (28.2%)		
Desempregado	14 (28.0%)	11 (28.2%)		
<b>TIPO DE PROFISSÃO</b>			$\chi^2_{[4]} = 25.283$	<b>&lt;0.001</b>
Altos executivos e liberais	23 (46.0%)	6 (15.4%)		
Profissionais médios	7 (14.0%)	2 (5.1%)		
Cargos administrativos	8 (16.0%)	2 (5.1%)		
Nível técnico	7 (14.0%)	8 (20.5%)		
Outros	5 (8.0%)	21 (53.8%)		
<b>RELIGIÃO DE ORIGEM</b>			$\chi^2_{[1]} = 1.944$	0.163
Católica	42 (84.0%)	28 (71.8%)		
Outras	8 (16.0%)	11 (28.2%)		
<b>RENDA MENSAL FAMILIAR</b>				
Média [DP]	R\$ 4.206,60 [6.819,60]	R\$ 2.525,64 [1.571,86]	U = 830.5	0.231
<b>ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL</b>				
Média [DP]	15.54 [3.54]	12.85 [2.96]	U = 569.0	<b>0.001</b>

U = teste de Mann-Whitney;  $\chi^2$  = teste do qui-quadrado

No entanto, indivíduos com AP e saudáveis diferem com relação à idade, número de anos de educação formal e tipo de profissão. Os indivíduos com AP eram mais velhos, mais educados e tinham maior

proporção de altos executivos (profissão com nível superior), enquanto que a maior parte dos indivíduos saudáveis correspondia a estudantes e trabalhadores em profissões que exigiam curso profissionalizante, semi-especialização e não especialização.

## 6.2 Perfil da personalidade do indivíduo com amor patológico

Com base nos resultados da análise univariada dos inventários *BIS* e *TCI* apresentamos, na Tabela 2, os resultados das 8 variáveis de personalidade: Impulsividade, Busca de novidades, Esquiva ao dano, Dependência de gratificação, Persistência, Auto-direcionamento, Cooperatividade e Auto-transcendência.

**Tabela 2 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39) com relação a características de personalidade**

VARIÁVEIS DE PERSONALIDADE	INDIVÍDUOS COM AP (n=50)	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS (n=39)	COEFICIENTE	p
<b>IMPULSIVIDADE (BIS)</b>				
Média [DP]	69.36 [8.38]	58.54 [7.36]	U = 312.0	<0.001
<b>PERSONALIDADE (TCI - Temperamento)</b>				
<b>Busca de novidades</b>				
Média [DP]	21.20 [4.88]	18.54 [4.44]	U = 528.0	<0.001
<b>Esquiva ao dano</b>				
Média [DP]	20.72 [6.71]	8.23 [3.55]	U = 389.0	<0.001
<b>Dependência de gratificação</b>				
Média [DP]	17.00 [3.14]	15.21 [2.77]	U = 587.5	0.001
<b>Persistência</b>				
Média [DP]	4.62 [1.83]	5.05 [1.52]	U = 942.0	0.785
<b>PERSONALIDADE (TCI - Caráter)</b>				
<b>Auto-direcionamento</b>				
Média [DP]	21.82 [8.03]	37.49 [6.14]	U = 343.0	<0.001
<b>Cooperatividade</b>				
Média [DP]	28.98 [6.02]	34.28 [3.40]	U = 799.0	0.146
<b>Auto-transcendência</b>				
Média [DP]	19.20 [5.90]	10.82 [5.55]	U = 164.5	<0.001

U = teste de Mann-Whitney



Constatamos que a Impulsividade dos indivíduos com AP é significativamente superior à dos indivíduos saudáveis. Para as demais variáveis de Personalidade, também foram comprovadas diferenças significativas entre os dois grupos, com exceção de Persistência e Cooperatividade. Chama a atenção a grande diferença entre os grupos nos fatores Esquiva ao dano e Auto-transcendência, com escores muito superiores, assim como no fator Auto-direcionamento, com escore muito inferior entre os indivíduos com AP, em comparação aos saudáveis.

### **6.3 Perfil do relacionamento amoroso do indivíduo com amor patológico**

Com relação à qualidade do relacionamento amoroso, além da média, estabelecemos o ponto de corte da escala EAR e nossos resultados evidenciam que 94.9% dos participantes do grupo controle obtiveram escores acima de 20 (relacionamento com alta qualidade), contra somente 20.0% dos sujeitos do grupo experimental. Comparando a média de qualidade do relacionamento apresentada pelas duas amostras, observamos que o grupo de indivíduos com AP ( $9.62 \pm 4.50$ ) apresenta escore significativamente inferior ( $U = 316.0$ ;  $p < 0.001$ ) do que o grupo de saudáveis ( $15.4 \pm 3.22$ ).

Na Tabela 3, a seguir, apresentamos o resultado da comparação entre os dois grupos com relação às 7 questões que compõe a EAR.

**Tabela 3 - Análise das questões da Escala de Avaliação do Relacionamento (EAR), em indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39)**

QUESTÃO	INDIVÍDUOS COM AP (n=50)	INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS (n=39)	COEFICIENTE	p
EAR 1	2.48 [1.15]	3.74 [1.02]	423.0	<0.001
EAR 2	2.22 [1.22]	3.92 [0.98]	304.0	<0.001
EAR 3	2.60 [1.30]	4.05 [0.86]	370.5	<0.001
EAR 4	2.78 [1.27]	3.92 [1.29]	506.5	<0.001
EAR 5	2.32 [1.24]	3.67 [0.93]	397.0	<0.001
EAR 6	4.32 [0.91]	4.13 [0.98]	858.0	0.292
EAR 7	2.24 [0.87]	4.26 [1.09]	203.0	<0.001

U = teste de *Mann-Whitney*

Chama atenção o fato que a intensidade de amor (EAR 6) é semelhante entre os indivíduos com AP e os indivíduos saudáveis. Para todas as demais questões referentes à qualidade do relacionamento encontramos diferença significativa entre os grupos.

A seguir, realizamos análise de comparação das variáveis de relacionamento amoroso: satisfação no relacionamento (EAR Adaptada), estilos de amor (Eros, Ludus, Estorge, Mania, Pragma e Ágape) e tipo de apego.

A satisfação com o relacionamento amoroso dos indivíduos com AP é significativamente pior do que a de indivíduos saudáveis (Tabela 4). Os principais estilos de amor são Mania e Ágape e o tipo de apego Ansioso-ambivalente prevalece. Indivíduos saudáveis, por outro lado, são caracterizados principalmente pelo estilo de amor Eros e apego Seguro.

**Tabela 4 – Comparação entre indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39) com relação a características do relacionamento amoroso**

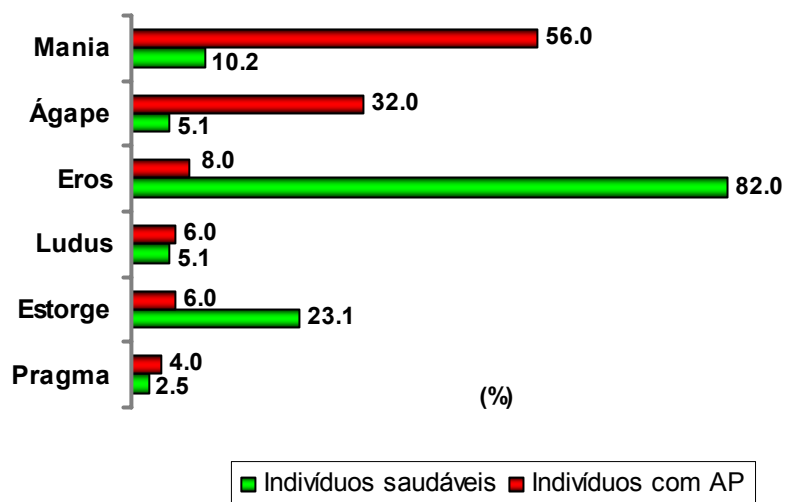
<b>VARIÁVEIS DE RELACIONAMENTO</b>	<b>INDIVÍDUOS COM AP (n=50)</b>	<b>INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS (n=39)</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>SATISFAÇÃO</b> (EAR Adaptada)				
Média [DP]	9.62 [4.50]	15.4 [3.22]	U = 316.0	<b>&lt;0.001</b>
<b>ESTILO DE AMOR</b> (EAA)				
<b>Eros</b>				
Média [DP]	11.44 [3.31]	7.10 [2.40]	U = 290.0	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ludus</b>				
Média [DP]	13.12 [3.88]	13.54 [3.46]	U = 899.5	0.637
<b>Estorge</b>				
Média [DP]	14.22 [4.57]	11.18 [5.05]	U = 635.0	<b>0.005</b>
<b>Mania</b>				
Média [DP]	8.00 [3.35]	15.23 [3.43]	U = 140.5	<b>&lt;0.001</b>
<b>Pragma</b>				
Média [DP]	14.62 [3.89]	14.08 [3.81]	U = 909.5	0.586
<b>Ágape</b>				
Média [DP]	9.88 [4.27]	14.79 [4.03]	U = 398.5	<b>&lt;0.001</b>
<b>TIPO DE APEGO</b> (TAA)			$\chi^2_{(2)} = 36.5$	<b>&lt;0.001</b>
Seguro	12 (24.0%)	32 (82.1%)		
Rejeitador	7 (14.0%)	6 (15.4%)		
Ansioso-ambivalente	31 (62.0%)	1 (2.6%)		

U = teste de *Mann-Whitney*;  $\chi^2$  = teste do qui-quadrado

Sobre o estilo de amor, os resultados obtidos pela análise e comparação da média dos grupos (Tabela 4), indicaram diferença significativa para 4 estilos: Mania e Ágape são os principais estilos dos indivíduos com AP; Eros e Estorge caracterizam os indivíduos saudáveis.

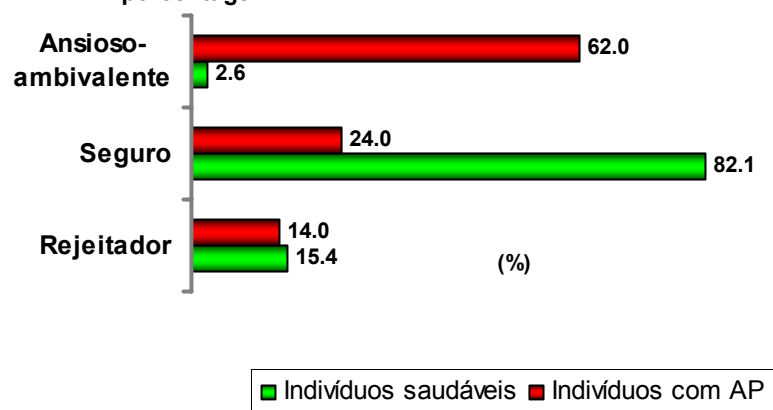
Os resultados obtidos por meio da classificação do estilo de amor principal de cada indivíduo (Figura 3), conforme explicamos no Capítulo 5 desse estudo, foram: Mania e Ágape são os estilos prevalentes entre os indivíduos com AP (56.0% e 32.0%, respectivamente) e incomuns entre os saudáveis (10.2 e 5.1%, respectivamente). Eros é o estilo de amor principal dos saudáveis (82.0%) e incomum entre os indivíduos com AP (8.0%).

Figura 3 – Estilos de amor em indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39), em porcentagem



Com relação ao tipo de apego (Figura 4), constatamos domínio do apego Ansioso-ambivalente entre os indivíduos com AP (62.0%) e Seguro entre os indivíduos saudáveis (82.1%).

Figura 4 – Tipos de apego em indivíduos com amor patológico (n=50) e indivíduos saudáveis (n=39), em porcentagem



#### 6.4 Modelo final com todas as variáveis investigadas

Com base nos resultados da análise univariada das 25 variáveis investigadas, desenvolvemos um modelo final: as variáveis que atingiram nível de significância na análise univariada entraram em modelo de

regressão logística *stepwise*, ou seja, cada variável foi introduzida separadamente, entrando uma a uma no modelo, por ordem de significância.

Assim, chegamos ao modelo final (Tabela 5), composto pelas três principais características do indivíduo com AP: Auto-transcendência, Insatisfação no relacionamento e Impulsividade (Nagelkerke's  $R^2=0.910$ ,  $p<0.001$ ). Por fim, para confirmar esse resultado, cada variável excluída foi separadamente adicionada ao bloco, para verificar se elas poderiam aderir a ele, mas nenhuma atingiu significância.

**Tabela 5 – Modelo final com as principais características do indivíduo com amor patológico**

<i>Variáveis</i>	<i>Wald <math>\chi^2</math></i>	<i>OR</i>	<i>p</i>
<b>Auto-transcendência</b>	10.1	1.59	<b>0.001</b>
<b>Insatisfação do relacionamento</b>	9.48	1.799	<b>0.002</b>
<b>Impulsividade</b>	8.18	1.32	<b>0.004</b>

## **6.5 Indivíduos com amor patológico: análises complementares**

### **6.5.1 Comparação entre mulheres e homens com amor patológico**

A Tabela 6 evidencia que existe semelhança entre os gêneros com relação a todas as características sócio-demográficas e do relacionamento amoroso. Também não constatamos diferença na personalidade das mulheres e dos homens analisados, com exceção da Persistência, significativamente mais elevada em homens com AP do que nas mulheres com AP.

**Tabela 6 – Comparação entre mulheres (n=37) e homens (n=13) com amor patológico, com relação a características sócio-demográficas, personalidade e relacionamento amoroso**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>MULHERES</b>	<b>HOMENS</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>SÓCIO-DEMOGRÁFICAS</b>	<b>(n=37)</b>	<b>(n=13)</b>		
<b>IDADE</b>				
Média [DP]	39.14 anos [11.44]	44.62 anos [10.37]	U = 167.5	0.106
<b>ETNIA*</b>				1.000
Caucasiana	26 (70.3%)	9 (69.2%)		
Outras	11 (29.7%)	4 (30.8%)		
<b>ESTADO CIVIL*</b>				1.000
Mora sem parceiro	29 (78.4%)	10 (76.9%)		
Mora com parceiro	8 (21.6%)	3 (23.1%)		
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b>			$\chi^2_{[2]} = 1.405$	0.495
Período integral	20 (54.1%)	9 (69.2%)		
Período parcial	5 (13.5%)	2 (15.4%)		
Desempregado	12 (32.4%)	2 (15.4%)		
<b>TIPO DE PROFISSÃO</b>			$\chi^2_{[4]} = 2.620$	0.623
Altos executivos e liberais	16 (43.2%)	7 (53.8%)		
Profissionais médios	4 (10.8%)	3 (23.1%)		
Cargos administrativos	7 (18.9%)	1 (7.7%)		
Nível técnico	6 (16.2%)	1 (7.7%)		
Outros	4 (10.8%)	1 (7.7%)		
<b>RELIGIÃO DE ORIGEM*</b>				1.000
Católica	31 (83.8%)	11 (84.6%)		
Outras	6 (16.2%)	2 (15.4%)		
<b>RENDA MENSAL FAMILIAR</b>				
Média [DP]	R\$ 3.987,30 [7.686,34]	R\$ 4.830,77 [3.477,64]	U = 152.5	0.051
<b>ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL</b>				
Média [DP]	14.86 [3.24]	17.46 [3.78]	U = 156.5	0.062
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>MULHERES</b>	<b>HOMENS</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>DE PERSONALIDADE</b>	<b>(n=37)</b>	<b>(n=13)</b>		
<b>IMPULSIVIDADE</b>				
Média [DP]	68.84 [8.60]	70.85 [7.85]	U = 207.5	0.465
<b>PERSONALIDADE (Temperamento)</b>				
<b>Busca de novidades</b>				
Média [DP]	21.19 [4.45]	21.23 [6.10]	U = 236.5	0.929
<b>Esquiva ao dano</b>				
Média [DP]	22.03 [6.10]	17.00 [7.23]	U = 141.5	0.028
<b>Dependência de gratificação</b>				
Média [DP]	17.00 [2.94]	17.00 [3.79]	U = 240.0	0.991
<b>Persistência</b>				
Média [DP]	4.22 [1.77]	5.77 [1.54]	U = 114.0	<b>0.004</b>

continua

**Tabela 6 – Comparação entre mulheres (n=37) e homens (n=13) com amor patológico, com relação a características sócio-demográficas, personalidade e relacionamento amoroso (continuação)**

<b>VARIÁVEIS DE PERSONALIDADE</b>	<b>MULHERES (n=37)</b>	<b>HOMENS (n=13)</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>PERSONALIDADE (Caráter)</b>				
<b>Auto-direcionamento</b>				
Média [DP]	21.19 [7.80]	23.62 [8.72]	U = 195.0	0.313
<b>Cooperatividade</b>				
Média [DP]	28.86 [6.01]	29.31 [6.26]	U = 228.5	0.790
<b>Auto- transcendência</b>				
Média [DP]	18.84 [6.38]	20.23 [4.26]	U = 207.0	0.458
<b>VARIÁVEIS DE RELACIONAMENTO</b>	<b>MULHERES (n=37)</b>	<b>HOMENS (n=13)</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>SATISFAÇÃO</b>				
Média [DP]	9.95 [4.65]	8.69 [4.09]	U = 204.0	0.417
<b>ESTILO DE AMOR</b>				
<b>Eros</b>				
Média [DP]	11.68 [3.47]	10.77 [2.80]	U = 200.5	0.373
<b>Ludus</b>				
Média [DP]	13.28 [3.81]	12.69 [4.21]	U = 219.0	0.733
<b>Estorge</b>				
Média [DP]	14.14 [4.71]	14.46 [4.31]	U = 235.5	0.912
<b>Mania</b>				
Média [DP]	8.38 [4.50]	6.92 [2.72]	U = 179.5	0.173
<b>Pragma</b>				
Média [DP]	14.38 [3.63]	15.31 [4.63]	U = 205.5	0.437
<b>Ágape</b>				
Média [DP]	10.43 [4.47]	8.31 [3.33]	U = 177.0	0.158
<b>TIPO DE APEGO</b>			$\chi^2_{(2)} = 3.097$	0.213
Seguro	9 (24.3%)	3 (23.1%)		
Rejeitador	7 (18.9%)	0 (0%)		
Ansioso-ambivalente	21 (56.8%)	10 (76.9%)		

U = teste de Mann-Whitney;  $\chi^2$  = teste do qui-quadrado

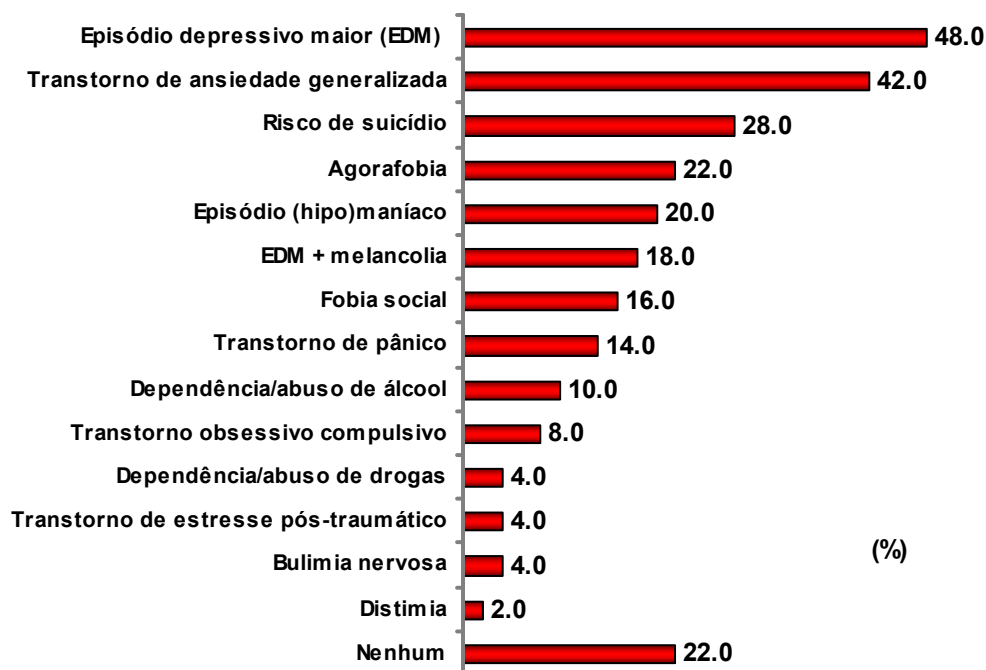
\* Teste exato de Fisher (apresentou ao menos uma casela com frequência esperada menor que 5)

### 6.5.2 Comparação entre indivíduos com quadros psiquiátricos associados e sem quadros psiquiátricos associados

Conforme ilustra a Figura 5, verificamos elevada prevalência de episódio depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada, seguidos de alto risco de suicídio e agorafobia. Uma porcentagem considerável (22%)

dos indivíduos com AP não apresenta nenhum quadro psiquiátrico.

**Figura 5 – Porcentagem de quadros psiquiátricos em indivíduos com amor patológico (n=50)**



Na página seguinte, passamos a apresentar (Tabela 7) a comparação entre indivíduos com e sem transtornos psiquiátricos. Verificamos que não existem diferenças significativas com relação a aspectos sócio-demográficos e de relacionamento amoroso entre indivíduos com e sem quadros psiquiátricos associados.

Para as características de personalidade, no entanto, a Esquiva ao dano foi significativamente maior e o Auto-direcionamento significativamente menor entre os indivíduos com quadros psiquiátricos associados ao AP, em comparação aos indivíduos com AP puros.



**Tabela 7 – Comparação entre indivíduos com quadros psiquiátricos (n=39) e sem quadros psiquiátricos (n=11), com relação a características sócio-demográficas, personalidade e relacionamento amoroso**

<b>VARIÁVEIS</b> <b>SÓCIO-DEMOGRÁFICAS</b>	<b>COM QUADRO</b> <b>PSIQUIÁTRICO</b> <b>(n=39)</b>	<b>SEM QUADRO</b> <b>PSIQUIÁTRICO</b> <b>(n=11)</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>IDADE</b>				
Média [DP]	39.13 anos [9.68]	45.64 anos [15.38]	U = 149.0	0.125
<b>GÊNERO*</b>				0.704
Feminino	28 (71.8%)	9 (81.8%)		
Masculino	11 (28.2%)	2 (18.2%)		
<b>ETNIA*</b>				0.468
Caucasiana	26 (66.7%)	9 (81.8%)		
Outras	13 (33.3%)	2 (18.2%)		
<b>ESTADO CIVIL*</b>				1.000
Mora sem parceiro	30 (76.9%)	9 (81.8%)		
Mora com parceiro	9 (23.1%)	2 (18.2%)		
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b>			$\chi^2 = 2.849$	0.241
Período integral	25 (64.1%)	4 (36.4%)		
Período parcial	5 (12.8%)	2 (18.2%)		
Desempregado	9 (23.1%)	5 (45.5%)		
<b>TIPO DE PROFISSÃO</b>			$\chi^2 = 2.074$	0.722
Altos executivos e liberais	17 (43.6%)	6 (54.5%)		
Profissionais médios	6 (15.4%)	1 (9.1%)		
Cargos administrativos	7 (17.9%)	1 (9.1%)		
Nível técnico	6 (15.4%)	1 (9.1%)		
Outros	3 (7.7%)	2 (18.2%)		
<b>RELIGIÃO DE ORIGEM*</b>				0.351
Católica	34 (87.2%)	8 (72.7%)		
Outras	5 (12.8%)	3 (27.3%)		
<b>RENDA MENSAL FAMILIAR</b>				
Média [DP]	R\$ 4.498,20 [7.659,89]	R\$ 3.172,73 [1.848,29]	U = 202.5	0.778
<b>ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL</b>				
Média [DP]	15.10 [3.25]	17.09 [4.23]	U = 156.5	0.172
<b>VARIÁVEIS</b> <b>DE PERSONALIDADE</b>	<b>COM QUADRO</b> <b>PSIQUIÁTRICO</b> <b>(n=39)</b>	<b>SEM QUADRO</b> <b>PSIQUIÁTRICO</b> <b>(n=11)</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>IMPULSIVIDADE</b>				
Média [DP]	69.00 [8.56]	70.64 [7.93]	U = 188.5	0.542

continua

**Tabela 7 – Comparação entre indivíduos com quadros psiquiátricos (n=39) e sem quadros psiquiátricos (n=11), com relação a características sócio-demográficas, personalidade e relacionamento amoroso (continuação)**

<b>VARIÁVEIS DE PERSONALIDADE</b>	<b>COM QUADRO PSIQUIÁTRICO (n=39)</b>	<b>SEM QUADRO PSIQUIÁTRICO (n=11)</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>PERSONALIDADE (Temperamento)</b>				
<b>Busca de novidades</b>				
Média [DP]	21.10 [4.98]	21.55 [4.72]	U = 205.5	0.833
<b>Esquiva ao dano</b>				
Média [DP]	21.77 [6.83]	17.00 [4.92]	U = 120.0	<b>0.027</b>
<b>Dependência de gratificação</b>				
Média [DP]	16.97 [3.14]	17.09 [3.30]	U = 199.5	0.724
<b>Persistência</b>				
Média [DP]	4.59 [1.92]	4.73 [1.55]	U = 209.0	0.896
<b>PERSONALIDADE (Caráter)</b>				
<b>Auto-direcionamento</b>				
Média [DP]	20.46 [7.05]	26.64 [9.73]	U = 119.5	<b>0.026</b>
<b>Cooperatividade</b>				
Média [DP]	28.59 [5.76]	30.36 [6.98]	U = 160.5	0.205
<b>Auto-transcendência</b>				
Média [DP]	18.62 [6.00]	21.27 [5.25]	U = 168.5	0.280
<b>VARIÁVEIS DE RELACIONAMENTO</b>	<b>COM QUADRO PSIQUIÁTRICO (n=39)</b>	<b>SEM QUADRO PSIQUIÁTRICO (n=11)</b>	<b>COEFICIENTE</b>	<b>p</b>
<b>SATISFAÇÃO</b>				
Média [DP]	9.41 [4.74]	10.36 [3.61]	U = 176.5	0.371
<b>ESTILO DE AMOR</b>				
<b>Eros</b>				
Média [DP]	11.59 [3.31]	10.91 [3.39]	U = 179.0	0.403
<b>Ludus</b>				
Média [DP]	13.45 [3.59]	12.00 [4.77]	U = 175.0	0.414
<b>Estorge</b>				
Média [DP]	14.38 [4.53]	13.64 [4.86]	U = 194.5	0.638
<b>Mania</b>				
Média [DP]	7.74 [3.26]	8.91 [3.67]	U = 172.0	0.315
<b>Pragma</b>				
Média [DP]	14.69 [3.83]	14.36 [4.25]	U = 203.5	0.796
<b>Ágape</b>				
Média [DP]	9.82 [4.15]	10.09 [4.89]	U = 211.0	0.934
<b>TIPO DE APEGO</b>			$\chi^2_{(2)} = 7.220$	0.270
Seguro	6 (15.4%)	6 (54.5%)		
Rejeitador	6 (15.4%)	1 (9.1%)		
Ansioso-ambivalente	27 (69.2%)	4 (36.4%)		

U = teste de Mann-Whitney;  $\chi^2$  = teste do qui-quadrado

\* Teste exato de Fisher (apresentou ao menos uma casela com frequência esperada menor que 5)

### 6.5.3 Correlação entre intensidade de amor e outras variáveis de relacionamento amoroso

Por último, apresentamos (Tabela 8) a análise de correlação, para o grupo de AP, entre a intensidade de amor e demais variáveis de relacionamento amoroso. Não encontramos associação entre intensidade do amor e satisfação no relacionamento e nem com tipo de apego: todos os tipos de apego apresentaram praticamente a mesma intensidade amor. Também não verificamos associação entre intensidade e estilo de amor, com exceção de Ágape, para o qual foi observada fraca relação negativa com intensidade do amor, ou seja, quanto maior o escore de Ágape, menor a intensidade do amor.

**Tabela 8 – Correlação entre a intensidade do amor e relacionamento amoroso em indivíduos com amor patológico (n=50)**

VARIÁVEIS DE RELACIONAMENTO	INTENSIDADE DO AMOR (N=50)	COEFICIENTE	p
<b>SATISFAÇÃO</b> Média [DP]		r = 0.037	0.798
<b>ESTILO DE AMOR</b>			
<b>Eros</b> Média [DP]		r = -0.154	0.285
<b>Ludus</b> Média [DP]		r = 0.118	0.421
<b>Estorge</b> Média [DP]		r = -0.125	0.385
<b>Mania</b> Média [DP]		r = -0.033	0.821
<b>Pragma</b> Média [DP]		r = 0.206	0.152
<b>Ágape</b> Média [DP]		r = -0.298	<b>0.035</b>
<b>TIPO DE APEGO</b>		W = 0.894	0.640
<b>Seguro</b> Média [DP]	4.17 [1.11]		
<b>Rejeitador</b> Média [DP]	4.43 [1.13]		
<b>Ansioso-ambivalente</b> Média [DP]	4.35 [0.80]		

r = coeficiente de correlação de Spearman, W = teste de Kruskal Wallis

## **7. DISCUSSÃO**

---

### **7.1 Características sócio-demográficas**

Neste estudo, comparamos características de personalidade, de impulsividade e aspectos do relacionamento amoroso de indivíduos com AP e indivíduos saudáveis. Com relação aos aspectos sócio-demográficos, as amostras de indivíduos com AP e de indivíduos saudáveis são homogêneas para a maior parte dos aspectos sócio-demográficos investigados.

Indivíduos com AP trabalham em um tipo de profissão mais qualificada, o que é coerente com o fato deles serem mais velhos e de terem estudado mais tempo do que os saudáveis. Embora as famílias de ambas as amostras possuam condição financeira (renda familiar) similar e que os dois

trabalhem com frequência em período integral, praticamente metade dos sujeitos com AP são Altos executivos e profissionais liberais (profissões que exigem nível superior), enquanto que os saudáveis trabalham principalmente em profissões menos especializadas, condizentes com um menos nível educacional.

Por outro lado, este estudo incluiu os primeiros indivíduos que procuraram nosso ambulatório e é possível que estes aspectos profissionais e educacionais representem um viés de indivíduos que podem ter facilidade de acesso à mídia (onde a pesquisa foi divulgada). Acreditamos que esses aspectos podem se modificar com o tempo, com o acesso de indivíduos com perfil menos privilegiado ao nosso ambulatório, a exemplo do que ocorre em outros ambulatórios do hospital.

A condição marital (estado civil) dos indivíduos com AP difere dos indivíduos saudáveis: a grande maioria (quase 80%) dos primeiros mora sem parceiro, ou seja, é solteiro, separado/divorciado ou viúvo. Entre os saudáveis, por sua vez, ocorre um empate entre os que moram com o parceiro ou sozinhos. Essa diferença era esperada por nós, em decorrência do próprio quadro de AP onde, apesar da insatisfação gerada em ambos parceiros (Fricker e Moore, 2001), o que inclusive colabora para a dissolução do convívio conjugal, os indivíduos com AP costumam manter o relacionamento e/ou o comportamento patológico em relação ao parceiro (Norwood, 1985).

Além disso, a literatura refere que a procura de ajuda por parte de pessoas com esse quadro é mais comum nos momentos que se seguem a

rompimentos, devido aos sentimentos de angústia, de abandono e de raiva decorrentes da falta do parceiro e do medo de darem conta de si mesmos sozinhos (Timmreck, 1990; Moss 1995; Donnellan et al., 2005).

Uma possibilidade adicional para explicar a diferença de estado civil entre os grupos é o fato dos indivíduos com AP serem 6 anos mais velhos do que os saudáveis, em média. Em torno dos 40 anos, era esperado que este grupo (AP) comportasse um maior número de indivíduos separados ou divorciados. Em geral, a iniciativa da separação é do parceiro, insatisfeito com a relação conjugal (Fricker e Moore, 2001), uma vez que indivíduos com AP podem permanecer longo tempo em relacionamentos mesmo intensamente insatisfatórios. Em trabalho recente sobre a qualidade do casamento, Helms e Buehler verificaram que a dependência excessiva entre os parceiros seria um fator contribuinte para o fim do casamento. Segundo esse estudo, o aumento do nível do estresse e da insatisfação conjugal levaria freqüentemente ao distanciamento e conseqüente separação do casal (Helms e Buehler, 2007).

## **7.2 A personalidade dos indivíduos com amor patológico**

A elevada Impulsividade dos indivíduos com AP está de acordo com estudo realizado por Mallandain e Davis (1994) que mostrou que o estilo de amor Mania, cuja definição é similar a de AP, está associado à impulsividade. Um estudo com amostra brasileira descreveu alta impulsividade em pacientes com dependência comportamental, como jogo patológico, em comparação com controles (Tavares e Gentil, 2007). Este

fato chama a atenção para a similaridade entre o perfil impulsivo dos indivíduos com AP e outros transtornos do controle dos impulsos.

Ainda, os altos escores dos indivíduos com AP no fator Busca de novidades, que corresponde ao componente impulsivo da *TCI*, corroboram adicionalmente com os aspectos desorganizados e precipitados destes indivíduos.

Com relação aos demais aspectos inatos da personalidade (temperamento), sujeitos com AP possuem escores maiores para todos fatores, exceto para os fatores Persistência (a manutenção de um comportamento a despeito de reforço positivo ou negativo) e Cooperatividade (inclui generosidade e empatia para com as necessidades alheias). A Dependência de gratificação (que envolve aspectos de apego e dependência do outro) é superior entre os indivíduos com AP, confirmando dados referentes ao próprio quadro clínico (Sophia et al., 2007). Também é esperado que indivíduos naturalmente mais propensos à ansiedade e à preocupação com punição (ou seja, com alta Esquiva ao Dano), tenham maior necessidade de se engajar e manter relacionamentos conturbados, devido ao medo da solidão e do abandono, vivenciados como intoleráveis para essas pessoas.

Sobre os aspectos aprendidos da personalidade (caráter), sujeitos com AP possuem auto-direcionamento (habilidade em estipular metas e se manter focado na realização das mesmas) extremamente menor do que os saudáveis, revelando reduzida auto-estima.

Ainda com relação à personalidade, interessante o achado que reforça a diferenciação entre AP e co-dependência: o fator Cooperatividade (habilidade de empatizar o outro e trabalhar em grupo) é menor nas pessoas com AP do que nos indivíduos saudáveis, ainda que a diferença não seja significativa. Nossa experiência clínica tem mostrado que o indivíduo com AP presta cuidados ao parceiro, mas com o intuito de obter uma vantagem pessoal (afeto), sem respeitar as necessidades e interesses do outro, muitas vezes com atitude crítica quando não recebe o esperado, contrariamente ao conceito de cooperatividade, que inclui ajuda desinteressada, tolerância e empatia social.

Os escores muito superiores de Auto-transcendência (uma medida de espiritualidade) entre os sujeitos com AP chamam a atenção. O modelo multivariado selecionou essa como a principal característica de personalidade da população em estudo. Essa perda de limite entre o indivíduo e o outro está de acordo com as dificuldades da pessoa com AP estabelecer limites entre ele e o parceiro, manifestada pela necessidade de atitudes constantes e repetitivas de manter o outro sob controle, retornando a idéia de amor complementar presente no mito do andrógino e a busca incessante pela fusão com o parceiro (Platão, s/d; Simon, 1982; Norwood, 1985; Sophia et al., 2007). Em estudo com dependentes de substâncias ilícitas (Gerdner et al., 2002), também foi encontrada correlação significativa com Auto-transcendência, o que confirma semelhança entre o AP e a dependência química com relação a esse aspecto da personalidade.



### **7.3 O relacionamento amoroso dos indivíduos com amor patológico**

Com relação à satisfação e qualidade do relacionamento, confirmamos dados obtidos por Fricker e Moore (2001): a grande maioria dos sujeitos com AP, apesar de estar insatisfeito com o seu relacionamento, o mantém, contrariamente ao que ocorre com os saudáveis, cuja maioria mantém relacionamentos avaliados por eles como satisfatórios. Esse resultado reforça estudos anteriores (Simon, 1982; Fisher, 1990) e valoriza um dos critérios de identificação que estabelecemos para AP (Sophia et al., 2007) relativo à manutenção do comportamento patológico, apesar da consciência dos prejuízos para a vida pessoal e relacional.

Poderia se argumentar que a diferença de idade entre indivíduos com AP e saudáveis influenciaria a diferença na satisfação com o relacionamento. No entanto, se fosse esse o caso, nós poderíamos esperar que indivíduos mais velhos, ou seja, mais maduros emocionalmente, apresentariam relacionamentos mais satisfatórios do que os mais jovens. No entanto, nossos dados evidenciaram o oposto, isto é, os mais velhos são mais insatisfeitos (e compõem majoritariamente o grupo de AP).

Os Estilos de amor associados ao AP são Mania e Ágape, o que está de acordo com pesquisa anterior (Lee, 1977) que definiu o estilo Mania e Ágape com características clínicas semelhantes ao AP. Portanto, as características relacionais tanto de possessividade e de extrema necessidade do outro (relativas à Mania), assim como o cuidado incondicional ao outro e ausência de proteção das necessidades pessoais

(relativas à *Ágape*) devem ser contempladas na assistência à população em estudo.

Nossos dados confirmaram a literatura, também, com relação à prevalência de *Eros* entre os indivíduos com apego Seguro, saudáveis portanto (Fricker e Moore, 2001). Encontramos que o estilo de amor *Estorge*, fortemente influenciado pela amizade e pelo companheirismo, também está relacionado a indivíduos saudáveis. Estes dados sugerem que as características inerentes a esses dois estilos devem ser valorizadas e favorecidas em propostas terapêuticas para os indivíduos com AP.

Os dados enfatizam, ainda, que o apego Ansioso-ambivalente prevalece entre pessoas com AP; entre os saudáveis, o apego Seguro é característico, ambos diferenciando significativamente as amostras. Estes dados foram encontrados em estudo anterior (Shaver e Hazan, 1987), o qual concluiu que o indivíduo com apego Seguro predomina em pessoas que vivenciaram um modelo saudável de relação mãe-filho, enquanto que o Ansioso-ambivalente seria característico de pessoas ansiosas (com medo de separação e abandono e inseguras com relação à manutenção do relacionamento), sintomas que confirmamos ocorrer em boa parte dos sujeitos com AP (Simon, 1982; Fisher, 1990; Sophia et al., 2007).

Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Chotai et al. (2005) sobre a associação entre personalidade e tipo de apego. Segundo esse estudo, altos escores de Busca de novidades e de Esquiva ao dano estão relacionados com tipo de apego Ansioso-ambivalente (prevalente entre os indivíduos com AP) e menor Auto-direcionamento.

#### **7.4 Amor patológico: gênero, presença de quadros psiquiátricos e intensidade de amor**

Embora freqüente nos dois gêneros, vimos que o AP ocorre menos em homens, assim como é menor a proporção dos indivíduos sem quadro psiquiátrico. A comparação entre mulheres e homens com AP mostrou que não há diferenças significativas com relação às características sócio-demográficas, com exceção da renda mensal familiar, superior entre os homens, dado que espelha a desigualdade salarial entre homens e mulheres que sabidamente ocorre em nosso país.

Não encontramos diferenças entre os gêneros com relação às características do relacionamento amoroso em indivíduos com AP. Estudos realizados com a população em geral, no entanto, indicam consistentes diferenças na atitude referente ao relacionamento amoroso entre os sexos. Em estudo com 245 participantes portugueses (135 mulheres e 130 homens), entre 18 e 30 anos, por exemplo, os autores concluíram que as mulheres eram mais pragmáticas e que os principais estilos de amor masculinos eram Ludus e Ágape (Bernardes et al., 1999). Alguns autores relataram que a prevalência de Ludus (que privilegia a conquista) no sexo masculino reflete uma tendência universal (Hendrick e Hendrick, 1995; Bernardes et al., 1999), assim como ocorre com Pragma em relação às mulheres (Hendrick e Hendrick, 1995). Essas diferenças desaparecem no AP, sugerindo que o comportamento amoroso patológico predomina sobre qualquer distinção de estilo amoroso entre os gêneros.

A personalidade das mulheres e dos homens com AP também é bastante similar, com exceção do fator Persistência, superior no sexo masculino. Essa similaridade difere do que costuma se observar em amostras clínicas e de indivíduos dependentes, onde mulheres apresentam índices superiores de Esquiva ao dano, assim como outros aspectos da personalidade relacionados à vulnerabilidade para depressão e ansiedade (Meszanos et al., 1996). O fato de termos ajustado os escores para depressão pode ter influenciado nessa diferenciação com estudos anteriores. Também é possível que a amostra tenha reduzido o poder estatístico da análise comparativa entre homens e mulheres. Estudos com amostras maiores poderão confirmar ou não nossos achados.

Com relação à associação com quadros psiquiátricos, observamos que 22% dos indivíduos com AP não apresentam qualquer transtorno psiquiátrico. Assim, confirmamos dados da literatura quanto à possibilidade dessa condição ocorrer isoladamente (Timmreck, 1990; Gjerde et al., 2004). Outro achado interessante foi o alto índice de risco de suicídio entre os indivíduos com AP, identificado em 28% deles, dado que aponta para um perfil voltado mais para a auto-agressividade do que para a hetero-agressividade, diferenciando essa condição, assim, do ciúme delirante (Mooney, 1965; Ferreira-Santos, 1998).

Quando presentes, a maior prevalência foi de depressão, seguida dos transtornos ansiosos, dado congruente com estudos prévios (Simon, 1982; Norwood, 1985; Wang e Nguyen, 1995; Donnellan et al., 2005). Apenas 8.0% apresentaram transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ou

seja, não confirmamos associação entre essas duas condições, contrariando dados de estudos anteriores (Marazziti et al., 1999; Leckman e Mayers, 1999), que referem similaridade entre os sintomas apresentados pela pessoa apaixonada com os pensamentos intrusivos e repetitivos inerentes ao TOC.

Outra diferença encontrada por nós refere-se à intensidade do sentimento amoroso. Diferentemente das observações de Norwood (1985) sobre o excesso de amor em mulheres com AP e corroborando as idéias de Lee (1977), confirmamos não existir correlação entre a intensidade do amor e as demais variáveis do relacionamento amoroso. Ou seja, o AP não se refere à intensidade do amor (ou amor excessivo), uma vez que esse aspecto não se relaciona com apego Ansioso-ambivalente e nem com os estilos de amor Mania e *Ágape*, característicos do AP. Enfatiza este achado o fato de que encontramos correlação negativa entre intensidade de amor e estilo de amor *Ágape*, ou seja, quanto mais o indivíduo se caracteriza pelo estilo *Ágape*, (característico do AP), menor é a intensidade do amor. Interessante observar que *Ágape* é aquele estilo teoricamente relacionado ao cuidado altruísta e desinteressado pelo parceiro. Na prática, os nossos dados demonstram que esse suposto altruísmo implica, na verdade, em menor intensidade do sentimento amoroso.

## **7.5 Limitações do estudo**

Como abordamos anteriormente, os indivíduos com AP foram selecionados entre os primeiros que procuraram ajuda, podendo apresentar

facilidade de acesso aos anúncios divulgados pela mídia. Além desse fato, essa procura ocorreu em nosso ambulatório, o AMITI, localizado em um grande Hospital Escola pertencente à Faculdade de Medicina da USP. Esses dois fatores podem ter contribuído para o alto nível educacional da população analisada. Outra limitação a ser relatada é o tamanho da amostra: o poder estatístico das análises realizadas poderia ser ampliado com uma amostra maior.

## **8. CONCLUSÕES**

---

Com fundamento nos resultados obtidos e, também, pela comparação destes com estudos realizados anteriormente, elencamos abaixo as principais constatações dessa pesquisa:

- O AP pode se manifestar isoladamente ou associado a quadros psiquiátricos, sobretudo depressão e ansiedade;
- AP está associado a alto grau de impulsividade;
- O aspecto da personalidade característico dos indivíduos com AP é o caráter permeado principalmente por elevada Auto-transcendência;

- O AP está associado com os estilos de amor Mania e Ágape;
- O tipo de apego Ansioso-ambivalente caracteriza o indivíduo com AP;
- Mulheres e homens com AP apresentam de forma geral características de personalidade e de relacionamento amoroso semelhantes;
- AP não se correlaciona com intensidade do sentimento amoroso, mas sim com persistência em um relacionamento amoroso insatisfatório.



## **9 ANEXOS**

---

**ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**HOSPITAL EDAS CLÍNICAS  
DA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
(Instruções para preenchimento no verso)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU  
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE .....

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

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

ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO:.....CIDADE .....

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

2. RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : .....SEXO: M  F 

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

ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO:..... CIDADE: .....

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

**II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Amor Patológico: Aspectos Clínicos e de Personalidade

PESQUISADORA: Monica Levit Zilberman

CARGO / FUNÇÃO: Pesquisadora

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 72538

UNIDADE DO HCFMUSP: Depto. Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO  RISCO MÍNIMO  RISCO MÉDIO RISCO BAIXO  RISCO MAIOR 

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

---

**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**

**1. justificativa e os objetivos da pesquisa**

O conhecimento e a classificação do Amor Patológico e das principais dificuldades pessoais, familiares e de relacionamento dos portadores é fundamental para o tratamento desta condição. O objetivo principal da pesquisa é caracterizar o Amor Patológico para oferecer tratamento adequado à nossa população atingida por essa dificuldade.

**2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais**

A pesquisa é feita através do preenchimento de questionários sobre: dados sócio-demográficos, sintomas psiquiátricos e de personalidade, além de outros comportamentos.

**3. desconfortos e riscos esperados**

Como os instrumentos são anônimos e sigilosos, ou seja, o nome do indivíduo que responde nunca é divulgado, não há riscos. Caso se sinta constrangido com alguma pergunta, procure se lembrar que o objetivo da pesquisa é conhecer o amor patológico e suas principais dificuldades e que sua colaboração é muito importante para nos ajudar a compreender melhor estas condições e, conseqüentemente, tratá-las com mais eficácia.

**4. benefícios que poderão ser obtidos**

Ao responder às escalas, o indivíduo poderá compreender melhor seu relacionamento amoroso e seu funcionamento emocional. Além disso, a pesquisa poderá servir de base para o desenvolvimento de tratamentos específicos para este problema de saúde.

**5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo**

Não constam.

---

**IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

---

**V - INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

**Eglacy Sophia**

**End:**

**São Paulo (SP) Tel:**

**Tel/fax:**

---

**VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

---

**VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

---

assinatura do pesquisador

Eglacy Cristina Sophia

## ANEXO 2 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RELACIONAMENTO (EAR)

Por favor, indique assinalando com um círculo o número que, para cada pergunta, melhor expressa a sua resposta relativamente à sua relação amorosa:

1. Quanto o(a) seu (sua) parceiro(a) preenche suas necessidades?

A	B	C	D	E
Pouco		Na média		Muitíssimo

2. Em geral, quanto você está satisfeita(o) com o seu relacionamento?

A	B	C	D	E
Insatisfeito		Na média		Extremamente Satisfeito

3. Em comparação com a maioria das pessoas, quanto o seu relacionamento é bom?

A	B	C	D	E
Pouco		Na Média		Excelente

4. Com que freqüência você desejaria não ter começado esse relacionamento?

A	B	C	D	E
Nunca		Às vezes		Freqüentemente

5. Em que medida o seu relacionamento tem satisfeito suas expectativas iniciais?

A	B	C	D	E
Pouco		Na média		Completamente

6. Quanto você ama o(a) seu(sua) parceiro(a)?

A	B	C	D	E
Não muito		Na média		Amo Muito

7. O quanto o seu relacionamento é problemático?

A	B	C	D	E
Muito pouco		Na média		Muito

### ANEXO 3 - ESCALA DE ATITUDES DE AMOR (EAA)

SOMA DOS PONTOS: Eros \_\_\_\_\_ Ludos \_\_\_\_\_ Estorge \_\_\_\_\_  
Mania \_\_\_\_\_ Pragma \_\_\_\_\_ Ágape \_\_\_\_\_

#### INSTRUÇÕES

A seguir estão listadas várias afirmações que mostram diferentes atitudes sobre o amor. Para cada afirmação preencha com sua resposta a Folha de Respostas que indica o quanto você concorda ou discorda com aquela afirmação. Os itens referem-se a um relacionamento amoroso específico. Sempre que possível, responda as questões tendo o seu(sua) parceiro(a) atual em mente. Se você não tiver um(a) parceiro(a) no momento, responda a questão tendo em mente seu(sua) parceiro(a) mais recente. Se você nunca se apaixonou por alguém, responda em termos de como você acha que seriam as suas respostas.

Para cada afirmação responda:

- 1 = Concordo totalmente com a afirmação
- 2 = Concordo em grande parte com a afirmação
- 3 = Neutro – nem concordo nem discordo
- 4 = Discordo em grande parte da a afirmação
- 5 = Discordo totalmente da afirmação

1- Quando meu(minha) parceiro(a) não presta atenção em mim, eu fico muito mal.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1            2            3            4            5 Totalmente

2- Meu(minha) parceiro(a) e eu temos a “química” certa entre nós.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1            2            3            4            5 Totalmente

3- Meu(minha) parceiro(a) ficaria triste se soubesse de algumas das coisas que eu fiz com outros(as) parceiros(as).

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

4- Nosso amor é do melhor tipo, pois surgiu de uma longa amizade.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

5- Eu não consigo relaxar se eu suspeitar que meu(minha) parceiro(a) está com outra pessoa.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

6- Eu sinto que meu(minha) parceiro(a) e eu fomos feitos um para o outro.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

7- Eu gosto do "jogo da sedução" tanto com meu(minha) parceiro(a), quanto com outros(as).

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

8- O que mais pesou na escolha do meu(minha) parceiro(a) foi como ele(a) seria visto(a) pela minha família.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

9- Se meu(minha) parceiro(a) me ignora por algum tempo, eu às vezes faço coisas estúpidas para atrair novamente sua atenção.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

10- Com o tempo nossa amizade se transformou gradualmente em amor.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

11- Um fator importante na escolha do(a) meu(minha) parceiro(a) foi se ele(a) seria ou não um bom pai ou uma boa mãe.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

12- Meu(minha) parceiro(a) e eu nos entendemos muito bem.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

13- Um fator considerado na escolha do(a) meu(minha) parceiro(a) foi como ele(a) interferiria na minha carreira.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

14- Eu prefiro sofrer eu mesma(o) a deixar meu(minha) parceiro(a) sofrer.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

15- Antes de me envolver muito com meu(minha) parceiro(a), eu tentei perceber se seus traços hereditários seriam compatíveis com os meus, em caso de termos um filho.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

16- Meu(minha) parceiro(a) se encaixa nos meus padrões ideais de beleza física.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente



17- Eu não consigo ficar feliz a menos que eu coloque a felicidade do meu(minha) parceiro(a) antes da minha própria.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
 Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

18- Eu geralmente me disponho a sacrificar meus próprios desejos em função dos desejos do meu(minha) parceiro(a).

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
 Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

19- Eu acredito que aquilo que o(a) meu(minha) parceiro(a) não sabe sobre mim não vai machucá-lo(a).

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
 Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

20- Nosso relacionamento é o mais satisfatório, pois se desenvolveu a partir de uma boa amizade.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
 Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

21- Algumas vezes, eu tive que evitar que o(a) meu(minha) parceiro(a) descobrisse sobre outros(as) parceiros(as).

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
 Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

22- O nosso amor é de fato uma profunda amizade, não uma emoção misteriosa e mística.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
 Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente

23- Desde quando eu me apaixonei pelo(a) meu(minha) parceiro(a), eu tenho tido problemas para me concentrar em outras coisas.

Concordo /-----/-----/-----/-----/ Discordo  
 Totalmente 1 2 3 4 5 Totalmente



#### **ANEXO 4 - TIPOS DE APEGO DO ADULTO (TAA)**

Pergunta: Que situação a seguir melhor descreve os seus sentimentos em relação às outras pessoas?

1) Eu acho relativamente fácil me aproximar de outras pessoas e me sinto à vontade em confiar nelas e deixar que elas confiem em mim. Eu geralmente não me preocupo em ser abandonado ou que alguém se torne íntimo de mim.

2) Eu me sinto pouco à vontade em ficar muito próximo de outras pessoas: acho difícil confiar nelas completamente ou permitir que eu dependa delas. Eu fico nervoso quando alguém se aproxima muito e, com frequência, meus(minhas) parceiros(as) querem que eu seja mais íntimo do que eu consigo ser.

3) Eu sinto que os outros relutam em se aproximar tanto quanto eu gostaria. Frequentemente eu acho que o(a) meu(minha) parceiro(a) não me ama de verdade, ou que não vai querer ficar comigo. Eu quero me unir completamente com a outra pessoa e esse desejo às vezes afugenta as pessoas.

## 10 REFERÊNCIAS

---

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

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

Amélio A. *O mapa do amor: tudo o que você queria saber sobre o amor e ninguém sabia responder*. São Paulo: Editora Gente; 2001.

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

Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiq.* 2000;22:106-15.

Aristóteles. *Ética a Nicômacos*. Trad. Mário Gama Cury. 4ª ed. Brasília: Ed. UnB; 2001.

Arnold EV. *Roman Stoicism*. Cambridge: Cambridge University Press; 1911.

Bartholomew, K. Adult avoidance of intimacy: An attachment perspective. *J Soc Pers Rel.* 1990;7:147-78.

Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2):226-44.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:53-63.

Bernardes D, Mendes M, Sarmiento P, Silva S, Moreira J. *Gender Differences in Love and Sex: A Cross-Cultural Study*. Louisville, Kentucky: International Network on Personal Relationships Young Scholars; 1999.

Berti MB, Zilberman ML, Sophia EC, Pereira AP, Oliveira C, Lorena A, Gorenstein C, Tavares H, Cordás TA. Tradução e Adaptação de Escalas para Avaliação do Amor Patológico. *Rev Bras Psiq.* Submetido 2008.

Bogerts B. Deselusional jealousy and obsessive love – causes and forms. *MMW Fortschr Med.* 2005;147(6):26,28-9.

Borges ML. Uma tipologia do amor na filosofia kantiana. *Rev Studia Kantiana*. 2000;2(1):19-34.

Bowlby J. *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books; 1969.

Bowlby J. *The making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock; 1979.

Bowlby J. *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 1990.

Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol*. 1992;28:759-75.

Broemer P, Blümle M. Self-views in close relationships: the influence of attachment styles. *Br J Soc Psychol*. 2003; 42(3):445-60.

Bystronski B. *A liberação dos costumes e suas conseqüências sobre os relacionamentos amorosos heterossexuais* [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 1992.

Bystronski B. Teorias e Processos Psicossociais da Intimidade Interpessoal. In: Rodrigues A. *Psicologia Social para principiantes: estudo da interação humana*. Petrópolis: Vozes; 1995.

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

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

Clérambault G. *Les psychoses passionnelles*. Paris: Presses Universitaires de France; 1942. p. 315-22.

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

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

Eisenstein M. Is it love... or addiction? *Lab Anim (NY)*. 2004;33(3):10-1.

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

Erwin PG. Love attitudes and romantic involvement: a replication and extension. *Percept Mot Skills*. 1999;88(1):317-8.

Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de Psychiatrie*. 5<sup>a</sup> ed., Paris: Masson Editeur; 1984.

Ferreira-Santos E. *Ciúme, o medo da perda*. São Paulo: Editora Ática; 1998.

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

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

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

Freud S. *A Interpretação dos Sonhos* (1900). Ed. Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v.IV.

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

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

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

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

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



Gaddall el YY. De Clérambault's syndrome (erotomania) in organic delusional syndrome. *Br J Psychiatry*. 1989;154:714-16.

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

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

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

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

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial; 2000. p. 89-95.

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

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

Harlow HF. *Love in infant monkeys*. Scientific American. 1959; 200:68-74.

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

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

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

Hendrick C, Hendrick SS. Research on love: Does it measure up? *J Pers Soc Psychol*. 1989;56:784-94.

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

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

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

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

Hernandez JAE. Validação da estrutura da Escala Triangular do Amor: Análise fatorial confirmatória. *Aletheia*. 1999;9:15-25.

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

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

Kraepelin E. *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Translated by Barclay M. Robertson ED, Ed. Edinburgh: E & S Livingstone; 1921.

Lasch C. *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1983.

Lawson T. *Alcoolismo – uma orientação para as famílias*. Campinas: Ed. Raboni; 1999.

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

Leckman JF, Mayes LC. Preoccupations and behaviors associated with romantic and parental love: perspectives on the origin of obsessivecompulsive disorder. *Child and Adolesc Psych Clin North Am*. 1999;8(3):635-665.

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

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

Leon JJ, Parra F, Cheng T, Flores RE. Love-styles among Latino community college students in Los Angeles. *Psychol Rep.* 1995; 77(2):527-30.

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

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

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

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

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

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

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

Martin JD, Blair GE, Nevels R, Fitzpatrick JH. A Study of the Relationship of Styles of Loving and Marital Happiness. *Psychol Reports*. 1990;66:122.

Mayor AS. *O amor é uma história: satisfação e complementaridade de papéis no relacionamento conjugal*. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia; 2007.

Mello EKN. Família: a doença que somos nós. *O mundo da saúde*. 1999;23(1):32-35.

Meszáros K, Willinger U, Fischer G, Schonbeck G, Aschauer HN. The tridimensional personality model: influencing variables in a sample of detoxified alcohol dependents European fluvoxamine in alcoholism study group. *Compr Psychiatry*. 1996;37:109-14.

Moss E. Treating the love-sick patient. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1995;32(3):167-73.

Mooney HB. Pathologic jealousy and psychochem therapy. *Brit J Psychiatry*. 1965;111:1023-42.

Mullen PE, Pathe M. The pathological extensions of love. *Br J Psychiatry*. 1994;165(5):614-23.

Naso PO. *A arte de amar*. Trad. Dúnia Marinho da Silva. Porto Alegre: L&PM; 2001.

Nelson ES, Hill-Barlow D, Benedict JO. Addiction versus intimacy as related to sexual involvement in a relationship. *J Sex Marital Ther*. 1994;20(1):35-45.

Neto F. Love styles among Portuguese students. *J Psychol.* 1994;128(5):613-616.

Nietzsche F. *Assim falou Zaratustra*. São Paulo: MARTIN CLARET; 2002.

Norwood R. *Women who love too much*. Los Angeles: J. P. Tarcher; 1985.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995;51(6):768-74.

Peele S, Brodsky A. *Love and Addiction*. New York: Taplinger; 1975.

Pincus AL, Wilson KR. Interpersonal variability in dependent personality. *J Pers.* 2001;69(2):223-51.

Pinsky A. *Love and sex in resigned people*. Summary of lecture given at the New School: ACAAP; 1951.

Platão. *O Banquete*. Tradução do grego por Jorge Paleikat e João Cruz Costa. Rio de Janeiro: Ediouro; s/ data.

Prest LA, Benson MJ, Protinsky HO. Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family Process.* 1998;37(4):513-28.

Raskin DE, Sullivan KE. Erotomania. *Am J Psychiatry.* 1974;131:1033-5.

Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Rev.* 1988;18(3):247-91.

Rotunda RJ, West L, Ofarrell TJ. Enabling behaviour in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. *J Subst Abuse Treat.* 2004;26(4):269-76.

Rougemont D. *O amor e o ocidente.* Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

Rudden M, Sweeney J, Frances A. A comparison of delusional disorders in women and man. *Am J Psychiatry.* 1983;140:1575-8.

Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry.* 1990;147:625-8.

Russell B. *The Problems of Philosophy.* Oxford: Oxford University Press; 1983.

Sartre JP. *O Ser e o Nada: ensaios de ontologia fenomenológica.* 2a. ed. Petrópolis: Vozes; 1997.

Schopenhauer A. *O mundo como vontade e representação.* Tradução de Jair Barboza. São Paulo: Ed. UNESP; 2005.

Simon J. Love: addiction or road to self-realization, a second look. *Am J Psychoanal.* 1982;42(3):253-63.

Sophia EC, Crescente Junior JA, Zilberman ML, Cordas TA. Amor Patológico. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás TA (Org.). *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos.* 1a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.201-14.

Sophia EC, Tavares H, Zilberman ML. Pathological love: is it a new psychiatric disorder? *Rev Bras Psiq.* 2007;29(1):55-62.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the Trait-Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I. History, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:624-9.

Sprecher S, Aron A, Hatfield E, Cortese A, Potapova E, Levitskaya A. Love: American style, Russian style, and Japanese style. *Pers Relatsh.* 1994;1:349-69.

Stafford LL. Is codependency a meaningful concept? *Issues Ment Health Nurs.* 2001;22(3):273-86.

Stanley S. Co-dependency: Personality correlates in spouses of alcoholics. *Indian J Soc Work.* 2004;65(2):213-26.

Sternberg RJ. A Triangular Theory of Love. *Psychol Rev.* 1986;93(2):119-35.

Sternberg RJ. *The triangle of love*. New York: Basic Books, 1988.

Sternberg RJ. Love stories. *Pers Relatsh.* 1996;3:59-79.

Sternberg RJ. Construct validation of a triangular love scale. *Eur J Psychol.* 1997;27:313-35.



Sternberg RJ. *Love is a story: a new theory of relationships*. New York: Oxford University Press; 1998.

Tabachnik BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 4<sup>a</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon; 2001.

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

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

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

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

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

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

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

Weiszflog W. *MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos; 1998.

Wood A. *Kant's Ethical Thought*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.