

Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?

Pathological love: is it a new psychiatric disorder?

Eglacy C Sophia,¹ Hermano Tavares,^{1,2} Mônica L Zilberman^{1,2}

Resumo

Objetivo: O amor patológico se caracteriza pelo comportamento de prestar cuidados e atenção ao parceiro, de maneira repetitiva e desprovida de controle, em um relacionamento amoroso. Embora os dados disponíveis se concentrem em relatos de caso, a condição (que se diferencia da erotomania ou amor delirante) parece não ser rara. **Método:** Revisamos a literatura disponível sobre as características clínicas do amor patológico, utilizando as bases de dados do Medline, Lilacs e PsychoINFO. **Discussão:** Verificou-se que baixa auto-estima, sentimentos de raiva, privação afetiva e estresse emocional podem ser fatores psicológicos importantes no desenvolvimento desse quadro. Da mesma forma, alguns fatores familiares podem estar associados, como abuso de substâncias e história de negligência (física e/ou emocional) na infância. **Conclusões:** O progresso nas pesquisas poderá trazer maior precisão sobre aspectos clínicos, etiológicos e comórbidos, favorecendo, assim, a efetiva abordagem do portador, com potencial repercussão sobre a vida afetiva de número significativo de pessoas.

Descritores: Amor; Dependência (psicologia); Comportamento obsessivo; Comportamento compulsivo; Apego ao objeto

Abstract

Objective: The pathological love is characterized by being a behavior of taking care and paying attention to the beloved partner in a way which is repetitive and careless of control in an amorous relationship. Although the available data is comprised of case studies, such condition (which is distinguished itself from erotomania or delusional love) seems not to be rare. **Method:** We reviewed the available literature on the clinical characteristics of pathological love (PL), using the Medline, Lilacs and PsychoINFO databases. **Discussion:** It was verified that low self-esteem, feelings of anger and affectionate deprivation, and emotional distress can be important psychological factors in the evolvement of such clinical diagnosis. Similarly, some family factors could be associated with it, such as substance abuse, and history of physical and/or emotional negligence during childhood. **Conclusions:** The progress of research may bring broader precision on the clinical, etiologic and comorbid features. Thus, this would be favoring an effective approach to the bearer, adding a potential repercussion on the affective life of a significant number of people.

Keywords: Love; Dependency (psychology); Obsessive behavior; Compulsive behavior; Object attachment

Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

¹ Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

² Departamento e Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente
Recebido: 17 Outubro 2005
Aceito: 7 Dezembro 2005

Correspondência

Eglacy Cristina Sophia
Travessa Ponder, 64 - Ibirapuera
04008-040 São Paulo, SP, Brasil
Tel: (11) 3051-6211 Tel/Fax: (11) 3885-5636
E-mail: sophia_ec@uol.com.br

Introdução

O amor - definido em dicionário como sentimento que impulsiona o indivíduo para o belo, digno ou grandioso; grande afeição de uma pessoa a outra do sexo oposto; ligação espiritual, amizade; desejo sexual¹ - tem sido descrito há séculos, por estudiosos de várias áreas do conhecimento. O primeiro deles foi Platão (427 a.C. - 347 a.C.) que, em o "Banquete",² definiu o "amor autêntico" como aquele que liberta o indivíduo do sofrimento e conduz sua alma ao "banquete divino" e sugeriu a distinção deste com o "amor possessivo", que persegue o outro como um objeto a devorar.

Esta conceituação foi retomada por Immanuel Kant (1724-1804), que demonstrou que somente o "amor-ação" (altruísta) é aceitável, uma vez que inclui preocupação verdadeira e desinteressada pelo bem estar do outro; o "amor-paixão" (egoísta), segundo a filosofia kantiana, é impossível de controlar, se relaciona aos interesses próprios e comporta desatino e desprezo pelo outro.³

No início do século passado, Freud descreveu o instinto amoroso chamado Eros, a partir da percepção de que uma histérica queria dizer algo (que não conseguia dizer com palavras), através de seu corpo. Entendido como tudo o que pode ser sintetizado como amor, Eros inclui: amor a si mesmo, aos pais, aos filhos, à humanidade, ao saber e aos objetos abstratos. O conceito de amor para Freud, portanto, é uma ampliação do conceito de sexualidade, definido como um conjunto de processos mentais internos que dirigem a libido do indivíduo para um objeto (parceiro) com objetivo de obter satisfação.⁴⁻⁵

Autores mais recentes⁶⁻⁸ propõem que a atitude de fixar atenção e cuidados em relação ao companheiro é esperada em qualquer relacionamento amoroso saudável. Todavia, quando ocorre falta de controle e de liberdade de escolha sobre essa conduta, de modo que ela passa a ser prioritária para o indivíduo, em detrimento de outros interesses antes valorizados, está caracterizado um problema denominado amor patológico (AP).

Esse quadro pode estar presente em outros transtornos psiquiátricos, associado a sintomas depressivos e ansiosos primários^{6-7,9-10} ou pode ocorrer isoladamente, em personalidade vulnerável,¹¹⁻¹² com baixa auto-estima,^{11,13-14} e sentimentos pervasivos de rejeição, de abandono e de raiva.^{10-11,15}

Apesar de essa condição estar claramente descrita como uma dificuldade de âmbito psíquico e, também, da crescente ênfase que a mídia vem oferecendo, esse tema ainda não foi adequadamente pesquisado. Para isso, a revisão dos dados diagnósticos, clínicos e familiares do AP se faz necessária, objetivo deste trabalho.

A melhor compreensão do portador de AP poderá, também, beneficiar os seus parceiros. Segundo estudos atuais,^{7,16} boa parte dos dependentes de álcool e outras drogas têm parceiras com AP, cujas atitudes prejudicariam o tratamento dos companheiros.

No entanto, estas mulheres costumam ser abordadas pelos centros de tratamento apenas como co-dependentes, ou seja, como portadoras de uma dificuldade comumente apresentada por cônjuges e também por filhos de dependentes químicos com relação à maneira de lidar com o portador da dependência química. Através da efetiva assistência a essas mulheres em suas dificuldades pessoais poderemos, portanto, otimizar a eficácia do tratamento dos seus companheiros.

Método

Foi realizada uma busca computadorizada da literatura, utilizando dados dos indexadores Medline, Lilacs e PsycINFO,

sem limite de tempo, com os termos "*love and addiction and behaviour*", "*love and relationship and compulsive*", "*love and impulsivity*", "*love and impulse control disorder*", "*love and dependence*", "*pathological love*", "*obsessive love*", "*love and obsession*" e "*love and OCD*", que forneceu um total de 141 trabalhos.

Desses, foram excluídas 66 pesquisas que fugiam do tema proposto nesse trabalho por se referirem a: dependentes químicos (12); impulso sexual excessivo e outros transtornos da sexualidade (15); desfechos de casos psiquiátricos forenses (8); outros quadros psiquiátricos e orgânicos (14); questões pertinentes ao relacionamento conjugal (10); e aproximação amorosa na adolescência (7).

Dentre as 75 referências restantes, cartas e editoriais foram excluídos, sendo selecionadas 54. Outras nove, citadas em artigos originais, foram acrescentadas por busca ativa.

A procura por revisões na literatura sobre "*love and possession*" resultou em nenhum artigo e, sobre "*love and relationship and psychiatry*" apresentou basicamente trabalhos sobre a relação transferencial entre paciente e psiquiatra, que foram excluídos.

Nos itens seguintes, apresentamos as informações obtidas sobre características clínicas e diagnósticas do AP, incluindo: critérios de avaliação; padrão familiar; características referentes ao gênero; gênero e neurofisiologia do apego e da afiliação; e diagnóstico diferencial. Na seqüência, discorreremos sobre os instrumentos encontrados na literatura para avaliação do AP e, então, abordamos algumas considerações sobre o tratamento do portador de AP. Por último, passamos à discussão e apontamentos finais sobre o tema e descrevemos as referências bibliográficas utilizadas nesse trabalho.

1. Características clínicas e diagnósticas

A caracterização do AP é controversa. Alguns autores descreveram o quadro como fenômeno decorrente de transtornos ansiosos e depressivos.^{6-7,9-10} A gravidade da sintomatologia psiquiátrica contribuiria, então, para a manutenção de relacionamentos tensos e conturbados.

Esses autores propõem que, nos estágios iniciais da doença, da mesma forma como ocorre com o usuário experimental de cocaína ou qualquer outro estimulante, esse padrão de relacionamento proporciona alívio da angústia. O estado de exaltação e de estresse constante acarretaria liberação adrenérgica, tornando mais difícil ocorrerem os desconfortos relativos aos sintomas depressivos.⁶⁻⁷ Segundo essa hipótese, o relacionamento protegeria o indivíduo contra a ansiedade.^{6-7,17} Assim como ocorre com o dependente químico que inicia o uso da "droga de escolha", o portador de AP acredita que o parceiro trará significado para sua vida, ilusão que inicialmente alivia a angústia de ter que dar conta de si mesmo.

Em termos psicológicos, então, a essência dessa patologia parece não ser amor, e sim medo - de estar só, de não ter valor, de não merecer amor, de vir a ser abandonado -, de maneira que, apesar da falta de liberdade com relação às próprias condutas por um lado gerar desconforto e prejuízo ao indivíduo, por outro, propicia alívio desses temores.^{7,15}

Algumas pesquisas atuais^{11,14-15,18-21} se referem ao AP como um comportamento obsessivo-compulsivo em relação ao parceiro. Em estudo americano²⁰ realizado em 1999, por exemplo, os autores confirmaram que os padrões neurológico e comportamental (com relação ao amor romântico e parental) altamente conservados, assim como as mensagens genéticas que guiam o seu desenvolvimento, estão associados com o

transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Outra pesquisa, realizada no mesmo ano na Itália,¹⁹ comparou 20 sujeitos que referiram estar amando recentemente (últimos seis meses), 20 com TOC (não medicados) e 20 normais (controles). Os resultados comprovaram ocorrer alterações neuroquímicas semelhantes no transporte de serotonina (5-HT) em portadores de TOC e de AP. Ambos apresentaram índices significativamente inferiores aos indivíduos normais.

Outros autores, ainda, acreditam que o problema em questão caracteriza-se como dependência de amor, um subtipo do transtorno de personalidade dependente.²²⁻²³

2. Critérios de avaliação

O componente central na avaliação do AP é a caracterização do comportamento - repetitivo e sem controle - de prestar cuidados e atenção ao objeto de amor (parceiro) com a intenção (nem sempre revelada) de receber o seu afeto e evitar sentimentos pessoais de menos valia. Para a avaliação diagnóstica do AP é importante, também, constatarmos que essa atitude excessiva é mantida pelo indivíduo, mesmo após concretas evidências de que está sendo prejudicial para a sua vida e/ou para a vida de seus familiares.⁷

Alguns estudiosos sugerem que, clinicamente, o AP se assemelha aos critérios diagnósticos empregados na dependência de álcool e outras drogas.^{6-7,24} Para avaliar a dependência de substâncias, a Associação Psiquiátrica Americana²⁵ indicou sete critérios, sendo que três necessitam ser preenchidos para que esse diagnóstico seja fechado. Comparando esses critérios para dependência química²⁵ com as características normalmente apresentadas pelos portadores de AP,⁶⁻⁷ constatamos que pelo menos seis critérios são comuns às duas patologias:

1) Sinais e sintomas de abstinência - quando o parceiro está distante (física ou emocionalmente) ou perante ameaça de abandono, podem ocorrer: insônia, taquicardia, tensão muscular, alternando 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 período mais longo do que pretendia de início.

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

4) É despendido muito tempo para controlar as atividades do parceiro - a maior parte da energia e do tempo do indivíduo são gastos com atitudes e 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 profissional são deixadas, como cuidado com filhos, atividades profissionais, convívio com colegas, entre outras.

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

Além dessas características, segundo Simon,⁶ um estudo realizado na década de 80 por cientistas do *New York State Psychiatric Institute* constatou que o amor excessivo pode provocar no Sistema Nervoso Central um estado de euforia similar ao que costuma ser induzido por grande quantidade de anfetamina. Segundo os pesquisadores desse instituto, o amor produziria sua própria substância intoxicante: a

fenililamina, dado que explica o forte desejo por chocolate - que contém fenililamina - entre os portadores de AP, em períodos de ausência do companheiro. Comer chocolate seria, assim, uma tentativa de evitar ou de aliviar os sintomas de abstinência acima citados. Embora não seja relacionado como um critério diagnóstico, o *craving* também é um sintoma comumente apresentado pela grande maioria dos dependentes de substâncias.²⁵

3. Padrão familiar

Receber cuidado e afeto durante a infância é fundamental para que as crianças se desenvolvam com segurança e proteção, necessárias para o desempenho satisfatório das atividades e das relações futuras, na adolescência e na vida adulta.^{7,10,26}

Por outro lado, em lares desajustados, com pais distantes física e emocionalmente, muitas vezes alcoolistas e/ou abusadores, as crianças tornam-se carentes desse suporte afetivo e nutrem medo de serem abandonadas pelos pais.^{7,11} Para evitar o abandono, e também como tentativa de receber a confirmação de que é amada, a criança passa a assumir responsabilidades dos pais e o cuidado pelos interesses dos familiares, cuidando de irmãos e trabalhando em casa e fora.⁷

Na vida adulta, mesmo almejando do companheiro o afeto jamais obtido, estes indivíduos repetem o padrão de relacionamento registrado na infância. Em geral, são atraídos por parceiros distantes e inseguros, muitas vezes também dependentes de álcool ou outras drogas⁷ e que, portanto, necessitam de cuidados. Pessoas seguras e gentis, por outro lado, são descritas como enfadonhas.⁶⁻⁷

Em recente estudo inglês,²⁴ realizado com 76 mulheres e 24 homens, foi constatada associação direta entre satisfação no relacionamento atual e segurança afetiva na infância, relação que não foi verificada com depressão, transtorno que vêm sendo mais citado por parte dos profissionais que estudam as dificuldades de relacionamento.

Assim, o padrão de relacionamento "carente x cuidador", apreendido pelo portador de AP na infância através da observação (relação dos pais) ou da própria vivência (relação da criança com os pais), pode ser registrado e, conseqüentemente, repetido nos relacionamentos amorosos atuais do portador de AP.^{10,27}

Além dos sofrimentos pessoais decorrentes desse padrão, outro aspecto importante, como já citado, é que o comportamento do indivíduo pode influenciar negativamente o tratamento do parceiro com dependência química,¹⁶ um padrão frequentemente associado à co-dependência.

Em 2004, 42 casais americanos (homens alcoolistas e suas companheiras) foram pesquisados e os autores constataram que, mesmo com vários casos publicados sobre as particularidades do AP^{6-7,10-11,13,15,19,22,24,29-30} e com os estudos sobre casais confirmando que a maioria das parceiras, mesmo quando informadas, costumam manter atitudes facilitadoras para a recaída do parceiro (como mentir para proteger o bebedor e usar álcool ou drogas em sua companhia), esta população ainda está sendo assistida apenas como co-dependente nos centros de tratamento que, em geral, mantêm a antiga e ineficaz proposta de orientá-las sobre como lidar com os companheiros.¹⁶

4. Características referentes ao gênero

Esse padrão patológico de se relacionar com a parceria pode acometer homens e mulheres. Devido a características culturais facilitadoras, parece que o AP é particularmente prevalente

na população feminina. A tendência em se tornar, nos termos utilizados pelas pessoas que sofrem com o problema, “obcecada” ou “viciada” pelo parceiro, em “viver pelo outro”, esperando que ele dê significado à sua vida, costuma ser mais referida pelas mulheres, uma vez que, em geral, elas consideram a relação a dois como prioridade em sua vida.^{6-7,14,31-32}

Este fato foi confirmado em pesquisa recentemente publicada sobre os comportamentos associados com o amor,¹⁹ onde o autor concluiu que, na atualidade, as mulheres ainda dão maior ênfase aos comportamentos amorosos, tais como: atividade mútua, ocasiões especiais, presentes, abnegação e sacrifícios pelo relacionamento.

Os homens, por sua vez, são pouco representados nos grupos de auto-ajuda para AP, cuja própria denominação parece que os exclui: Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA), <http://www.grupomada.com.br/site/>. Nos Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA), <http://www.slaa.org.br/br/index.htm>, os homens podem ser mais encontrados, uma vez que nesse gênero o diagnóstico de desejo sexual excessivo é mais freqüente.

Além dessa baixa demanda na população masculina, mesmo para aqueles que vivenciaram o mesmo padrão familiar descrito no item anterior, parece ser mais comum - e até esperado em nossa cultura - a vinculação patológica com atividades mais externas e impessoais, como jogo, trabalho, esportes ou *hobbies* do que com amor, mais interno e pessoal.⁷

5. Gênero e neurofisiologia do apego e da afiliação

Dois sistemas parecem implicados na escolha e determinação da preferência por um parceiro específico. O sistema dopaminérgico córtico-estriatal e o sistema de neuropeptídeos transmissores. As projeções dopaminérgicas das estruturas corticais para o núcleo accumbens (NA) na porção anterior do corpo estriado são um elemento-chave para o estabelecimento de saliência a estímulos relevantes para a espécie e para a preservação do indivíduo. Além de um papel relevante em comportamentos motivados e relacionados ao apetite,³³ esse sistema dopaminérgico também está implicado na capacidade de vinculação social.³⁴⁻³⁶ Em estudo realizado com ratazanas macho da pradaria (*Microtus orchrogaster*),³⁷ foi comprovado que a dopamina é crucial para a formação do apego, sendo que a administração de haloperidol bloqueou e da apomorfina induziu o estabelecimento da parceria.

Esteróides gonadais e neuropeptídeos transmissores também modulam funções sócio-sexuais, como acasalamento, parceria e parentagem. Porém, em primatas e na espécie humana, a participação dos hormônios sexuais é reduzida, cedendo mais espaço aos neuropeptídeos transmissores: ocitocina, vasopressina e opióides endógenos. A ocitocina e a vasopressina parecem se dividir entre comportamentos próprios do gênero feminino e masculino, atuando, respectivamente, em cada gênero como moduladores da preferência por parceiros. Em outras palavras, são as bases neurobiológicas da fidelidade.³⁸ A beta-endorfina, agindo através dos receptores μ opióides localizados nos terminais dendríticos do NA é responsável pela sensação de consumação prazerosa do ato sexual e possivelmente de outros comportamentos instintivos.³⁹

Acredita-se que o acidente geográfico responsável pela criação das montanhas rochosas isolou uma população de ratazanas da pradaria, dando origem a uma nova espécie da montanha. Condizente com sua origem comum, as duas espécies guardam muitas semelhanças, porém o comportamento sócio-sexual difere. Em ambos os tipos de roedores, a distribui-

ção dos receptores dopaminérgicos coincide, mas a expressão de receptores de vasopressina V1a nas estruturas telencefálicas é sensivelmente menor na variante da montanha. A ratazana da pradaria atinge a maturidade, acasala e mantém a mesma parceria ao longo da vida. Mesmo ratas jovens dessa espécie, que tenham acidentalmente perdido o parceiro, não estabelecem outro laço conjugal.

A ratazana macho da montanha, ao contrário, tem comportamento sexual promíscuo e vive só. Em um estudo de manipulação genética, foi alterado o gene responsável pela expressão do receptor V1a, aumentando sua expressão nas estruturas telencefálicas. Observou-se uma mudança radical no comportamento desses roedores que, apesar de serem provenientes de uma espécie promíscua, passaram a apresentar preferência por parceiro específico, à semelhança da ratazana da pradaria.⁴⁰

Além da preferência por parceiro, em modelos animais, a ocitocina e a vasopressina se relacionam, respectivamente, à facilitação da interação mãe-filhote e contato físico sem fins sexuais em fêmeas; e proteção agressiva do espaço de copulação, cuidados paternos e estabelecimento de memórias para reconhecimento do grupo social. Em machos da espécie humana, a vasopressina atinge picos de atividade durante o período de excitação sexual. Os neurônios produtores de ocitocina e vasopressina, que estão localizados no núcleo paraventricular do hipotálamo, projetam-se para amígdala e NA, onde se estabelece a interface entre os sistemas sócio-sexual e de incentivo-motivação.⁴¹

Embora os mecanismos dessa interação ainda não tenham sido desvendados, é possível especular sobre ela, uma vez que a combinação de diferentes níveis de atividade dos sistemas de incentivo-motivação (dopamina) e de afiliação (neuropeptídeos) podem explicar muitas das variações observadas no comportamento sexual humano.³⁹ Para melhor compreensão das possíveis interações entre estes sistemas, organizamos comportamentos e sintomas da esfera sócio-sexual em um modelo representado na Figura 1.

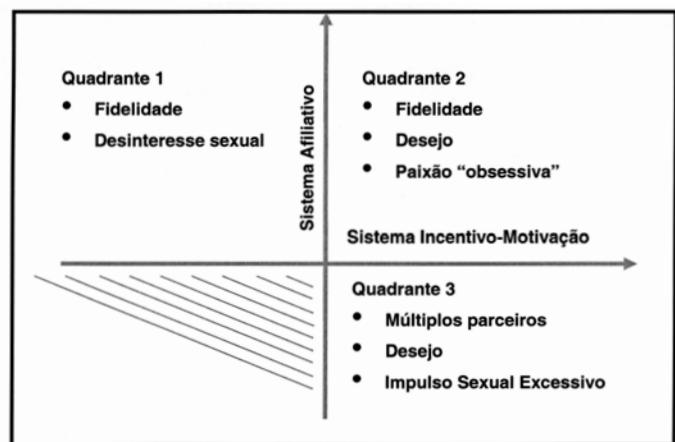


Figura 1 – Interações entre os sistemas Motivacional e Afiliativo e Variações Correspondentes do Comportamento Sexual

Conforme esquematizado na figura, um sistema de incentivo-motivação funcional e sensível ao caráter reforçador da atividade sexual condiciona saliência aos estímulos associados e relevância à prática sexual. Se combinado a um sistema afiliativo potente (quadrante 2) num mesmo indivíduo, ele determinará vida sexual freqüente, com parceiro preferencial

ou exclusivo. Do contrário, se o sistema afiliativo for deficitário, teremos um indivíduo sexualmente ativo, porém promíscuo (quadrante 1). As variantes extremas desses comportamentos corresponderiam, respectivamente, ao AP e ao Impulso Sexual Excessivo, síndrome caracterizada pela dedicação excessiva ao sexo, múltiplos parceiros e desajustamento psicossocial decorrente.⁴² Uma terceira possibilidade seria o caso de pessoas com sistema afiliativo dominante e deficiência de incentivo-motivação (quadrante 3). Indivíduos com essa configuração não teriam grande interesse, mas aceitariam sexo como um requisito para manutenção do laço conjugal. Sujeitos abúlicos e reclusos (quadrante 4, sistemas de incentivo-motivação e afiliativo hipotativos) seriam infreqüentes, pois a própria seleção natural cuidaria de excluir esse tipo de combinação.

6. Diagnóstico diferencial

O “*love addiction*”, como vem sendo denominado por alguns autores^{6,11} deve ser diferenciado do amor saudável, no qual o comportamento de cuidar do parceiro ocorre com controle e duração limitada, e o desenvolvimento e a realização pessoal são preservados. Em geral, em uma relação construtiva, as atividades e/ou interesses anteriores ao relacionamento (profissão, atenção aos filhos, cuidados pessoais, etc.) são mantidos trocados ou aprimorados, mas sempre em função da própria realização.⁶

Outra distinção necessária diz respeito ao quadro de transtorno delirante, subtipo erotomaniaco cuja descrição clínica vem sendo realizada há mais de um século por diversos estudiosos.^{17,36,43-48} Enquanto na Erotomania o indivíduo está convencido que alguém, geralmente desconhecido e de posição superior³⁶ o ama, no AP ocorre uma oscilação entre certeza ilusória e incerteza de que o parceiro do presente ou do passado virá a amá-lo, com raiva e culpa alternando-se em todo momento.

Outro tipo de transtorno delirante, o delírio de ciúmes, também precisa ser diferenciado do AP, cujo portador também pode referir ciúmes. O delírio de ciúmes ocorre principalmente entre homens com alcoolismo crônico para os quais eventos triviais passam a ser provas da “veracidade” do recorrente delírio. O AP, por sua vez, é predominantemente em mulheres e se caracteriza pela excessiva desconfiança e possessividade, em geral decorrentes de baixa auto-estima, como abordado anteriormente.^{14,48} Assim como ocorre no AP, no ciúme patológico também existe difícil distinção entre o normal e o patológico, medo da perda do outro ou do espaço afetivo ocupado na vida deste, além de correlação com auto-estima rebaixada, conseqüentemente à sensação de insegurança. No entanto, diferentemente do AP, o ciúme patológico aparece como uma preocupação infundada, irracional e irreal. O potencial para atitudes violentas e egoístas também é destacado nesse quadro, que desperta importante interesse da psiquiatria forense.⁴⁹⁻⁵¹

Outra diferenciação necessária diz respeito ao transtorno de personalidade borderline que, como o AP, é marcado pela instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos, além de ocorrer acentuada impulsividade, desde a infância.³⁶ O grande diferencial entre as duas patologias é que o portador de transtorno de personalidade borderline apresenta este quadro em uma variedade de contextos e, no portador de AP, estes sintomas ocorrem apenas em relação ao companheiro mediante ameaça de ruptura do laço amoroso.

Outros transtornos mentais, como a esquizofrenia, a mania ou a síndrome cerebral orgânica também devem ser excluídos para o diagnóstico diferencial do AP.¹⁴

Assim, o diagnóstico diferencial do AP deve se embasar no descontrolo sobre o ato de cuidar do parceiro e no abandono dos interesses próprios, além da natureza das suposições (ilusões) de vir a ser amado, que deve se fundamentar em dados mais ou menos reais (viáveis) e não delirantes.

Instrumentos de avaliação

Há vinte anos vêm sendo publicados estudos relativos a escalas e questionários que avaliam os comportamentos pessoais associados ao amor,¹⁷⁻²¹ os quais estão relacionados na Tabela 1. Os instrumentos que verificam a qualidade do relacionamento afetivo e que podem ser utilizados para analisar outras características do AP,²²⁻²⁸ por sua vez, são mostrados na Tabela 2. Além das aplicações em pesquisa, tais instrumentos também podem apontar informações úteis para a prática clínica, tanto medicamentosa quanto psicoterápica. Os resultados obtidos, como sempre, devem ser confrontados com entrevista e, se possível, com informações fornecidas por familiares próximos.

Tabela 1 – Instrumentos de rastreio do amor patológico

Instrumento	Data
<i>Passionate Love Scale</i> (PLS) ⁵¹	1986
Relações Afetivas Estáveis (RAE) ⁵²	1995
<i>Love Behaviors Scale</i> ⁵³	1996
<i>Love Attitudes Scale</i> ⁵⁴	1998
<i>Trait-Specific Dependence Inventory</i> (TSDI) ²²	2002

A partir das similaridades entre o amor na adolescência e o amor passionais (ambos intensos, excitantes, confusos, passionais), foi desenvolvida a primeira escala validada para analisar o amor: a *Passionate Love Scale* (PLS),⁵² instrumento com excelente consistência interna, com alpha de Cronbach 0.94 e que avalia o amor passionais nos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais.

Em 1995, foi publicada a *Relações Afetivas Estáveis* (RAE),⁵³ que verifica a influência de sexo e gênero nas atitudes frente a este tipo de relação. Sua alta fidedignidade foi evidenciada nas populações brasileira e americana e a validade fatorial e de construto também foi confirmada.

A *Love Behaviours Scale*⁵⁴ é composta por 37 itens e analisa os comportamentos rotineiros associados com a expressão de amor a um parceiro. Sua confiabilidade foi confirmada nos cinco grupos de comportamento investigados: atividade mútua, ocasião especial, oferendas, abnegação e sacrifícios.

Pesquisadores da *Texas Tech University* desenvolveram, em 1998, a *Love Attitude Scale*,⁵⁵ que permitiu o estudo de alguns aspectos relacionados ao amor, como amor x faixa etária em populações divergentes, como Estados Unidos⁵⁶ e Taiwan.⁵⁷⁻⁵⁸

O *Trait-Specific Dependence Inventory* (TSDI)²³ acessa a dependência em relacionamentos afetivos analisando o amor, o tempo de investimento e os acessos de raiva nos indivíduos. É um método confiável, com coeficientes variando entre 0.58 (habilidade física) a 0.32 (agradável/compromisso) entre os homens, com média de 0.43; e coeficientes entre 0.54 (destreza física) a 0.20 (atração física) entre as mulheres.⁵⁹

Tabela 2 – Instrumentos de qualidades do relacionamento afetivo e outras manifestações do amor patológico

Instrumento	Data
<i>Relationship Events Scale</i> (RES) ⁵⁹	1983
<i>Relationship Assessment Scale</i> (RAS) ⁶⁰	1988
<i>Physical Abuse of Partner Scale</i> (PAPS) ⁶¹	1997
<i>Future Time Orientation in Romantic Relationship Scale</i> (FTORR) ⁶²	2000
<i>Interpersonal Circumflex</i> (IPC) ²¹	2001
<i>Shorter PROMIS Questionnaire</i> (SPQ) ⁶³	2003

Com relação aos instrumentos que analisam a qualidade do relacionamento a dois e outros aspectos do AP, a *Relationship Events Scale* (RES)⁶⁰ é o primeiro que se tem conhecimento. A RES foi aplicada em 222 mulheres e 136 estudantes de psicologia da Universidade da Califórnia, sendo verificada excelente confiabilidade, com kappa médio de 0.55 entre os casais de uma amostra e com associação dos índices masculinos e femininos de 0.81.

A *Relationship Assessment Scale* (RAS)⁶¹ inclui sete itens de fácil aplicação para medir a satisfação em relacionamentos afetivos: os escores obtidos podem variar de 7 (baixa satisfação) a 35 (alta satisfação). Apresenta consistência interna muito boa (alpha de 0.86) e também boa validade preditiva.

Em 1997, foram publicados dados sobre a *Physical Abuse of Partner Scale* (PAPS),⁶² composta por 25 itens e com boa validade fatorial e de índice, além de excelente consistência interna, alpha de 0.90.

Através da *Future Time Orientation in Romantic Relationship Scale* (FTORR)⁶³ - que mede fatores preditivos do rumo que os relacionamentos poderão tomar no futuro -, constatou-se que interesse elevado no futuro da relação tem efeito negativo na satisfação do relacionamento atual. O tempo de relacionamento não tem efeito significativo sobre o rumo do relacionamento, mas a experiência afetiva precedente sim. Sexo feminino, assim como sentimento de ciúmes e elevado grau de seletividade na escolha do parceiro são fatores positivos para o futuro da relação, desde que sem excesso. Além disso, cautela e compromisso com o relacionamento são importantes indicadores de satisfação com o relacionamento atual.

Em 2001, foi publicado o *Interpersonal Circumplex* (IPC),²² com boa capacidade para diagnosticar transtornos de personalidade com traços interpessoais de expressões mal-adaptativas.

Por fim, em 2003, foi criado o *The Shorter PROMIS Questionnaire* (SPQ),⁶⁴ que acessa 16 diferentes comportamentos dependentes: nicotina; álcool; drogas (ilícitas e medicamentos); jogo; sexo; cafeína; comida (excesso e falta); exercício físico; compra; trabalho; atenção ao relacionamento amoroso (conduta dominante ou submissa); e ajuda compulsiva ao parceiro (conduta dominante ou submissa). A consistência interna de todas as escalas foi alta, com coeficientes entre 0.88 (privação alimentar) e 0.94 (álcool).

Considerações sobre o tratamento

Os portadores de AP costumam vivenciar relações conflituosas desde cedo e a presença do parceiro oferece uma ilusória defesa contra o sofrimento mental.¹⁵ Assim, os mesmos costumam procurar tratamento apenas quando o relacionamento acaba, momento em que não estão conseguindo aceitar e/ou agüentar a forte angústia - referida como sensação de desespero - gerada por esse rompimento.⁷

Ou seja, assim como ocorre nos quadros de dependência química ou comportamental, é comum ocorrer dificuldade de conscientização com relação à própria patologia. Assim sendo, em um primeiro momento costumam procurar ajuda sobretudo para obter resposta para sua questão primordial: "O que eu devo fazer ou mudar para ter meu companheiro de volta?". Ultrapassando essa difícil etapa inicial, cujo foco deve ser na aderência e na conscientização sobre o problema, a psicoterapia é citada como tratamento efetivo,¹¹ sobretudo na linha psicodinâmica.¹⁵ Uma vez que o foco principal da psicoterapia deve ser o restabelecimento dos sintomas que se desenvolveram desde a infância e que hoje se apresentam bastante intensos, as técnicas inerentes às abordagens psicodinâmicas estão indicadas.

A associação de psicoterapia com grupos de ajuda mútua também é indicada:⁷ o grupo costuma propiciar proteção e acolhimento (externos) até que a adequada assistência médica e psicoterápica restabeleça a proteção interna.

A avaliação psiquiátrica é fundamental para o estabelecimento do diagnóstico e do tratamento psicofarmacológico, se for o caso, de potenciais comorbidades psiquiátricas. Não foram encontradas na literatura possíveis abordagens psicofarmacológicas para o AP em específico.

Discussão e comentários finais

A compreensão do comportamento patológico em relação ao parceiro é difícil, devido à complexidade da questão, ainda pouco estudada.

Além da escassez de dados teóricos sobre o tema, estabelecer o limite entre o normal e o patológico com relação às atitudes amorosas de um indivíduo para com seu parceiro não é simples para o clínico. Para isso, é necessária uma avaliação ampla e cuidadosa sobre:

1) grau de limitação e de prejuízo que o comportamento patológico vem acarretando para a qualidade de vida do indivíduo, do parceiro e dos demais familiares;

2) compreensão dos aspectos clínicos, dos sintomas e da história familiar do portador de AP, diferenciando esse quadro de erotomania, delírio de ciúmes, transtorno de personalidade borderline, esquizofrenia e mania;

3) no caso de identificação de AP, estabelecer o diagnóstico responsável pelo quadro, cujos sintomas podem estar presentes em diversos transtornos, ou se apresentar como uma manifestação independente. Baixa auto-estima, abandono de atividades anteriores e abstinência, por exemplo, podem estar presentes como sintoma na depressão, na dependência química e em outros transtornos.

Conclusão

As características específicas do AP não se restringem meramente aos fatores socioculturais e/ou psicodinâmicos. É fundamental, além da minuciosa avaliação diagnóstica contemplando aspectos psiquiátricos e história familiar, a compreensão sobre o diagnóstico diferencial do AP. A partir desse conhecimento teórico e da comparação entre portadores e normais, o AP poderá vir a ser classificado e, assim, efetivamente tratado em nossa comunidade.

Referências

1. Weiszflóg W. Introdução: Novos termos. In: MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos; 1998.
2. Platão. O banquete. Virtual Books Online, ed. [cited 2005 Dec 5] Available from: URL: http://virtualbooks.terra.com.br/freebook/didaticos/download/O_banquete.pdf.
3. Clement E, Demonque C, Hansen-Love L, Kahn P. Dicionário Prático de Filosofia. Lisboa: Ed. Terramar; 1997.
4. Freud S. O Futuro de uma Ilusão.(1927). Rio de Janeiro: Imago; 1976.
5. Freud S. O mal estar da civilização (1929). Rio de Janeiro: Imago; 1974.
6. Simon J. Love: addiction or road to self-realization, a second look. *Am J Psychoanal.* 1982;42(3):253-63.
7. Norwood R. Women who love too much. Los Angeles, CA: Jeremy P Tarcher Press; 1985.
8. Fisher M. Personal Love. London: Duckworth; 1990.
9. Wang AY, Nguyen HT. Passionate love and anxiety: a cross-generational study. *J Soc Psychol.* 1995;135(4):459-70.
10. Donnellan MB, Larsen-Rife D, Conger RD. Personality, family history, and competence in early adult romantic relationships. *J Pers Soc Psychol.* 2005;88(3):562-76.
11. Timmreck TC. Overcoming the loss of a love: preventing love addiction and promoting emotional health. *Psychol Rep.* 1990;66(2):515-28.
12. 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.
13. 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.
14. Bogerts B. Deselusional jealousy and obsessive love – causes and forms. *MMW Fortschr Med.* 2005;147(6):26,28-9.
15. Moss E. Treating the love-sick patient. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1995;32(3):167-73.
16. Rotunda RJ, West L, O'Farrell TJ. Enabling behaviour in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. *J Subst Abuse Treat.* 2004;26(4):269-76.
17. Pinsky A. Love and sex in resigned people. Summary of lecture given at the New School for Social Research: ACAAP; 1951.
18. Zona MA, Sharma KK, Lane J. A comparative study of erotomanic and obsessional subjects in a forensic sample. *J Forensic Sci.* 1993;38(4):894-903.
19. Marazziti D, Akiskal HS, Rossi A, Cassano GB. Alteration of the serotonin transporter in romantic love. *Psychol Med.* 1999;29(3):741-5.
20. Leckman JF, Mayes LC. Preoccupations and behaviors associated with romantic and parental love. Perspectives on the origin of obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1999;8(3):635-65. Review.
21. Tarumi S, Tashiro N. Stress situations of daily living in patients with obsessive-compulsive disorder: a retrospective case note study. *Psychol Rep.* 2004;94(1):139-50.
22. Pincus AL, Wilson KR. Interpersonal variability in dependent personality. *J Pers.* 2001;69(2):223-51.
23. Ellis BJ, Simpson JA, Campbell L. Trait-specific dependence relationships. *J Pers.* 2002;70(5):611-59.
24. Simon J. Love: addiction or road to self-realization? *Am J Psychoanal.* 1975;35(4):359-64.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
26. Cramer D. Satisfaction with a romantic relationship, depression, support and conflict. *Psychol Psychother.* 2004;77(Pt 4):449-61.
27. Conger RD, Cui M, Bryant CM, Elder GH Jr. Competence in early adult romantic relationships: a developmental perspective on family influences. *J Pers Soc Psychol.* 2000;79(2):224-37.
28. Grosch WN. Narcissism: shame, rage and addiction. *Psychiatr Q.* 1994;65(1):49-63.
29. Erwin PG. Love attitudes and romantic involvement: a replication and extension. *Percept Mot Skills.* 1999;88(1):317-18.
30. Eisenstein M. Is it love... or addiction? *Lab Anim (NY).* 2004;33(3):10-1.
31. Kolbenschlag M. Kiss Sleeping Beauty Goodbye: Breaking the spell of feminine myths and models. New York: Doubleday; 1979.
32. Goldberg C. In: Defense of Narcissism. New York: Gardner Press; 1980.
33. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev.* 1993;18(3):247-91. Review.
34. Mikkelsen EJ, Detlor J, Cohen DJ. School avoidance and social phobia triggered by haloperidol in patients with Tourette's disorder. *Am J Psychiatry.* 1981;138(12):1572-6.
35. Schneider FR, Liebowitz MR, Abi-Dargham A, Zea-Ponce Y, Lin SH, Laruelle M. Low dopamine D(2) receptor binding potential in social phobia. *Am J Psychiatry.* 2000;157(3):457-9.
36. Volkmar FR. Pharmacological interventions in autism: theoretical and practical issues. *J Clin Child Psychol.* 2001;30(1):80-7. Review.
37. Aragona BJ, Liu Y, Curtis JT, Stephan FK, Wang Z. A critical role for nucleus accumbens dopamine in partner-preference formation in male voles. *J Neurosci.* 2003;23(8):3483-90.
38. Wang Z, Aragona BJ. Neurochemical regulation of pair bonding in male prairie voles. *Physiol Behav.* 2004;15:83(2):319-28.
39. van Furth WR, Wolterink G, van Ree JM. Regulation of masculine sexual behavior: involvement of brain opioids and dopamine. *Brain Res Brain Res Rev.* 1995;21(2):162-84. Review.
40. Lim MM, Wang Z, Olazabal DE, Ren X, Terwilliger EF, Young LJ. Enhanced partner preference in a promiscuous species by manipulating the expression of a single gene. *Nature.* 2004;429(6993):754-7.
41. Insel TR, Young LJ. Neuropeptides and the evolution of social behavior. *Curr Opin Neurobiol.* 2000;10(6):784-9. Review.
42. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
43. Krafft-Ebing R. Text Book of Insanity. Translated by Chaddock CG. Philadelphia, PA: FA Davies; 1904.
44. Kraepelin E. Manic Depressive Insanity and Paranoia. Translated by Barclay M. Robertson ED, ed. Edinburgh: E & S Livingstone; 1921.
45. Clerambault G. Les psychoses passionnelles. In: Oeuvre Psychiatriques. Paris: Presses Universitaires de France; 1942. p. 315-22.
46. Ellis P, Mellsop G. De Clérambault's syndrome - a nosological entity. *Br J Psychiatry.* 1985;146:90-3.
47. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatry Association; 1987.
48. Rudden M, Sweeney J, Frances A, Gilmore M. A comparison of delusional disorders in women and man. *Am J Psychiatry.* 1983;140(12):1575-8.
49. Mooney HB. Pathologic jealousy and psychochemotherapy. *Br J Psychiatry.* 1965;111(480):1023-42.
50. Torres AR, Ramos-Cerqueira ATA, Dias RS. O ciúme enquanto sintoma do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(3). [cited 15 aug 2005]. Available from: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300008&lng=en&nrm=iso&tIng=pt.
51. Ferreira-Santos E. Ciúme, o medo da perda. São Paulo: Editora Ática; 1998.
52. Hatfield E, Sprecher S. Measuring passionate love in intimate relationships. *J Adolesc.* 1986;9(4):383-410.
53. Reis B. Uma escala de atitudes frente a relações afetivas estáveis. *Psicol Teor Pesq.* 1995;11(1):67-71.
54. Lemieux R. Picnics, flowers, and moonlight strolls: an exploration of routine love behaviours. *Psychol Rep.* 1996;78(1):91-8.
55. Hendrick C, Hendrick SS, Dicke A. The love attitude scale: short form. *J Soc Pers Rel.* 1998;15:147-59.
56. 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.
57. Cho W, Cross SE. Taiwanese love styles and their association with self-esteem and relationship quality. *Genet Soc Gen Psychol Monogr.* 1995;121(3):281-309.

58. Huang MH. Cross-cultural similarity in the love attitudes scale: short form. *Psychol Rep.* 1999;84(2):617-24.
59. Buss DM. Conflict in married couples: personality predictors of anger and upset. *J Pers.* 1991;59(4):663-88.
60. King CE, Christensen A. The Relationship Events Scale: a Guttman scaling of progress in courtship. *J Marriage Fam.* 1983;45:671-8.
61. Hendrik SS. A generic measure of relationship satisfaction. *J Marriage Fam.* 1988;50:93-8.
62. Hudson WW. The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual. Tallahassee, FL: WALMYR Publishing; 1997.
63. Oner B. Factors predicting future time orientation for romantic relationships with opposite sex. *J Psychol.* 2001;135(4):430-38.
64. Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefever RM, Lefever R. The shorter PROMIS questionnaire further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addiction behaviours. *Addict Behav.* 2003;28(2):225-48.