

ANDREA LORENA DA COSTA

Contribuições para o estudo do ciúme excessivo

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

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Monica Levit
Zilberman

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Costa, Andrea Lorena da
Contribuições para o estudo do ciúme excessivo / Andrea Lorena da
Costa. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.
Orientadora: Monica Levit Zilberman.

Descritores: 1.Ciúmes 2.Amor patológico 3.Impulso (Psicologia)
4.Comorbidade 5.Personalidade

USP/FM/DBD-493/10

*Ao meu pai,
amigo, protetor e incentivador permanente.*

*À minha mãe,
amiga, carinhosa e generosa.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que participaram na realização deste trabalho, direta ou indiretamente; mãos pequeninas e grandes que ajudaram nesta confecção.

À querida Profa. Dra. Monica L. Zilberman, orientadora atenta, companheira e sagaz, por ter acreditado e me incentivado, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos, pelo cuidado com minhas dúvidas e angústias e, pela imensa paciência e dedicação.

À querida amiga e psicóloga Eglacy Sophia, por ter me acolhido tão calorosamente nesta fria São Paulo, pelo carinho, por me ajudar a encontrar minhas prioridades, pelos encontros de saltos e sorrisos, conversas e reflexões compartilhadas.

Ao Prof. Dr. Hermano Tavares, Coordenador do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI), por compartilhar seus imensos conhecimentos, pela disponibilidade e ajuda.

Agradeço materialmente a CAPES pela concessão da bolsa de estudos, apoio financeiro indispensável para que esta “aventura” acontecesse.

Às psicólogas e amigas Carmen Silvia Carbonini e Maria Cristina Salto, pela presença acolhedora desde o início desta jornada, pelos incentivos a quaisquer momentos, carinhos e ensinamentos – não somente para a vida profissional, mas para a vida como um todo.

Aos amigos e psicólogos Cintia Sanches, pela ajuda na coleta de dados – inestimável, e Daniel Gulassa, ambos, pelos momentos terapêuticos,

intuitivos e reflexivos, pelas alegrias e brincadeiras que fazem da vida algo melhor.

Aos colegas do AMITI, por infindáveis triagens pelas manhãs de quarta-feira; ao psiquiatra Dr. José Angelo B. Crescente pela aplicação do tão trabalhoso “Protocolo M” e ao *médico-psiquiatra – e amigo* Dr. Marcelo Nogueira, também pela aplicação de incansáveis protocolos.

Aos participantes da pesquisa, por suas disponibilidades e confianças depositadas para partilharem seus segredos e dores, esperanças e desesperanças.

Ao meu pai, Cristovão, com sua imensa bondade e amor incondicional, pelos incentivos e puxões de orelha sobre prazos e afins.

À minha mãe, Laurena, pelos afagos nos dias mais gélidos, mesmo que através de uma simples mensagem via SMS, pelo incentivo a todo momento.

Aos dois, pelo amor, pela infância, juventude e vida adulta livre e alegre que me proporcionaram e me proporcionam, pela presença mesmo nas ausências.

Ao meu irmão, com o qual *eu cresci* junto – não somente pelo fato de ser ele o mais velho – devido às tantas felicidades e desavenças na infância, dos encontros e desencontros da adolescência os quais perduram até a nossa vida adulta.

A todos os meus amigos, ausentes e presentes, que sempre farão parte da minha vida, por a tornarem mais cheia, barulhenta e divertida. Não citarei nomes para não cometer o terrível pecado do esquecimento.

*"I didn't mean to hurt you
I'm so sorry that I made you cry [...]
I was feeling insecure
You not might love me anymore
I was shivering inside [...]
I'm just a jealous guy
I was trying to catch your eyes"*

John Lennon

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

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

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

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

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

SUMÁRIO

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de tabelas

Glossário

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O que é o ciúme	21
1.2 Ciúme e tipos de apego	31
1.3 Ciúme e satisfação no relacionamento	34
1.4 Diferenças entre gênero	36
1.5 Bases biológicas do ciúme	41
1.6 Ciúme e agressividade	43
1.7 Ciúme e amor	48
2. OBJETIVOS	52
2.1 Objetivo Principal	52
2.2 Objetivos Específicos	52
3. HIPÓTESES	54
4. MATERIAIS E MÉTODOS	56
4.1 Os sujeitos	56
4.1.1 Amostragem	56
4.1.2 A população estudada	56
4.1.2.1 Grupo de portadores de ciúme excessivo (CE)	57
4.1.2.2 Grupo de portadores de amor patológico (AP)	58
4.1.2.3 Critérios de exclusão para os grupos de ciúme excessivo e amor patológico	59
4.1.2.4 Grupo de indivíduos saudáveis	60
4.2 Coleta de dados e instrumentos	61
4.3 Análise estatística	68
5. RESULTADOS	70
5.1 Características do grupo de ciúme excessivo	70
5.1.1 Descrição dos quadros psiquiátricos	70
5.2 Comparação entre o grupo de ciúme excessivo e de indivíduos saudáveis	73
5.2.1 Características sócio-demográficas	73
5.2.2 Características da personalidade e da impulsividade	76
5.2.3 Perfil dos comportamentos aditivos ou excessivos	77
5.2.4 Depressão, ansiedade e agressividade	78
5.2.5 Adequação social	80
5.2.6 Histórico pessoal de abuso infantil	81
5.2.7 Características do relacionamento amoroso	82
5.2.8 Modelo final de regressão logística	84
5.3 Comparação entre o grupo de ciúme excessivo e o grupo de amor patológico	86
5.3.1 Transtornos psiquiátricos	86

5.3.2 Características sócio-demográficas	88
5.3.3 Características da personalidade e da impulsividade	92
5.3.4 Comportamentos aditivos (ou excessivos) dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	93
5.3.5 Depressão, ansiedade e agressividade	94
5.3.6 Adequação social	95
5.3.7 Histórico pessoal de abuso infantil	96
5.3.8 Características do relacionamento amoroso	97
5.3.9 Modelo final de regressão logística	99
6 DISCUSSÃO	101
6.1 Características do grupo de ciúme excessivo	101
6.2 Comparação entre o grupo de ciúme excessivo e de sujeitos saudáveis ..	102
6.3 Características do grupo de ciúme excessivo e amor patológico	108
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	114
8 CONCLUSÕES	115
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
10 ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO	132
11 ANEXO II – ESCALAS DE CIÚME	137

LISTA DE TABELAS

PÁGINAS

Tabela 1: Descrição dos estilos de amor	50
Tabela 2: Procura por tratamento psiquiátrico prévio por sujeitos com ciúme excessivo	71
Tabela 3: Tipo de tratamento psiquiátrico prévio realizado por sujeitos com ciúme excessivo	71
Tabela 4: Frequência de transtornos psiquiátricos em indivíduos com ciúme excessivo	72
Tabela 5: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e comparação com o grupo de sujeitos saudáveis	73
Tabela 6: Características de personalidade dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	77
Tabela 7: Descrição dos comportamentos aditivos dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	78
Tabela 8: Aspectos depressivos e ansiosos de indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	79
Tabela 9: Comparação de aspectos agressivos entre os grupos de ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	80
Tabela 10: Descrição do ajustamento social em indivíduos com ciúme excessivo	81
Tabela 11: Histórico de abuso infantil em indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	81
Tabela 12: Descrição das escalas de ciúme dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	82
Tabela 13: Descrição dos tipos de apego dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	82
Tabela 14: Qualidade do relacionamento amoroso dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	83
Tabela 15: Comparação entre os estilos de amor dos indivíduos com ciúme excessivo e indivíduos saudáveis	84
Tabela 16: Ajuste do modelo final de regressão logística para indivíduos com CE comparados aos sujeitos saudáveis.....	85
Tabela 17: Tabela de Classificação dos indivíduos com CE sujeitos saudáveis com base na análise de regressão logística	85
Tabela 18: Modelo final de regressão logística – indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis	86
Tabela 19: Frequência de comorbidades em indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	87
Tabela 20: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	88
Tabela 21: Comparação das características de impulsividade e personalidade dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	92
Tabela 22: Comparação dos comportamentos aditivos entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	93
Tabela 23: Comparação da sintomatologia depressiva e	

ansiosa entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	94
Tabela 24: Comparação de aspectos agressivos entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	95
Tabela 25: Comparação da adequação social entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	96
Tabela 26: Histórico de abuso infantil em indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	96
Tabela 27: Comparação das escalas de ciúme entre os indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	97
Tabela 28: Comparação dos tipos de apego entre os indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	97
Tabela 29: Comparação da qualidade do relacionamento amoroso entre os indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	98
Tabela 30: Comparação dos estilos de amor dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico.....	99
Tabela 31: Modelo final de regressão logística – indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico	100

GLOSSÁRIO

Ágape: amor altruísta e incondicional.

Amor, estilos de: Lee afirma que existem seis estilos de amor: Eros, ludus, estorge, ágape, mania e pragma.

Apego ansioso-ambivalente: tipo de apego desenvolvido por indivíduos cujos pais (ou cuidadores) estiveram disponíveis na infância para ajudá-los em algumas situações e não em outras.

Apego rejeitador: também chamado de apego evitativo. Tipo de apego desenvolvido por indivíduos que na infância sofreram constante rejeição por parte da mãe.

Apego seguro: tipo de apego desenvolvido por indivíduos cujos pais (ou cuidadores) na infância eram disponíveis para ajudar e proteger a criança em situações estressantes.

Apego, tipos de: mecanismo mantenedor dos relacionamentos. Se desenvolve na infância e se manifesta nos relacionamentos adultos. Segundo Bolwby, existem três tipos de apego: seguro, rejeitador e ansioso-ambivalente.

Autodirecionamento: fator de personalidade (caráter) caracterizado pela habilidade em estipular metas e se dirigir em direção a elas, identificação de si como um indivíduo autônomo.

Autotranscedência: fator de personalidade (caráter) caracterizado pelo senso de fazer parte de uma realidade mais ampla, a qual leva em consideração aspectos espirituais e ideais do ser humano, em oposição ao aspecto convencional.

Busca por novidades: fator de personalidade (temperamento) caracterizado por excitabilidade exploratória diante de novas experiências, curiosidade, extravagância, impulsividade e desorganização.

Cooperatividade: fator de personalidade (caráter) caracterizado por grande tolerância, compaixão e empatia.

Dependência de gratificação: fator de personalidade (temperamento) caracterizado por necessidade de contato social, apego, dependência e sentimentalismo.

Eros: amor apaixonado, seguro e com atração física imediata.

Esquiva ao dano: fator de personalidade (temperamento) caracterizado por pessimismo, insegurança com estranhos, falta de cuidado e medo de sofrimentos morais e físicos

Estorge: amor que se desenvolve lentamente a partir de uma amizade.

Ludus: amor é visto como um jogo, marcado pela sedução e liberdade sexual.

Mania: amor instável, obsessivo, ciumento e possessivo.

Persistência: caracterizado por estabilidade do comportamento na ausência de sugestão positiva ou negativa.

Pragma: amor pragmático, o parceiro escolhido deve ter determinadas características para ser amado.

RESUMO

COSTA, AL. *Contribuições para o estudo do ciúme excessivo*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 146p.

O ciúme romântico é um complexo de pensamentos, emoções e ações que visam proteger o relacionamento diante de uma ameaça percebida – real ou imaginária – e tem como objetivo eliminar os riscos da perda do objeto de amor. O ciúme excessivo (patológico) é uma preocupação infundada, irracional e irreal, composto de diversas emoções e pensamentos que provocam prejuízos significativos no funcionamento pessoal e relacional.

O objetivo deste trabalho foi explorar a presença de transtornos psiquiátricos, características sócio-demográficas, aspectos emocionais (tais como impulsividade, personalidade, depressão, ansiedade e agressividade), comportamentos excessivos, adequação social, intensidade do ciúme e características do relacionamento amoroso (tais como qualidade, tipo de apego e estilo de amor) em três amostras distintas: 32 sujeitos com ciúme excessivo, 33 sujeitos com amor patológico e 31 sujeitos saudáveis.

Os resultados mostraram que os indivíduos com ciúme excessivo comparativamente aos indivíduos saudáveis, apresentam elevada sintomatologia depressiva e elevada impulsividade e maior agressividade, elevada busca de novidades e esquiva ao dano e menor autodirecionamento e cooperatividade. São mais submissos no relacionamento e trabalham excessivamente. Apresentam pior adequação social e mais história de abuso infantil. Além disso, são mais insatisfeitos com o relacionamento, apresentam mais frequentemente o tipo apego ansioso-ambivalente e o estilo de amor Mania. Diferentemente dos sujeitos com amor patológico, a maior parte dos indivíduos com ciúme excessivo mora com o parceiro. Já o estilo de amor Ágape é mais presente nos sujeitos com amor patológico, que apresentam maior autodirecionamento, estão mais insatisfeitos no relacionamento e são menos agressivos comparativamente aos sujeitos com ciúme excessivo.

Conclui-se que pessoas com ciúme excessivo apresentam uma série de características emocionais e psicossociais que necessitam ser levadas em consideração no desenvolvimento de estratégias terapêuticas.

Descritores: ciúmes, amor patológico, impulso (psicologia), comorbidade, personalidade

Summary

COSTA, AL. *Contributions to the study of excessive jealousy*. [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2010. 146p.

Romantic jealousy is a complex of thoughts, emotions and actions aimed to protect the relationship in face of a perceived threat - real or imaginary - and to eliminating the risks of loss of the love object. Excessive (pathological) jealousy is an unfounded, unreasonable and unrealistic concern, composed of various emotions and thoughts that cause significant losses in personal and relational functioning.

The aim of this study was to explore psychiatric disorders, socio-demographic characteristics, emotional aspects (such as impulsivity, personality, depression, anxiety and aggression), excessive behaviors, social adjustment, jealousy intensity and romantic relationship characteristics (such as quality, type of attachment and love style) in three different samples: 32 subjects with excessive jealousy, 33 subjects with pathological love and 31 healthy subjects.

The results showed that individuals with excessive jealousy display intense depressive symptomatology and compared to healthy individuals, show high impulsivity and increased aggressiveness, higher novelty seeking and harm avoidance and lower self-directedness and cooperativity. They are workaholic and more submissive in the relationship. They have worse social adjustment and more history of childhood abuse. Moreover, they are more jealous and dissatisfied with the love relationship, often show the ambivalent-anxious attachment type and Mania love style. Unlike subjects with pathological love, most individuals with excessive jealousy live with their partner. Agape love style is more present in subjects with pathological love. Pathological love subjects have higher self-directedness, are more dissatisfied in their relationship and are less aggressive compared to subjects with excessive jealousy.

We conclude that people with excessive jealousy present a series of emotional and psychosocial characteristics that need to be taken into account in the development of therapeutic strategies.

Descriptors: jealousy, pathological love, impulse (psychology), comorbidity, personality

1 INTRODUÇÃO

“Se eu tiver de morrer, não serei mais ciumento quando estiver morto; mas, e até que eu morra?”

*Proust*¹

O ciúme é um sentimento universal que, em maior ou menor grau, é vivenciado em algum momento de nossas vidas. Por ser um aspecto essencial da vida social, pode ocorrer em diversos tipos de relacionamentos: entre irmãos, pais, familiares e colegas de trabalho (Tarrier *et al*, 1990; Silva, 1997). Nesta dissertação, abordamos o ciúme no relacionamento amoroso. Inicialmente, enfocamos aspectos psicológicos e definições, além da delimitação do ciúme normal ao patológico. Após, discorreremos sobre as diferenças entre gêneros, bases biológicas do ciúme e sua relação com a agressividade. A seguir, comentamos sobre o amor, em especial o amor patológico.

O ciúme é uma emoção tão antiga quanto o homem. Na mitologia grega, a deusa Hera matou as amantes do deus Zeus por ciúme e medo de perder o poder, assim como perseguia Hércules por ver nele a prova da traição de Zeus. No século IV a.C., Aristóteles definia o ciúme de forma muito parecida com a inveja. Dizia que o ciúme era o desejo de ter o que a

¹ Proust, M. (1871-1922). O fim do ciúme e outros contos. Apresentação Ignácio da Silva. São Paulo: Hedra, 2007.

outra pessoa possuía. Santo Agostinho, no século IV, afirmou que quem não é ciumento não ama, concebendo o ciúme como mais ligado ao entusiasmo do amor do que à suspeita. No século XIV, o ciúme estava relacionado à paixão, devoção e zelo junto à necessidade de conservar algo importante (Torres *et al*, 1999; Pasini, 2006; Marazziti, 2009).

Em 1604, o escritor inglês William Shakespeare publicou uma peça que narra a história de Otelo, que acredita nas intrigas de Iago e, coberto de ciúme, mata sua esposa Desdêmona. Ainda no século XVII, o ciúme era visto como um sentimento censurável, pois não fazia parte da razão. No século seguinte, já tinha a conotação de sofrimento pela perda da pessoa amada, porém era contrário aos valores morais da época, onde a família se torna mais nuclear (fechada) e sentimental (as crianças não eram mais dadas para as amas de leite cuidarem), os casamentos ainda eram arranjados, porém havia um incentivo aos filhos mais novos não dando prioridade somente ao mais velho (Torres *et al*, 1999; Marazziti, 2009).

No século XIX, o ciúme tornou-se um problema principalmente entre as mulheres que deveriam aceitar a traição do marido; o ciúme era visto como fraqueza e sinal de falta de controle, podendo destruir a relação amorosa. Na literatura brasileira, o ciúme está presente na obra Dom Casmurro de Machado de Assis, de 1899. O personagem Bentinho sente ciúme da esposa Capitu por achar que ela o trai com seu amigo Escobar. No século XX, passou a ser visto como sinal de imaturidade, devendo ser ocultado como algo vergonhoso (Torres *et al*, 1999; Pasini, 2006; Marazziti, 2009).

Na República de Kiribati e em outras ilhas na Micronésia, as agressões causadas pelo ciúme são aceitas culturalmente. Como punição à traição ou por rivalidade sexual, os indivíduos, na grande maioria dos casos mulheres, sofrem mutilações no nariz como uma forma de destruir um aspecto importante da atração sexual – a face (Okimura & Norton, 1998).

Atualmente, o ciúme é visto como contrário aos conceitos de liberdade individual, sendo encarado cada vez mais como patológico (Torres *et al*, 1999; Pasini, 2006; Marazziti, 2009).

Dedicar-se a um relacionamento interpessoal influencia a saúde física e psicológica humana aparentemente pelo sentimento de pertencer a um grupo social e ser membro de uma relação. Quando esse relacionamento se encontra em risco, surge o sentimento de ciúme (DeSteno *et al*, 2006).

1.1 O QUE É O CIÚME

É mais fácil identificar o ciúme do que defini-lo. Nas diversas definições acerca do ciúme, comumente três características principais são incluídas: “1. ser uma reação frente a uma ameaça percebida; 2. haver um rival real ou imaginário e 3. a reação visa eliminar os riscos da perda do objeto de amor” (Torres *et al*, 1999). White & Mullen (1989) definem o ciúme romântico, aquele que acontece entre os casais, como um complexo de pensamentos, emoções e ações diante da ameaça ou da perda do relacionamento amoroso valorizado por um rival real ou imaginário.

O ciúme precisa de um triângulo social para acontecer e, ainda, da percepção de que o outro – mesmo imaginário – ameace o relacionamento amoroso julgado como importante. A raiva, o medo e a tristeza o acompanham (Harmon-Jones *et al*, 2009).

Rydell & Bringle (2007) dividem o ciúme em duas categorias: o ciúme reativo e o ciúme patológico ou “por suspeita” (do inglês *suspicious*). O ciúme reativo é circunstancial, temporário, e ocorre quando existem acontecimentos concretos, como casos extraconjugais, ou quando o parceiro viola características inerentes ao relacionamento como a exclusividade do casal. Este tipo de ciúme se relaciona com fatores exógenos, como a dependência, a situação social e a confiança no relacionamento. Caracteriza-se por raiva, medo e tristeza. O ciúme patológico ocorre a partir de ameaças vagas ao relacionamento, está ligado mais a fatores endógenos, onde situações pequenas e não relacionadas são interpretadas como ameaças sérias ao relacionamento. Caracteriza-se por ser crônico, pela existência de altos níveis de ansiedade, dúvida, suspeita, insegurança em si e no relacionamento. Geralmente é anterior à ocorrência de eventos provocadores de ciúme. Existe uma grande desconfiança sobre o comportamento do parceiro, o que faz com que o sujeito ciumento verifique constantemente o comportamento do parceiro e tente controlá-lo. A resposta emocional é exacerbada diante da situação real.

Sob o ponto de vista da psicanálise, Freud diz que o ciúme tem seu início a partir do complexo de Édipo e classifica o ciúme em três categorias: normal, neurótico e delirante. O ciúme normal, ou de aptidão, protege o

sujeito de um sentimento maior de angústia, é momentâneo e passageiro, constituído pelo pesar e sofrimento relacionado ao pensamento de perder o objeto amado e ainda pela ferida narcísica e sentimentos de inimizade direcionados ao rival bem-sucedido; pode ter também raízes inconscientes e originar-se do complexo de Édipo (Freud, 1989; Freeman, 1990; Marazziti *et al*, 2003a).

O ciúme neurótico, onde o sujeito projeta nas pessoas as suas idéias e desejos de infidelidade e assume o papel de traído, é um desejo heterossexual pré-consciente ou inconsciente que foi manifestado no parceiro heterossexual. Em ambos os sexos, tem como origem a própria infidelidade concreta na vida real ou de impulsos voltados para infidelidade os quais foram reprimidos. Os desejos são despertados por um novo objeto e a pessoa encontra satisfação em algum retorno à fidelidade ao objeto original. Porém, o sujeito ciumento não tolera essa convenção social do retorno e acredita que um flerte seja uma infidelidade real. Tal tipo de ciúme tem um caráter quase delirante. No ciúme delirante (paranóide), o qual também se origina dos impulsos reprimidos no sentido da infidelidade, o sujeito tem certeza absoluta de que é traído, mesmo que os eventos e fatos expressem o contrário. Este tipo de ciúme é governado por pulsões homossexuais reprimidas: um desejo homossexual (genital) inconsciente é projetado no parceiro heterossexual (Freud, 1989; Freeman, 1990; Marazziti *et al*, 2003a). A falta de ciúme, por outro lado, também pode configurar um problema, já que indica que o sujeito foi severamente reprimido. Nesse caso,

o ciúme exerce um papel importantíssimo na sua vida inconsciente (Freud, 1989).

Para outros autores, o ciúme é provocado por uma ameaça percebida diante de uma relação ou posição de extrema valia, constituído de cognições, comportamentos e alterações fisiológicas que se originam do medo de perder o parceiro amado. Frequentemente está ligado ao medo da perda, ou de ter que dividir algo que se tem; como por exemplo, dividir tempo e atenção despendidos pelo parceiro com uma terceira parte. Liga-se, portanto, ao conceito de exclusividade, contrato implícito entre os casais, e tem como objetivo proteger o relacionamento de um suposto “roubo”. Para algumas pessoas, pode funcionar como um sinal de devoção ao parceiro, porém a função do ciúme é proteger o relacionamento afetivo (Aune & Comstock, 1997; Keenan & Farrel, 2000; Muzinic *et al*, 2003; Puente & Cohen, 2003; Fleischmann *et al*, 2005; DeSteno *et al*, 2006, Marazziti, 2009).

Caracteriza-se por uma mistura de sentimentos de raiva, ódio, humilhação, medo, tristeza, depressão, ansiedade, insegurança, rejeição, angústia, traição e dor; está associado com baixa auto-estima, sentimentos de insatisfação e dúvidas crônicas. Ter sido abandonado em relacionamentos anteriores aumenta a vulnerabilidade. A preocupação central do ciumento é de que o relacionamento seja roubado por um rival (Muzinic *et al* 2003; DeSteno *et al*, 2006; Fleischmann *et al*, 2005).

Este sentimento está ligado tanto a situações reais quanto imaginárias do parceiro com um rival. O interesse do parceiro – ou suposto interesse – alerta de que o rival é superior de alguma forma, e conseqüentemente, a

integridade do relacionamento pode estar ameaçada. O ciumento com frequência confere valor superestimado ao rival e acredita que o parceiro atual seja insubstituível (Puentes & Cohen, 2003; DeSteno *et al*, 2006).

Em um estudo realizado com 165 mulheres e 40 homens estudantes de Pedagogia da Universidade de Koblenz - Alemanha, foi solicitado aos participantes que imaginassem cenas de amor entre o parceiro romântico e um possível rival, após o que foi mostrado a eles o perfil de potenciais rivais, cada um descrito de acordo com quatro dimensões consideradas pelos autores como mais eliciadoras de ciúme: inteligência, popularidade, porte atlético e habilidade com crianças. Os autores concluíram que, nessa amostra, a “habilidade com crianças” é a característica do rival que mais incomoda os sujeitos (Rustemeyer & Wilbert, 2001). Porém, Maner *et al* (2009) dizem que as pessoas com alto nível de ciúme acabam se preocupando mais com a aparência física dos rivais.

Com diferentes níveis de intensidade, persistência e “insight”, o ciúme diverge de uma condição normal à patológica (Marazziti *et al*, 2003a). Em seu conceito de normalidade, é um estado transitório que se baseia em ameaças e fatos reais, que tem como objetivo a preservação do relacionamento, apoiando-se na antecipação de um adversário, e que é específico a um parceiro, evento ou rival. Não limita a vida e não interfere nas atividades comuns, tanto do parceiro quanto do sujeito ciumento; e desaparece diante das evidências e da segurança em relação ao parceiro (White & Mullen, 1989; Tarrier *et al*, 1990; Torres *et al*, 1999, Kingham & Gordon, 2004; Marazziti, 2009).

Já o ciúme patológico, ou mórbido, surge como uma preocupação infundada, irracional e irreal, podendo estar relacionado com alterações no sistema serotoninérgico (Marazziti *et al*, 2003b). É um sentimento acompanhado do medo de perder o relacionamento e o parceiro, composto de diversas emoções e pensamentos irracionais e comportamentos inaceitáveis ou extravagantes que provocam prejuízos significativos no funcionamento pessoal e relacional; seu maior desejo seria controlar completamente os sentimentos e os comportamentos do parceiro; existe um grande controle e verificação dos deslocamentos e intenções do parceiro, assim como a limitação destes deslocamentos na tentativa de precaver o encontro com eventuais rivais (Tarrier *et al*, 1990; Michael *et al*, 1995; Torres *et al*, 1999; Marazziti *et al*, 2003a; Marazziti, 2009). O ciúme torna-se patológico quando passa a causar angústia e prejuízo à pessoa amada ou ao indivíduo ciumento e ao relacionamento amoroso, ultrapassando o nível de possessividade aceito pela sociedade ou cultura (Marazziti, 2009).

Quando associado a algum quadro psiquiátrico, pode aparecer relacionado à condição orgânica ou tóxica como nos casos de alcoolismo (ciúme delirante) ou associado ao uso de outras substâncias psicoativas; pode ainda estar associado a psicoses funcionais e aos transtornos ansiosos (particularmente o transtorno obsessivo-compulsivo) e do humor (ciúme obsessivo) (Tarrier *et al*, 1990; Soyka, 1998; Torres *et al*, 1999; Marazziti *et al*, 2003a; Marazziti *et al*, 2003b; Muzinic *et al*, 2003; Sukru *et al*, 2004; Maggini *et al*, 2006). O mau uso de estimulantes, nos casos de manejo inadequado de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

também pode estar associado ao ciúme patológico e aos comportamentos de perseguição (Pillai & Kraya, 2000).

Assim, subdivide-se o ciúme patológico em neurótico ou obsessivo (não-psicótico) e delirante (psicótico) (TARRIER *et al*, 1990; Westlake & Weeks,1999). O ciúme delirante é a forma mais extrema do ciúme patológico. Sua principal característica é a falta de realidade, uma crença irremovível e não compartilhada com outras pessoas do mesmo contexto sócio-cultural, que não é passível de argumentação ou de convencimento da pessoa que sofre com o problema, que muitas vezes não acredita que o problema esteja nela, mas sim no parceiro. Pode acontecer isoladamente ou com outras experiências persecutórias, sendo a causa do ciúme desconhecida para o paciente (Freeman, 1990; Kingham & Gordon, 2004).

Delírio é uma representação da realidade desvirtuada que não se modifica e que não se consegue corrigir, são juízos patologicamente falsos. Caracterizado pela convicção extrema de uma ideia, além da certeza subjetiva, incomparável e da impossibilidade da influência através da experiência e de raciocínios constringentes e ainda a impossibilidade do conteúdo. Só é real aquilo que se confirma no exame, sendo acessível ao conhecimento de todos (Jasper, 1973).

No DSM-IV existe a categoria de transtorno delirante – tipo ciumento. Características desse diagnóstico incluem experiências delirantes sobre a infidelidade do parceiro romântico, onde a pessoa está convencida da infidelidade do parceiro. Em alguns casos, ocorre o uso da violência contra o parceiro alvo do ciúme (Easton *et al*, 2008). A partir daí, a pessoa é

bombardeada por convicções de infidelidade irremovíveis pela argumentação lógica. Começa a acusar o parceiro e procurar por provas dessa infidelidade constantemente (Muzinic *et al*, 2003; Sukru *et al*, 2004).

Contrariamente, o ciúme obsessivo mantém a realidade, porém o indivíduo reage mais facilmente e de forma exagerada a situações nas quais a infidelidade e o amor do parceiro não têm porque serem questionados. Estas reações são acompanhadas de sentimentos de culpa e pela própria percepção do indivíduo de que estas reações são extravagantes (White & Mullen, 1989).

Neste tipo de ciúme existe uma dúvida constante acerca da traição, os pensamentos são vivenciados como intrusivos e excessivos, característicos da ideação obsessiva, juntamente com comportamentos compulsivos tais como checar os pertences do parceiro atrás de alguma prova de traição. Alguns autores acreditam que tal quadro se relacionaria com o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (Torres *et al*, 1999; Kingham & Gordon, 2004; Harris, 2004; Marazziti, 2009).

Cobb & Marks (1979) sugeriram essa relação entre ciúme patológico e a neurose obsessivo-compulsiva. Assim, as rumações de ciúme seriam os pensamentos obsessivos e as buscas constantes por provas da infidelidade corresponderiam aos rituais compulsivos como os de verificação. O ciúme, nestes casos, estaria ligado a baixa auto-estima, falta de habilidade sociais, problemas sexuais e maritais.

Para TARRIER *et al* (1990), os pensamentos ou imagens de ciúme têm várias características em comum com as obsessões, pois são

frequentemente intrusivos e desagradáveis. Na maioria dos casos são acompanhados por comportamentos ritualísticos de verificação ou busca de provas da infidelidade, tais como visitas surpresas ao trabalho, procura de vestígios de relação sexual nas roupas íntimas acompanhados de interrogatórios e acusações de infidelidade. Os pacientes relatam sentimentos de depressão, ansiedade, irritabilidade, agitação, fobia e algumas vezes tentativas de suicídio por avaliarem suas atitudes como inadequadas.

Stein *et al* (1994) estudaram seis casos de ciúme obsessivo para verificar a eficácia dos antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina. Consideraram os pensamentos de ciúme como intrusivos e excessivos, e que levavam a comportamentos compulsivos como a verificação. Os autores descrevem a eficácia da fluoxetina no tratamento do ciúme obsessivo assim como acontece no transtorno obsessivo-compulsivo, concluindo então que o ciúme obsessivo poderia ser visto como um continuum do espectro do TOC.

Outros autores também enfatizam a aproximação do ciúme obsessivo com o TOC a partir da resposta ao tratamento com pimizide, clomipramina e inibidores seletivos da recaptção da serotonina (Lane, 1990; Opler & Feinberg, 1991; Wright, 1994; Lawrie & Phil, 1998; Val *et al*, 2009).

Nesses casos, as ruminações obsessivas de ciúme são egodistônicas e irracionais; o indivíduo luta contra esses pensamentos e por isso são associadas a sentimentos de culpa. Geralmente, os pacientes têm maior preservação da crítica, associação com sintomas depressivos e menor

agressividade; já nas preocupações mórbidas, não existiria resistência às ruminções e por isso seriam egossintônicas (Tarrier *et al*, 1990; Stein *et al*, 1994; Silva, 1997).

Os pensamentos obsessivos sobre ciúme levam a uma busca por evidências que confirmem ou não a infidelidade. Quando o parceiro confessa a traição (por não aguentar mais tantos questionamentos ou por realmente ter traído), essa confissão não traz alívio e sim mais interrogatórios aos indivíduos ciumentos. Assim como em outros comportamentos compulsivos, o alívio da ansiedade não é suficientemente eficaz para aplacar o sofrimento; a necessidade de controlar os comportamentos e os pensamentos do parceiro equivale à necessidade de controle típica dos obsessivos. O medo de perder o parceiro é o maior temor e o que mais gera sofrimento, assim como o medo da perda de controle no TOC é um tema central (Torres *et al*, 1999).

Em estudo realizado na Itália com 400 universitários, que responderam a um questionário sobre ciúme e sintomas obsessivos e compulsivos, constatou-se que 10% desses estudantes estariam excessivamente envolvidos com pensamentos ciumentos sobre o parceiro. Os sujeitos com TOC obtiveram escores maiores do que os indivíduos com ciúme não-patológico e os controles saudáveis em relação à frequência das preocupações, suspeitas e à interferência do ciúme nas atividades diárias (Marazziti *et al*, 2003a).

Atualmente, as pessoas estão mais vulneráveis ao ciúme através da rede de computadores e dos sites de relacionamentos. O *Facebook*, por

exemplo, é um site de fácil acesso a informações sobre o parceiro e amigos, incluindo mudanças em seus perfis, adição de contatos e mensagens trocadas. O *Facebook* proporciona aos parceiros contato com parceiros românticos e sexuais anteriores, o que cria condições para o surgimento do ciúme. Um estudo realizado com 308 estudantes usuários do *Facebook*, sendo 231 mulheres e 77 homens, que responderam a questionários sobre ciúme através da própria Internet, mostrou que as mulheres apresentaram maiores índices de ciúme nas escalas aplicadas quando comparadas com os homens. Os autores concluíram que quanto maior o tempo gasto no *Facebook*, maiores são os sentimentos e comportamentos de ciúme apresentados pelos participantes (Muisse *et al*, 2009).

1.2 CIÚME E TIPOS DE APEGO

A teoria do apego de Bowlby discorre sobre três tipos de vínculo – ou apego, da infância como denominou o autor. O vínculo é construído a partir da disponibilidade emocional dos pais, em especial da mãe ou cuidadora, a qual supre as necessidades da criança. É a partir dessa vinculação que a criança aprende a se relacionar com o mundo, assim como desenvolve um modelo interior de representação de si e do outro (Bowlby, 1969, 1979).

São três tipos de apego: *seguro*, onde os pais estão disponíveis para ajudar e proteger a criança em situações estressantes, tornando-a um adulto capaz de vivenciar um amor saudável; *rejeitador*, caracterizado pela constante rejeição do bebê por parte da mãe quando este a procura,

gerando falta de confiança e dúvida se terá ajuda quando precisar; sendo assim, quando adulto, tenta ser autosuficiente buscando viver sem amor e sem ajuda dos outros e; *ansioso-ambivalente*, onde os pais estão disponíveis para ajudar em algumas situações e não em outras (modelo inconsistente), criando ameaças de abandono e separação: na vida adulta torna-se inseguro e com ansiedade de separação (Bowlby, 1969, 1979).

O apego é um mecanismo para manter o relacionamento. É ativado a partir da separação ou ameaça de separação, envolve emoções básicas de medo, raiva e tristeza e, ainda, diferenças individuais relacionadas aos modelos mentais de si mesmo e do relacionamento íntimo. Portanto, os tipos de apego e o ciúme são mecanismos mantenedores do relacionamento (Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997; Guerrero, 1998).

Diferenças individuais no tipo de apego predizem, ao menos teoricamente, as características do relacionamento como as crenças e as atitudes relacionadas com o amor romântico, satisfação e comprometimento no relacionamento, formação de pares e estabilidade marital (Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997). Os tipos de apego do adulto descritos são: seguro, rejeitador e ansioso-ambivalente. As pessoas caracterizadas pelo apego seguro tendem a se ver como capazes de eliciar e manter as suas figuras de apego. No apego rejeitador, as pessoas agem como se fossem ser ignoradas ou abandonadas. Já no apego ansioso-ambivalente, agem como se a figura de apego fosse intrusiva, ausente, ou inconsistente nas suas respostas; vê as outras pessoas como mais importantes e por isso precisam

ser vigilantes com seus parceiros e relacionamento (Hazan & Shaver, 1987; Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997).

O apego ansioso-ambivalente associa-se com maior experiência de ciúme que os apegos seguros e rejeitador, devido à insegurança que estas pessoas têm em si mesmas e a grande preocupação com o relacionamento amoroso (Hazan & Shaver, 1987). O apego ansioso-ambivalente também foi associado com amor obsessivo (Guerrero, 1998). Radecki-Bush *et al* (1993) correlacionaram o apego seguro com menor intensidade de ciúme, menores sentimentos de angústia, medo, raiva, vergonha e culpa, e com maior sentimento de segurança, controle e autoestima; já o apego ansioso-ambivalente foi associado com sentimentos íntimos de culpa e, o apego rejeitador está relacionado com estratégias evitativas e com pouca procura por suporte social após a descoberta da existência de um rival

Sharpsteen e Kirkpatrick (1997) desenvolveram um estudo para relacionar os tipos de apego ao ciúme romântico. Aplicaram questionários a 69 mulheres e 44 homens. Verificaram que as pessoas com apego ansioso-ambivalente reportaram maior intensidade de ciúme do que as pessoas com apego seguro. A intensidade de ciúme no apego rejeitador é mediana. O sentimento de raiva foi mais intenso no apego seguro do que no apego rejeitador, e este sentimento de raiva é direcionado ao parceiro, causador da raiva. A tristeza foi mais intensa no apego rejeitador do que no apego seguro. As pessoas com características do apego rejeitador tendem a trabalhar mais para manter a auto-estima, o que por outro lado, os distancia do parceiro. Os episódios de ciúme das pessoas com apego ansioso-

ambivalente são caracterizados por raiva e tristeza, expressadas através de irritabilidade. Normalmente não confrontam o parceiro devido a sentimentos de inferioridade e medo. Portanto, os autores concluíram que as pessoas com apego ansioso e rejeitador tendem a fracassar diante das situações provocadoras de ciúme, não conseguindo resolver a situação de forma satisfatória ou de maneira que suas dúvidas sobre o parceiro possam ser sanadas.

Ainda, encontraram que as pessoas com apego seguro geralmente direcionam a raiva por ciúme diretamente ao parceiro, com o objetivo de manter ou talvez melhorar o relacionamento. No apego rejeitador, elas são mais propensas a direcionar a raiva e culpa ao rival ou terceiro elemento ameaçador. Ao contrário, no apego ansioso-ambivalente, os indivíduos dirigem o foco da culpa e da raiva para si mesmos, sendo mais propensos à baixa autoestima (Sharpsteen e Kirkpatrick, 1997).

1.3 CIÚME E SATISFAÇÃO NO RELACIONAMENTO

O ciúme é visto como um fator de diminuição da satisfação no relacionamento principalmente quando este é longo, e também está associado com a *orientação sobre o tempo futuro* em relacionamentos românticos. *Orientação sobre o tempo futuro* é considerado um conceito adaptativo, envolvendo expectativas sobre o futuro, capacidade de organizar e fazer planos para o futuro (Öner, 2001).

Estudo realizado com 266 estudantes de graduação – 136 homens e 90 mulheres – da Universidade Middle East Technical nos Estados Unidos, que participaram da pesquisa em troca de créditos para as disciplinas do curso, responderam a questionários e escalas relacionadas ao ciúme e orientação sobre o tempo futuro. Os indivíduos mais ciumentos tenderam a desejar a continuidade do relacionamento amoroso. Em oposição, os indivíduos menos ciumentos vêem o relacionamento como temporário, construído diariamente e passível de término. O autor encontrou associação entre baixos níveis de orientação para o tempo futuro e satisfação no relacionamento, concluindo que quanto maior a orientação sobre o futuro, maior o grau de ciúme e menor a satisfação no relacionamento ao longo do tempo (Öner, 2001).

Para Aune & Comstock (1997), a experiência do ciúme e a sua expressão aumenta com o passar do tempo: quanto maior o tempo de relacionamento, maior o nível de ciúme. Em seu estudo com 48 homens e 116 mulheres de duas universidades americanas que responderam questionários sobre seus relacionamentos e momentos de tristeza e ciúme, os autores acharam variação na adequação à experiência de ciúme em relacionamentos longos. Como os casais se tornam mais interdependentes ao longo do tempo, as ameaças ao relacionamento produzem fortes sentimentos e expressões de ciúme.

1.4 DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS

A psicologia evolucionária contribuiu largamente para a tentativa de diferenciar o ciúme no homem e na mulher. Classifica-se o ciúme em sexual e emocional. O ciúme sexual é definido como resultante da suspeita da traição sexual do parceiro com uma terceira pessoa. O ciúme emocional surge diante da suspeita do envolvimento emocional do parceiro com outra pessoa. Nesta perspectiva, o ciúme é considerado uma emoção inata, como defesa ao abandono e à traição. Propõe ainda que existam diferenças de gênero diante da infidelidade: os homens seriam mais impactados pela infidelidade sexual da parceira, que implicaria o desperdício de recursos emocionais e financeiros na criação de um filho que não é dele e que, portanto, não propagaria seus genes. As mulheres reagem mais fortemente diante da infidelidade emocional, pois seu maior investimento seria na gestação e nos cuidados com o filho, sendo por isso também mais seletivas na escolha do parceiro, já que precisariam de um relacionamento duradouro para ajudá-las na criação dos filhos (Harris, 2004; Dermitas, 2008)

Alguns autores afirmam que a diferença entre os gêneros ocorre a partir dos diferentes impactos que a infidelidade tem na autoestima de homens e mulheres, pois a dos homens está relacionada com suas vidas sexuais e a da mulher está relacionada com o compromisso romântico no relacionamento (Goldenberg *et al*, 2003).

A partir do ponto de vista da psicologia evolucionária, a incerteza da paternidade e a certeza da maternidade fazem com que os homens sejam

mais propensos a sentir ciúme diante da infidelidade sexual da parceira do que da infidelidade emocional. A infidelidade sexual poderia levar à traição e o custo evolucionário de criar o filho de outro homem. As mulheres, por outro lado, enfrentam o perigo de que seus parceiros possam retirar os recursos empregados na criação dos filhos e, então são mais propensas a ficar magoadas diante da infidelidade emocional, já que são apenas capazes de ter poucos filhos e uma criança em outro relacionamento implicaria na divisão dos recursos (Voracek, 2001; DeSteno *et al*,2002; Goldenberg *et al*,2003; Sabini & Green, 2004; Cramer *et al*, 2008).

Para mensurar as diferenças entre os gêneros, o método mais usado nas pesquisas que seguem a abordagem evolucionária é o de escolha forçada (*forced-choice*). Neste método, normalmente é dado um cenário de infidelidade sexual e outro de infidelidade emocional e os participantes devem obrigatoriamente escolher qual cenário elícita mais ciúme: sexual ou emocional. Por outro lado, quando se tem uma escolha livre, como com escalas Likert, o participante tem a possibilidade de graduar qual tipo de infidelidade incomoda mais (DeSteno *et al*, 2002; Sabini & Green, 2004).

Nas pesquisas de Pines & Friedman (1998) com 93 participantes (45 homens e 48 mulheres), os participantes responderam a uma entrevista estruturada sobre ciúme. Os autores não acharam diferenças significativas entre os gêneros em relação à intensidade de ciúme. 56% dos participantes disseram que o ciúme seria um problema do relacionamento amoroso e 45% disseram que o ciúme seria um problema pessoal.

Harris (2000) pediu a 43 mulheres e 36 homens, estudantes que participaram da pesquisa em troca de créditos para o curso de Psicologia da Universidade da Califórnia, em São Diego, para imaginarem dois cenários envolvendo infidelidade sexual e emocional e a pressão arterial e a frequência cardíaca foram medidas. Como resultado, as mulheres não se diferenciaram no grau de reação nos dois cenários de infidelidade. Nos homens, as imagens de infidelidade sexual produziram maiores reações do que as imagens de infidelidade emocional. Vale ressaltar que as imagens de conteúdos sexual produziram maior incômodo, tanto nos homens quanto nas mulheres, mesmo quando a infidelidade não estava envolvida, portanto, isto não significa que as reações às imagens de infidelidade sexual indiquem maior grau de ciúme.

Após 111 estudantes de graduação da Universidade Northeastern – Estados Unidos – responderem a questionários computadorizados e a cenários narrativos sobre ciúme, DeSteno *et al* (2002) concluíram que diferenças entre os gêneros em relação ao ciúme somente são observadas quando usa-se o método de escolha-forçada, onde as mulheres sentem que a infidelidade emocional traz mais prejuízos para si e os homens elegem a infidelidade sexual como mais angustiante. Quando outras medidas são usadas, como com escalas tipo Likert, nenhuma diferença entre os sexos foi encontrada e ambos os sexos afirmam ter mais ciúme diante da infidelidade sexual. Em outro estudo com 121 estudantes de graduação (51 homens e 70 mulheres), ambos os sexos também reportaram maior incômodo diante da infidelidade sexual.

Voracek (2001) realizou um estudo com a população do leste da Áustria. A hipótese central dessa pesquisa era de que as diferenças de gênero em relação ao ciúme, em estudantes, deveriam ser encontradas em uma amostra da comunidade. Para isso, foram recrutadas 335 pessoas maiores de 18 anos em lugares públicos como parques, shoppings, academias de ginástica e pontos de ônibus que responderam questionários sobre infidelidade no relacionamento amoroso. Os autores não encontraram diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres no tipo de ciúme (sexual ou emocional); aproximadamente 75% das mulheres e dos homens disseram se preocupar mais com a infidelidade emocional do que com a infidelidade sexual de seus parceiros.

Em relação aos sentimentos desencadeados pela infidelidade, Sabini & Green (2004), uma pesquisa com 80 mulheres e 77 homens não universitários, recrutados na estação de trem Amtrak e em um distrito comercial e residencial da Filadélfia, com gravações de áudio descrevendo dois cenários narrativos sobre relacionamento amoroso, concluiu que tanto os homens quanto as mulheres se sentem mais magoados e chateados com a infidelidade emocional, sendo que a infidelidade sexual produz mais raiva.

Já Mathes (2005) pesquisou a relação entre a intensidade do ciúme e duração do relacionamento. Dezenove homens e 52 mulheres estudantes da Universidade do Oeste de Illinois, nos Estados Unidos, imaginaram ter um relacionamento de curto prazo e outro de longo prazo envolvendo forte compromisso amoroso. Quando os sujeitos imaginaram relacionamentos de curto prazo, experimentaram mais ciúme sexual, sendo os homens mais

preocupados com a infidelidade sexual. Porém, quando questionados sobre a ameaça de infidelidade emocional, ambos os gêneros sentiram mais ciúme nos relacionamentos de longo prazo. O status marital exerce grande influência no ciúme sexual. Os homens casados e aqueles sem comprometimento sério com um relacionamento amoroso tenderam a se importar mais com a infidelidade emocional, porém os não casados, mas em um relacionamento sério, disseram se incomodar mais com a infidelidade sexual.

Green & Sabini (2006) também não encontraram diferenças entre os gêneros na sua pesquisa. A partir de uma amostra representativa dos Estados Unidos, foram recrutados 777 pessoas – 378 homens e 399 mulheres – para participação on-line, que deveriam imaginar um cenário sobre infidelidade. Tanto os homens quanto as mulheres sentiram maior raiva e vergonha da infidelidade sexual, mas a infidelidade emocional produziu mais sentimentos de mágoa. De modo geral, os dados mostraram ainda que ambos os sexos se incomodaram mais com a infidelidade sexual.

Na Espanha foi realizado um estudo com 266 estudantes (140 mulheres e 126 homens) de uma universidade. Foi pedido aos participantes para que respondessem a questionários e, em seguida, imaginassem uma cena sobre infidelidade sexual e outra sobre infidelidade emocional de acordo com dois cenários propostos pelos pesquisadores, um de escolha-forçada e outro de livre escolha. Foi observado que 42,1% dos homens e 19,3% das mulheres disseram que a infidelidade sexual é mais angustiante do que a infidelidade emocional quando foi usado o método de escolha-forçada. Na escolha

através de escala Likert, os homens sentiram-se mais angustiados pela infidelidade sexual (26,2%) do que as mulheres (10,7%). Nesse caso não houve diferença nos resultados obtidos pelas duas metodologias e os autores concluíram que os homens sentem mais angústia diante da infidelidade sexual do que as mulheres (Green & Sabini, 2006).

1.5 BASES BIOLÓGICAS DO CIÚME

Takahashi e colegas (2006) examinaram as respostas cerebrais diante de questões sobre infidelidade emocional e sexual formuladas pelos pesquisadores do estudo, obtidas através de imagens de ressonância magnética funcional (fMRI) de 11 mulheres e 11 homens estudantes de graduação, com idade média de 20 anos para os homens e 21,4 para mulheres. Definiu-se infidelidade sexual como uma condição explícita ou implícita de relacionamento sexual ou contato físico com outra pessoa fora do relacionamento amoroso vigente e infidelidade emocional como o desvio de comprometimento emocional do parceiro. Os resultados mostraram que, no grupo masculino, diante da infidelidade sexual, ocorreram ativações mais intensas no córtex visual, giro temporal médio, amígdala, regiões do hipocampo, claustrum e hipotálamo. Diante da infidelidade emocional, ativações mais intensas foram observadas no córtex visual, região frontal (giro frontal medial, giro frontal médio, giro pré-central), córtex cingulado, ínsula, hipocampo, tálamo, núcleo caudado, hipotálamo e cerebelo. Já no grupo feminino, durante questionamentos sobre infidelidade sexual, as

regiões ativadas foram o córtex visual, regiões frontais (giro frontal médio), tálamo e cerebelo. Em relação à infidelidade emocional, as áreas com atividade intensa foram córtex visual, região frontal (giro frontal medial, giro frontal médio), sulco temporal superior posterior (giro angular), tálamo e cerebelo. Os autores concluíram que os homens apresentaram maior atividade nas regiões que estão ligadas ao comportamento agressivo e sexual, enquanto nas mulheres a maior ativação se deu nas regiões envolvidas na percepção da intenção dos outros ou violação das normas sociais (Takahashi *et al*, 2006).

Em uma experiência com imagens de PET, 9 macacos Rhesus foram submetidos a dois tipos de situações diferentes: na primeira, o macaco testemunhava uma possível interação sexual entre sua parceira e um macaco rival, e na outra, a fêmea permaneceu sozinha. Foram observadas respostas mais intensas no hemisfério direito, incluindo a amígdala e amígdala estendida, sulco temporal superior, pólo temporal e a ínsula bilateral, o que sugere que o sistema seja parecido entre macacos e humanos (Rilling *et al*, 2004). Tanto os macacos quanto os homens mostraram aumento de atividade nas regiões cerebrais associadas ao surgimento de emoções negativas e cognição social como a amígdala, ínsula e sulco temporal superior (Rilling *et al*, 2004; Takahashi *et al*, 2006).

No estudo com 10 homens que participaram do ostracismo de *Cyberball* (jogo computadorizado onde um sujeito deve ser escolhido ou rejeitado por outro jogador), que foram submetidos a exames com EEG, foi encontrada maior atividade cortical na parte frontal esquerda do cérebro, que está

relacionada com a raiva, sensação de baixa inclusão social e ciúme (Harmon-Jones *et al*, 2009).

1.6 CIÚME E AGRESSIVIDADE

O risco para a violência no relacionamento amoroso aumenta consideravelmente quando existem sentimentos de posse, senso de moralidade, estímulo da sociedade ao uso da força e agressividade masculinas, fatores estressores como dificuldades financeiras, desemprego, conflitos familiares, problemas com a lei ou características individuais como impulsividade e abuso de substâncias, ou ainda quando o ciúme é patológico, quando há histórico de casos de violência motivada por ciúme em relacionamentos anteriores, ou quando o indivíduo ciumento é propenso à violência em outras circunstâncias (Mullen, 1995; Harris, 2004; Cortez & Kim, 2007; Lamoglia & Mirayo, 2009, Costa *et al*, no prelo).

Outros fatores que influenciam a ocorrência da violência são insegurança e vulnerabilidade por parte de um dos parceiros (Cortez & Kim, 2007, Costa *et al*, 2009).

Algumas vezes, o parceiro que é alvo do ciúme, angustiado por constantes acusações e questionamentos, pode dar uma falsa confissão causando uma reação violenta por parte do parceiro ciumento (Kingham & Gordon, 2004).

Em muitos casos, a violência ou a agressão verbal são usadas como uma tentativa de forçar a manutenção do relacionamento, pois podem fazer

com que o parceiro se sinta culpado e até mude o comportamento (Spitzberg & Cupach, 1998). O perpetrador agride o parceiro porque se sente ameaçado de alguma forma, e se vê perdendo a exclusividade na relação amorosa (Leiva *et al*, 2001).

O ciúme é um fator desencadeante da violência do homem contra a mulher e, desde os primeiros ancestrais, o homem se tornou predisposto a perceber a ameaça de um intruso ao relacionamento (Jewkes, 2002; Puente & Cohen, 2003; Gage, 2005; Tilley & Brackley, 2005; Foran & O'Leary, 2008).

A violência contra o parceiro íntimo está associada ao abuso de poder de um parceiro que resulta em dominação física, psicológica e controle que pode resultar em violência física e sexual, ameaças e intimidações, abuso emocional e social, e privação econômica (Power *et al*, 2006; Glass *et al*, 2008; Coleman *et al*, 2009).

Outros estudos apontam ainda que a principal causa da violência do homem contra a mulher é o ciúme ou a ameaça de abandono pela mulher (Russell & Wells, 2000; Spiwak & Brownridge, 2005; DeSteno *et al*, 2006; Ansara & Hindin, 2008). Fleischmann *et al* (2005) dizem que o ciúme é uma importante fonte de insatisfação no relacionamento, de conflitos, separações, agressões e violência. Este ciúme tem como objetivo moldar as respostas do parceiro vitimado, assim como limitar a sua autonomia (Wilson *et al*, 2001; Yoshimura, 2004).

Os agressores, de um modo geral, têm uma infância marcada pela violência familiar e/ou abuso infantil, abuso de álcool pelo pai e traços de

personalidade anti-social, borderline e narcísico que favorecem o surgimento da agressividade. Questões sociais estão frequentemente presentes, tais como desemprego e criminalidade anterior. Questões recorrentes como condição financeira, a criação dos filhos, cuidados com a casa, sexo, fidelidade, ciúme, possessividade, autoridade e status do relacionamento também são fatores de risco para violência (Schumacher & Slep, 2004; Dobash *et al*, 2007; Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2007).

Para tentar explicar os diferentes pontos de vista sobre a agressividade direcionada ao parceiro íntimo, dois estudos apontam três perspectivas teóricas: a primeira é a *perspectiva feminista*, onde o poder e o controle pelos homens são os construtos dominantes; o desejo do homem é de ter exclusividade sexual, o homem é controlador e mais propenso a assassinar a parceira devido ao ciúme. Essas atitudes são aprendidas socialmente e enfatizam a dominância masculina; a segunda é a *perspectiva do relacionamento diádico*, baseado na discórdia nos relacionamentos e comportamentos. A *perspectiva psicopatológica* enfatiza os problemas individuais como desregulação emocional e abuso de álcool na gênese da violência (O'Leary *et al*, 2007; Felson & Outlaw, 2007).

Para a perspectiva evolucionária, além do ciúme, a impulsividade, a competitividade e a dominância são variáveis que influenciam a agressividade direcionada ao parceiro. No caso dos homens, eles tendem a agredir a parceira por suspeitar de sua infidelidade sexual (Archer & Webb, 2006; Felson & Outlaw, 2007).

Felson & Outlaw (2007) afirmam que tanto a perspectiva feminista quanto a evolucionária enfatiza que o homem é mais violento por ser mais ciumento e possessivo do que a mulher. Porém, os resultados de sua pesquisa usando dados do *National Violence Against Women* com 10.259 participantes casados e 5.016 que já foram casados anteriormente não provaram que os homens são mais predispostos a usar violência contra suas esposas por serem mais controladores ou ciumentos; nos casamentos atuais, são as mulheres que são mais controladoras e ciumentas, enquanto que no grupo daqueles que foram casados anteriormente, os homens são os mais controladores. Contudo, não há diferença significativa na diferenciação do ciúme (sexual e emocional).

A tipologia dos pesquisadores Holtzworth-Munroe e Stuart descrita em 1994, feita a partir da revisão de quinze tipologias desenvolvidas anteriormente por meio de estratégias dedutivo-rationais e indutivo-empíricas, classifica os agressores em três grupos: *agressores exclusivos da família* – apresentam baixos níveis de violência, se engajam menos em situações violentas fora do contexto familiar; apresentam nenhuma ou pouca evidência de psicopatologia; *borderline/distórico* – são psicologicamente angustiados, com maior probabilidade de usar a violência contra a parceira, incluindo abuso sexual ou psicológico; apresentam violência baixa ou moderada fora do contexto familiar quando comparados a outros agressores, tendem a exibir características de personalidade borderline, a ser dependentes e ter medo de abandono, com frequentes distorções cognitivas alusivas ao ciúme e reações violentas a situações ciumentas e às ameaças

de abandono; e *indivíduos violentos/anti-sociais* – violência moderada a grave, altos índices de comportamento violento extra-familiar e com a parceira, altas taxas de dependência de álcool, exibem características de personalidade anti-social, baixos níveis de depressão e nível moderado de raiva, costumam usar a agressividade para atingir os seus objetivos e o controle verbal e do comportamento do outro (Holtzworth-Munroe *et al*, 2000; Holtzworth-Munroe *et al*, 2003; Babcock *et al*, 2004; Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2007; Costa & Babcock, 2008).

O estudo de Echeburúa e Fernández-Montalvo (2007) realizado na Espanha com 126 homens sentenciados por atos de violência contra a parceira íntima revelou que 12% deles preenchiam critérios para psicopatia segundo uma entrevista semi-estruturada. Estes frequentemente procuravam o serviço de saúde por problemas de dependência de álcool e drogas e depressão, apresentavam baixos níveis de empatia e auto-estima e elevados níveis de impulsividade tendendo a suspeitar dos outros constantemente. Os agressores sem psicopatia apresentavam sentimentos hostis contra as mulheres, tendiam a ser afetivamente instáveis, abusavam de álcool ou drogas, possivelmente tinham algum tipo de transtorno do impulso ou transtorno explosivo intermitente, sentimentos de raiva e ciúme exacerbados.

Em relação ao ciúme, o que o provoca é a ameaça à autoestima. Quando o sujeito se sente preterido (real ou imaginariamente) pelo parceiro em favor de um rival, a auto-estima decresce, surge grande sentimento de ciúme, que leva ao aumento da agressão direcionada tanto ao parceiro

quanto ao rival (DeSteno *et al*, 2006). A agressão verbal e as atitudes controladoras sobre o comportamento do parceiro são os tipos de agressão mais comuns entre homens e mulheres (Muñoz-Rivas *et al*, 2007).

Dados do estudo de Puente & Cohen (2003) mostram que as pessoas normalmente acham que o ciúme está entrelaçado com o amor e com a violência. Ao responderem questionários sobre impressões acerca da violência doméstica, 49 estudantes universitários norte-americanos disseram que consideram os homens que batem em suas mulheres por motivos não relacionados ao ciúme como não estando verdadeiramente apaixonados por essas mulheres. Porém, quando a agressão é motivada pelo ciúme, os agressores são vistos como apaixonados, ou seja, estão romanticamente ligados a elas.

1.7 CIÚME E AMOR

Quando surgem questões como “O amor é verdadeiro?”, “É real?”, “Isto é realmente amor?”, a dúvida se instala e, como resposta, surge o ciúme (Enoch, 1991). No imaginário humano, o amor em um relacionamento quase sempre se relaciona ao ciúme, seguindo a lógica de que quanto mais ciúme houver, mais amor haverá (Ferreira-Santos, 1998).

O amor romântico considerado normal é um sentimento manifestado no desejo pelo outro, atração recíproca entre os parceiros, é um complexo emocional ligado à ambição, um comprometimento moral, um acordo, uma forma de troca de bens e, ainda, uma ampliação da sexualidade (Levine,

2005; Nóbrega *et al*, 2005; Ghertman, 2007).

Algumas pessoas, no entanto, sentem que sua forma de amar as faz sofrer, o que se convencionou chamar de amor patológico (AP), que se caracteriza pelos cuidados excessivos destinados ao parceiro, quando este é considerado prioridade para indivíduo, e outras atividades e interesses, antes valorizados, são deixados de lado (Sophia *et al*, 2007).

O AP se aproxima do estilo de *amor mania*, conforme denominação realizada por John Lee (1998), o qual é vivenciado como uma emoção obsessiva e que domina o indivíduo, que se sente forçado a atrair continuamente a atenção do parceiro, incluindo ciúme e possessividade. Há, ainda, outros estilos de amor: *Eros*, amor saudável, erótico e prazeroso; *ludus* é um amor descompromissado, onde os indivíduos são capazes de amar mais de uma pessoa ao mesmo tempo; *estorge* é aquele proveniente de uma grande amizade; *ágape* é um amor altruísta, zeloso e com caráter espiritual e, por fim, o amor *pragma*, fundamentado no bom senso, os indivíduos examinam racionalmente as vantagens do relacionamento antes de se envolver (Lee, 1998; Fisher, 2004).

Abaixo, na tabela 1, há um resumo dos estilos de amor.

Tabela 1 – Descrição dos estilos de amor

Estilos de amor	Características
Eros	sente atração física imediata pelo parceiro; não é possessivo; é seguro; não teme se entregar ao amor
Ludus	amor vivido como um jogo momentâneo e que ocorre com vários parceiros; ênfase na sedução e na liberdade sexual
Estorge	amor nasce de uma amizade e leva muito tempo para acontecer; baseado em interesses e pensamentos em comum
Ágape Eros+Estorge	preocupação em ajudar o parceiro a resolver seus problemas; ausência de egoísmo; incondicional; altruísta
Pragma Ludus+Estorge	antes de se envolver, examina os pretendentes para verificar se atendem às expectativas; <i>shopping list love</i>
Mania Eros+Ludus	amor vivenciado como emoção obsessiva e que domina o indivíduo, que se sente forçado a atrair continuamente a atenção do parceiro; ciúme e possessividade

A pesquisa realizada por Sophia *et al* (2009) com 50 indivíduos portadores de AP e comparados a 39 sujeitos sem patologia psiquiátrica, concluiu que as pessoas com AP são caracterizadas por altos níveis de impulsividade, maior autotranscendência (senso de fazer parte de uma realidade mais ampla, levando em conta aspectos espirituais e ideais do ser humano), tendendo a manter relacionamentos amorosos mesmo que sejam insatisfatórios, os quais são caracterizados pelo tipo de apego ansioso-ambivalente e associados ao estilo de amor Mania e Ágape.

Até a segunda metade do século XX, os psicólogos não davam

importância para o estudo do amor, com exceção de Freud. Apenas no começo dos anos 60 que este campo começou a ser explorado, ainda vagarosamente. Na década de 80, os psicólogos sociais começaram a usar técnicas psicométricas para desenvolver uma taxonomia do amor, surgindo daí escalas como a *Love Attitudes Scale (LAS)*, que avalia os estilos de amor descritos anteriormente por Lee (Berscheid, 2010). Já o ciúme, considerado não somente como um sintoma psiquiátrico, mas como um sentimento universal, foi bem mais explorado por filósofos e poetas, os quais o descreveram, muitas vezes melhor, do que os próprios clínicos (Maggini *et al*, 2006).

Na tentativa de estabelecer uma correlação entre estes dois sentimentos, tão bem vivenciados por todos, mas tão pouco explorado pelo meio científico, é que se delineou este trabalho.

No Brasil são raros os estudos acadêmicos, realizados de maneira científica, acerca do ciúme (Ferreira-Santos, 2006). Essa dissertação visa aprofundar a investigação psicopatológica de portadores de ciúme excessivo, comparando-os a uma amostra de indivíduos com AP e a uma amostra de indivíduos saudáveis.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

O objetivo principal é estudar as relações entre o ciúme e o amor romântico em três amostras distintas: (1) indivíduos portadores de ciúme excessivo (CE); (2) indivíduos portadores de AP; (3) indivíduos saudáveis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos incluem:

1. Descrever os transtornos psiquiátricos presentes no grupo CE;
2. Comparar o grupo CE ao grupo de indivíduos saudáveis em relação a:
 - Dados sócio-demográficos;
 - Características de personalidade e grau de impulsividade;
 - Outros comportamentos excessivos;
 - Adequação social;
 - Intensidade do ciúme;
 - Qualidade do relacionamento, tipo de apego e estilo de amor;

3. Comparar o grupo CE ao grupo AP quanto às mesmas variáveis descritas no objetivo específico 2, e ainda aos transtornos psiquiátricos.

3 HIPÓTESES

HIPÓTESE 1: impulsividade, agressividade, sintomas depressivos e ansiosos são mais frequentes no grupo CE do que no grupo de indivíduos saudáveis;

HIPÓTESE NULA: impulsividade, agressividade, sintomas depressivos e ansiosos não são mais frequentes no grupo CE do que no grupo de indivíduos saudáveis.

HIPÓTESE 2: a autoestima (avaliada pelo auto-direcionamento) é menor no grupo CE do que no grupo de indivíduos saudáveis;

HIPÓTESE NULA: a autoestima (avaliada pelo auto-direcionamento) não é menor no grupo CE do que no grupo de indivíduos saudáveis.

HIPÓTESE 3: a proporção de indivíduos com TOC é maior no grupo CE do que no grupo AP;

HIPÓTESE NULA: a proporção de indivíduos com TOC não é maior no grupo CE do que no grupo AP.

HIPÓTESE 4: a intensidade de ciúme é maior no grupo CE do que no grupo AP;

HIPÓTESE NULA: a intensidade de ciúme não é maior no grupo CE do que no grupo AP.

HIPÓTESE 5: o estilo de amor mania e tipo de apego ansioso-ambivalente são mais frequentes no grupo AP e no grupo CE do que no grupo de indivíduos saudáveis.

HIPÓTESE NULA: o estilo de amor mania e tipo de apego ansioso-ambivalente não são mais frequentes no grupo AP e no grupo CE do que no grupo de indivíduos saudáveis.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 OS SUJEITOS

4.1.1 AMOSTRAGEM

Por se tratar de estudo exploratório, foi estimada no projeto de pesquisa uma amostra de conveniência (n=90): 30 participantes no grupo de ciúme excessivo, 30 participantes saudáveis e 30 participantes no grupo de amor patológico. O estudo foi realizado no Ambulatório dos Múltiplos Transtornos do Impulso – PRO-AMITI, do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq - FMUSP). Este ambulatório dedica-se ao tratamento de comportamentos impulsivos, como por exemplo, compras compulsivas, cleptomania, sexo, internet e tricotilomania.

Foram coletados dados de 32 sujeitos no grupo CE, 31 indivíduos saudáveis e 33 indivíduos no grupo AP.

4.1.2 A POPULAÇÃO ESTUDADA

Participaram da pesquisa indivíduos de ambos os sexos, residentes na cidade de São Paulo, maiores de 18 anos, tendo como grau de instrução mínimo o 1º grau completo, que estiveram de acordo em participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento pós-informação.

4.1.2.1 GRUPO DE PORTADORES DE CIÚME EXCESSIVO (CE)

A amostra do grupo CE (n=32) foi recrutada através de anúncios em diferentes mídias convidando indivíduos que sentissem que sua forma de reagir a situações provocadoras de ciúme fosse exagerada e que causasse algum tipo de prejuízo no relacionamento amoroso.

Na triagem, eram investigadas as seguintes características:

- Ciúme excessivo não delirante;
- Pensamentos irracionais e suspeitas acerca da infidelidade do parceiro;
- Comportamentos excessivos direcionados a busca de informações sobre as suspeitas;
- Sentimentos intensos de raiva, medo, tristeza e culpa;
- Violência verbal ou física contra o(a) parceiro(a) ou a terceiros;
- Pensamentos e comportamentos provocam angústia e prejuízos nos relacionamentos sociais, emocionais ou sexuais.

O critério de inclusão usado foi:

- Obter pontuação maior que 43 na escala *Questionnaire on the Affective Relationships (QAR)* (Marazziti *et al*, 2003a), que mensura a intensidade do ciúme.

4.1.2.2 GRUPO DE PORTADORES DE AMOR PATOLÓGICO (AP)

A amostra do grupo de Amor Patológico (n=33) foi selecionada entre os indivíduos iniciando tratamento no Ambulatório dos Múltiplos Transtornos do Impulso – PRO-AMITI, do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq - FMUSP).

Os critérios de inclusão foram:

- Sinais e sintomas de abstinência quando o parceiro está distante (física ou emocionalmente) ou perante ameaça de abandono tais como: insônia, taquicardia, tensão muscular, alternando períodos de letargia e intensa atividade;
- O ato de cuidar do parceiro ocorre com maior frequência do que o indivíduo gostaria;
- Repetidos fracassos em reduzir ou controlar o comportamento patológico de despender atenção ao companheiro;
- Despender muito tempo para controlar as atividades do parceiro, mantendo o parceiro sob controle;
- Abandono de interesses e atividades antes valorizados;
- Manter o comportamento apesar dos problemas pessoais e familiares que ele traz.

4.1.2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA OS GRUPOS CE E AP

Abaixo são descritos os critérios de exclusão tanto para o grupo CE quanto para o grupo AP.

- Indivíduos que apresentaram patologias graves que necessitassem de tratamento em nível de internação, ou com danos cognitivos que comprometessem a compreensão dos objetivos da pesquisa e do preenchimento das escalas.
- Indivíduos com sintomas psicóticos nos últimos 2 anos.
- Indivíduos que não aceitaram participar da pesquisa ou que não tenham assinado o termo de consentimento.

Responderam ao chamado da mídia 69 indivíduos com ciúme excessivo. Foram excluídos os sujeitos:

- Com prejuízos cognitivos que prejudicassem a compreensão dos objetivos da pesquisa e do preenchimento das escalas de avaliação (3);
- Com sintomas psicóticos no momento da entrevista inicial (2);
- Que se recusaram a participar da pesquisa por incompatibilidade de horários (10);
- Escore de ciúme menor que 43 (1);
- Desinteresse em participar do projeto de pesquisa (21).

Com relação aos indivíduos com amor patológico, do total de 38, foram excluídos aqueles que:

- Apresentaram comportamento relacionado à co-dependência (2);

- Desinteresse em participar do projeto de pesquisa (3).

4.1.2.4 GRUPO DE INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS

O grupo de indivíduos saudáveis (n=31) foi selecionado entre indivíduos participantes do “Estudo psicobiológico da regulação emocional a partir dos efeitos de antidepressivos” do LIM-23 no IPq-HCFMUSP, Projeto Temático FAPESP (no. 01/00189-9). Estes são indivíduos saudáveis, sem patologia psiquiátrica, de ambos os sexos, sem história pessoal ou familiar de transtornos psiquiátricos. Através de cartazes, anúncios na imprensa leiga, chamadas em rádios e cartas aos grupos de pesquisa do IPq-HCFMUSP foram convidadas a participar pessoas que se sentiam bem e que o humor não sofresse grandes modificações apesar dos problemas diários. Foram usados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade entre 21 e 50 anos;
- Escolaridade mínima de 1º grau completo;
- Residência em São Paulo (capital);
- Escores abaixo do ponto de corte no questionário de rastreamento psiquiátrico (5/6 para homens e de 7/8 para mulheres) *Self-Report Questionnaire* – SRQ-20 (Harding *et al*, 1980; Mari e Willians, 1986);
- Ausência de patologia psiquiátrica atual e pregressa investigada pela entrevista estruturada Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID) (Spitzer *et al*, 1992; validação para o Brasil, Del-Ben *et al*, 1996);

- Ausência de história familiar de transtorno psiquiátrico em parentes de primeiro grau (Questionário de Rastreamento Familiar, *Family History Screen*; Weissman *et al*, 2000);
- Ausência de patologias clínicas agudas e crônicas;
- Ausência de alterações em exames laboratoriais e em eletrocardiograma.

Foram excluídos indivíduos:

- Portadores de doenças crônicas que necessitassem tratamento medicamentoso ou doenças cujas eventuais sequelas poderiam interferir nos estudos clínicos;
- Gravidez, amamentação ou parto nos últimos seis meses;
- Abuso de álcool e outras drogas psicoativas;
- História de tentativa de suicídio;
- Escores no SRQ acima dos pontos de corte.

4.2 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Ao aceitarem participar da pesquisa, os sujeitos passaram por uma entrevista de avaliação, foram informados sobre o sigilo das informações e sobre a importância de responderem as escalas de maneira sincera. Em seguida, assinaram o termo de consentimento e responderam as escalas.

Com exceção do *Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI)* (Amorim, 2000), instrumento utilizado para investigação de transtornos

psiquiátricos que foi aplicado por um médico psiquiatra devidamente treinado, todos os instrumentos são de autopreenchimento.

Para a averiguação da intensidade do ciúme foram utilizadas três escalas amplamente utilizadas em estudos internacionais para identificação do ciúme excessivo. Foram elas: *Questionnaire on the Affective Relationships (QAR)* (Marazziti *et al*, 2003a); *Interpersonal Jealousy Scale (IJS)* (Mathes & Severa, 1981) e a *Self-Report Jealousy Scale (SRJC)* (Bringle *et al*, 1979). Para tanto, foi realizada a tradução, validação e adaptação para a língua portuguesa com o consentimento dos respectivos autores.

A seguir, a descrição dos instrumentos utilizados:

- *Questionário de Dados Sócio-Demográficos (QDSD)* (Tavares *et al*, 2003) – para a coleta dos dados sócios demográficos, como características individuais, familiares, sociais, comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis e tratamentos anteriores para quadros psiquiátricos. Já vem sendo utilizado como procedimento de triagem no Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

- *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* (Sheehan *et al*, 1998; Amorim, 2000) – entrevista diagnóstica estruturada, com tempo médio de aplicação entre 15 e 30 minutos, utilizada para investigação de transtornos psiquiátricos ocorridos ao longo da vida;

- *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck *et al*, 1961) – medida de auto-

avaliação para identificação de sintomas depressivos. A versão brasileira composta por 21 itens (Gorenstein & Andrade, 2000), tem alta adequação e consistência interna e acessa os sintomas depressivos nos últimos sete dias. A pontuação varia de 0 (mínimo) a 3 (máximo); a nota de corte indica: <10 = sem depressão ou depressão mínima; 10–18 = depressão leve a moderada; 19–29 = depressão moderada a grave; 30–63 = depressão grave;

- *Beck Anxiety Inventory (BAI)* (Beck *et al*, 2001) – escala de autopreenchimento formada por 21 questões que medem a intensidade dos sintomas ansiosos, variando de 0 (ausente) à 3 (grave), referentes à última semana. Foi utilizada a versão em português de Cunha (2001) que sugere como ponto de corte: <10 = mínimo; 10-19 = leve; 20-30 = moderado; 31-63 = grave. Foi utilizada para comparar os escores de ansiedade entre os grupos CE e AP;

- *Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)* (Spielberger *et al*, 1970) – um dos instrumentos mais utilizados para auto-avaliação da ansiedade (Gorenstein & Andrade, 2000), verifica a presença de traços ansiosos através de 20 afirmações, que variam de “quase sempre”, “frequentemente”, “às vezes” a “quase nunca”. A média do *IDATE-E* para os homens é de 36,5 e para mulheres 43,7; no *IDATE-T* a média para os homens é de 40,3 e para mulheres 44,7. Foi utilizada para comparar os escores de ansiedade entre os grupos CE e de indivíduos saudáveis;

- *Bond-Lader Visual Analogic Scale (BLVAS)* (Bond & Lader, 1986) – constam de 13 escalas analógicas visuais com adjetivos opostos, dispostos em uma linha de 100 mm que representam estados psíquicos relacionados à

irritabilidade, hostilidade, raiva e agressividade. O sujeito deve traçar um risco perpendicular no local da linha próximo ao sentimento que melhor representa seu estado emocional do momento.

- *Barratt Impulsiveness Scale, versão 11 (BIS 11)* (Patton *et al*, 1995) – avalia a impulsividade por meio de 30 itens auto-responsivos, com respostas que variam de “raramente/nunca” a “quase sempre/sempre”. Apresenta medida interna consistente. Analisa três dimensões da impulsividade: falta de atenção – ações e pensamentos apressados, os quais tendem a ficar proeminentes em situações ansiosas; impulsividade motora – hiperatividade pela necessidade de movimento, influenciada pelo estresse e; falta de planejamento – atitudes e conclusões precipitadas por falta de reflexão e, comportamentos focados em retorno imediato (Zilberman *et al*, 2003);

- *Temperament and Character Inventory (TCI)* (Cloninger *et al*, 1994) – inventário de personalidade composto por sete fatores. Foi utilizada a versão brasileira, formada por 240 questões de autopreenchimento do tipo “verdadeiro” ou “falso”. Apresenta boa confiabilidade (Fuentes *et al*, 2000). Investiga quatro dimensões do temperamento – busca por novidades (excitabilidade exploratória diante de experiências, curiosidade, extravagância, impulsividade e desorganização); esquiva ao dano (pessimismo, insegurança com estranhos, falta de cuidado e medo de sofrimentos morais e físicos); dependência de gratificação (necessidade de muito contato social, apego, dependência e sentimentalismo) e; persistência (estabilidade do comportamento na ausência de sugestão positiva ou negativa) e três dimensões de caráter – autodirecionamento (habilidade em

estipular metas e se dirigir em direção a elas, identificação de si como um indivíduo autônomo); cooperatividade (tolerância, apresenta compaixão e empatia) e; autotranscendência (senso de fazer parte de uma realidade mais ampla, a qual leva em consideração aspectos espirituais e ideais do ser humano, em oposição ao aspecto convencional) (Zilberman *et al*, 2003);

- *Escala de Adequação Social (EAS)* (Gorenstein *et al*, 2000) – foi utilizada a versão traduzida da *Social Adjustment Scale-Self Report* (Weissman & Bothwell, 1976). Instrumento de fácil aplicação que analisa o funcionamento social em sete aspectos diferentes: trabalho, vida familiar, vida conjugal, vida doméstica, lazer, filhos e situação financeira.

- *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* – investiga a história de abuso e negligência ocorridos durante a infância. Utilizou-se a versão em português validada e traduzida por Grassi-Oliveira (2006). É formada por 28 afirmações onde o sujeito gradua as situações ocorridas em uma escala Likert de cinco pontos, variando de “nunca” a “frequentemente”. Os pontos de corte são (Bernstein & Fink, 1998): abuso emocional: >8; abuso físico: >7; abuso sexual: >5; negligência emocional: >1 e negligência física: >7;

- *The Shorter PROMIS Questionnaire (SPQ)* (Christo *et al*, 2003) – investiga a ocorrência de comportamentos aditivos (ou excessivos) através de 160 questões relacionadas a uso de nicotina, álcool, drogas ilícitas e medicamentosas, jogo, sexo, cafeína, comida – excesso ou privação, exercício físico, compras, trabalho, atenção ao relacionamento amoroso – comportamento dominante e submisso e, ajuda compulsiva ao parceiro – conduta dominante e submissa. Tem boa consistência interna para todos os

subitens, entre 0.88 (privação alimentar) e 0.94 (álcool).

- *Questionnaire on the affective relationships (QAR)* (Marazziti *et al*, 2003a) – mensura a ocorrência de comportamentos decorrentes de pensamentos relacionados ao ciúme ou à infidelidade. Contém 30 itens, com 4 opções de resposta que variam de 1 (nunca) a 4 (sempre). Foi desenvolvida com o objetivo de distinguir o ciúme normal do obsessivo. As questões englobam as seguintes características do comportamento ciumento: 1-6 = preocupações em relação aos comportamentos do(a) parceiro(a); 8 = tempo gasto com preocupações e pensamentos relacionados à fidelidade do(a) parceiro(a); 7, 9 e 10 = interferência dessas preocupações nas atividades diárias; 11-14 = características dessas preocupações; 15-17 = como o indivíduo faz para evitar esses pensamentos; 18-19 = prevenção de comportamento do(a) parceiro(a); 20-23 = nível e qualidade da atividade sexual e; 24-30 = verificação dos comportamentos do(a) parceiro(a). A pontuação varia de 30 a 120. Utilizamos a versão traduzida, adaptada e validada (QRA) para língua portuguesa em nosso grupo.

- *Interpersonal Jealousy Scale (IJC)* (Mathes & Severa, 1981) – analisa os fatores preditores do comportamento ciumento, mede a intensidade e as crenças relativas ao ciúme, à auto-estima, ao amor romântico e à insegurança. Composta por 28 afirmações, as respostas variam de -4 (absolutamente falso; discordo completamente) a +4 (absolutamente verdadeiro; concordo plenamente). A pontuação varia de 28 a 252 e o total é aferido somando-se os pontos da escala, invertendo a pontuação das

questões 5, 6, 11, 16, 18, 19 e 21. O alpha de Cronbach é de 0,92 para ambos os sexos. Na nossa população, utilizou-se a versão em português realizada por nosso grupo.

- *Self-Report Jealousy Scale (SRJS)* (Bringle *et al*, 1979) – mensura as diferenças individuais relacionadas ao comportamento de ciúme através de situações que podem provocá-lo. Consiste em 24 afirmativas com conteúdo sobre situações provocadoras de ciúme que acessam diferentes níveis de situações provocadoras de ciúme: muito romântico ($\alpha=0,80$), pouco romântico ($\alpha=0,87$) e não romântico ($\alpha=0,79$), nas áreas do relacionamento amoroso, trabalho, família e vida social. A pontuação varia de 1 (muito satisfeito) a 7 (muito chateado). Escores totais mais baixos refletem o ciúme reativo, escores mais altos indicam a presença de ciúme excessivo (*suspicious*) (Bringle, 1991). A pontuação varia de 24 a 168. Utilizamos a versão traduzida e adaptada para o português no nosso grupo.

- *Relationship Assessment Scale (RAS)* (Hendrick & Hendrick; Hendrick *et al*, 1998) – analisa a qualidade do relacionamento amoroso, tem consistência interna muito boa (0,86) assim como boa validade preditiva. É composta por sete afirmações onde os escores variam de 7 (baixa satisfação) a 35 (alta satisfação). Utilizamos a versão validada para o português (RAS-adaptada), onde a pontuação ≥ 21 indica relacionamento com alta qualidade (Berti *et al*, no prelo);

- *Love Attitudes Scale (LAS)* (Hendrick *et al*, 1998) – composta por 24 itens que investigam os estilos de amor: Eros, Ludus, Estorge, Pragma, Mania e Ágape desenvolvidos por Lee (1973). As respostas variam de “forte

concordância” a “forte discordância”. O coeficiente alpha de Cronbach da escala varia de 0,61 a 0,83. Usamos a versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa por nosso grupo (Berti *et al*, no prelo) com alpha entre 0,45 e 0,90, que possibilitou identificar o estilo de amor predominante, através da soma dos pontos obtidos. O estilo de amor com menor valor é o mais frequente.

- *Adult Attachment Types (AAT)* (Hazan & Shaver, 1987) - desenvolvido a partir da Teoria do Apego de Bowlby (1969, 1979, 1990), classifica os três diferentes tipos de apego, os quais são característicos do vínculo entre mãe-filho e do relacionamento amoroso adulto: seguro, rejeitador e ansioso-ambivalente. O sujeito deve escolher entre as três afirmações disponíveis aquela que mais se parece com sua maneira de amar. Também utilizamos a versão traduzida e validada no Brasil (Berti *et al*, no prelo).

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Trata-se de um estudo exploratório. Assim, foram realizadas análises univariadas para comparação do grupo CE com o grupo saudável e com o grupo AP. Para as variáveis categoriais, foi usado o teste qui-quadrado (χ^2).

Os dados descritos através de variáveis contínuas foram comparados utilizando o teste não-paramétrico Mann-Whitney (U), uma vez que nem sempre a distribuição era normal (Neter *et al*, 1996; Bussab *et al*, 1987).

Como método de redução de dados foi utilizada a regressão logística *stepwise*. O critério para entrada das variáveis na comparação entre o grupo

CE e o grupo saudável foi obter nível de significância $< 0,05$. Para comparação entre o grupo CE e AP o critério para entrada de variáveis foi nível de significância $< 0,1$ nas análises univariadas. O nível de significância considerado em ambas comparações no modelo final de regressão foi de $0,05$.

5 RESULTADOS

Inicialmente descreveremos as características do grupo de ciúme excessivo. Em seguida, compararemos os aspectos do grupo de ciúme excessivo com os sujeitos saudáveis, para então compararmos o grupo de ciúme excessivo com o grupo de amor patológico. Ressaltamos que os indivíduos saudáveis, por definição, não apresentam transtornos psiquiátricos.

5.1 CARACTERÍSTICAS DO GRUPO DE CIÚME EXCESSIVO

5.1.1 DESCRIÇÃO DOS QUADROS PSIQUIÁTRICOS

A tabela 2 mostra que 68,8% do grupo CE já tinha procurado tratamento psiquiátrico anteriormente em outros serviços de saúde mental e a motivação para esta procura foi a depressão (28,1%). Vale ressaltar que no item “Outros” estão incluídos procura para tratamento para depressão, tabagismo, farmacodependência e transtorno de ansiedade generalizada em comorbidade.

Tabela 2: Procura por tratamento psiquiátrico prévio por sujeitos com ciúme excessivo

<i>Diagnóstico Psiquiátrico</i>	<i>n=32 (%)</i>
Alcoolismo	-
Tabagismo	1 (3,1%)
Farmacodependência	-
Depressão	9 (28,1%)
Transtorno Afetivo Bipolar	-
Transtorno de Ansiedade Generalizada	2 (6,3%)
Transtorno do Pânico	-
Transtorno Obsessivo Compulsivo	-
Anorexia Nervosa	-
Bulimia Nervosa	-
Outros	10 (31,3%)
Não Houve	10 (31,3%)

A tabela 3 mostra que os tipos de tratamento mais frequentes foram ambulatorial e psicoterapia.

Tabela 3: Tipo de tratamento psiquiátrico prévio realizado por sujeitos com ciúme excessivo

<i>Tipo de tratamento</i>	<i>n=32 (%)</i>
Ambulatorial	6 (18,8%)
Psicoterapia	6 (18,8%)
Alternativos	1 (3,1%)
Não houve	9 (28,1%)
Outros	10 (31,3%)

Tentativas de suicídio foram relatadas por 21,9% (n=7) da amostra. Quatorze sujeitos tiveram comportamentos para-suicidas, ou seja, comportamentos que facilitam a morte como dirigir com descuido ou andar sozinho por rua perigosa.

A grande maioria dos sujeitos (n=28; 87,5%) não relatou comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis; três tiveram relações sexuais desprotegidas nos últimos dois anos.

A tabela 4 mostra a ocorrência de transtornos psiquiátricos nesse grupo.

Tabela 4: Frequência de transtornos psiquiátricos em indivíduos com ciúme excessivo

<i>Transtornos psiquiátricos</i>	<i>n=32 (%)</i>
Episódio Depressivo Maior (EDM)	15 (46,9%)
EDM com características melancólicas	9 (28,1%)
Distimia	3 (9,4%)
Risco de Suicídio	10 (31,3%)
Episódio (Hipo)Maníaco	2 (6,3%)
Transtorno do Pânico	2 (6,3%)
Agorafobia	1 (3,1%)
Fobia Social	1 (3,1%)
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	2 (6,3%)
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	0 (0,0%)
Dependência/Abuso de Álcool	2 (6,3%)
Dependência/Abuso de Substâncias	1 (3,1%)
Síndrome Psicótica	1 (3,1%)
Anorexia Nervosa	0 (0,0%)
Bulimia Nervosa	0 (0,0%)
Transtorno de Personalidade Antissocial	6 (18,8%)

A frequência de transtornos psiquiátricos é de 75% (n=24), sendo o Episódio Depressivo Maior o mais frequente.

5.2 COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE CIÚME EXCESSIVO E DE INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS

5.2.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A seguir, um resumo das características sócio-demográficas. O grupo CE apresenta 75% de indivíduos do sexo feminino e 84,4% de indivíduos autodeclarados brancos. A média de idade é de 39,7 anos (DP=11,8). A amostra foi caracterizada por alto índice de escolaridade, apresentando em média 14 anos de estudo. Sobre o status conjugal, os dados apontam que a maior parte da amostra (59,4%; n=19) mora com seus parceiros românticos (tabela 5).

Tabela 5: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e comparação com o grupo de sujeitos saudáveis

<i>Características</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Etnia (autodeclarada)			$X^2=7.672$	0,037
Branca	27 (84,4%)	18 (58,1%)		
Negra	2 (6,3%)	8 (25,8%)		
Parda	2 (6,3%)	5 (16,1%)		
Amarela	1 (3,1%)	-		
Idade	39,7 (DP=11,8)	32,6 (DP=7,6)	U=318.000	0,014
Status Conjugal			$X^2=3.985$	0,157
Mora com o parceiro	19 (59,4%)	15 (48,4%)		
Namoro	10 (31,3%)	7 (22,6%)		
Não está envolvido	3 (9,4%)	9 (29,0%)		
Número de filhos	1,2 (DP=1,2)	0,7 (DP=1,0)	U=386.000	0,107

continua

Tabela 5: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e comparação com o grupo de sujeitos saudáveis (continuação)

Características	Ciúme Excessivo (n=32)	Sujeitos Saudáveis (n=31)	Coefficiente	p
Sexo			$X^2=0.290$	0,590
Masculino	8 (25,0%)	6 (19,4%)		
Feminino	24 (75,0%)	25 (80,6%)		
Orientação sexual			$X^2=1.051$	0,744
Heterossexual	31 (96,9%)	29 (93,5%)		
Homossexual	1 (3,1%)	1 (3,2%)		
Bissexual	-	1 (3,2%)		
Situação profissional			$X^2=4.825$	0,476
Trabalha 30 horas semanais ou mais	18 (56,3%)	15 (48,4%)		
Trabalha menos que 30 horas semanais	2 (6,3%)	4 (12,9%)		
Estudante	3 (9,4%)	1 (3,2%)		
Prendas domésticas	3 (9,4%)	5 (16,1%)		
Desempregado	4 (12,5%)	6 (19,4%)		
Aposentado	2 (6,3%)	-		
Renda Familiar Mensal	6.150,00 (DP=17.240,76)	2.769,35 (DP=2.781,92)	U=385.000	0,127
Índice sócio econômico	6,0 (DP=2,5)	4,2 (DP=2,7)	U=391.500	0,151
Grau de instrução			$X^2=7.406$	0,153
Primário completo	2 (6,3%)	-		
Ginásio incompleto	1 (3,1%)	1 (3,2%)		
Ginásio completo	-	1 (3,2%)		
Segundo grau completo	10 (31,3%)	18 (58,1%)		
Superior incompleto	7 (21,9%)	4 (12,9%)		
Superior completo	12 (37,5%)	7 (22,6%)		
Anos de educação formal	14,1 (DP=4,5)	12,9 (DP=3,9)	U=375.500	0,093

continua

Tabela 5: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e comparação com o grupo de sujeitos saudáveis (continuação)

Características	Ciúme Excessivo (n=32)	Sujeitos Saudáveis (n=31)	Coefficiente	p
Grau de instrução do pai			X ² =6.396	0,541
Analfabeto	3 (9,4%)	-		
Primário completo	8 (25,0%)	4 (12,9%)		
Primário completo	7 (21,9%)	6 (19,4%)		
Ginásio incompleto	2 (6,3%)	4 (12,9%)		
Ginásio completo	3 (9,4%)	3 (9,7%)		
Segundo grau incompleto	1 (3,1%)	1 (3,2%)		
Segundo grau completo	3 (9,4%)	6 (19,4%)		
Superior incompleto	-	-		
Superior completo	5 (15,6%)	7 (22,6%)		
Grau de instrução da mãe			X ² =9.983	0,273
Analfabeto	4 (12,5%)	5 (16,1%)		
Primário completo	8 (25,0%)	4 (12,9%)		
Primário completo	4 (12,5%)	3 (9,7%)		
Ginásio incompleto	2 (6,3%)	4 (12,9%)		
Ginásio completo	4 (12,5%)	3 (9,7%)		
Segundo grau incompleto	3 (9,4%)	-		
Segundo grau completo	4 (12,5%)	11 (35,5%)		
Superior incompleto	1 (3,1%)	-		
Superior completo	2 (6,3%)	1 (3,2%)		
Religião de origem			X ² =4.162	0,533
Católica	27 (84,4%)	24 (77,4%)		
Evangélica	2 (6,3%)	6 (19,4%)		
Espírita	1 (3,1%)	-		
Outras	1 (3,1%)	1 (3,2%)		
Ateu	1 (3,1%)	-		

continua

Tabela 5: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e comparação com o grupo de sujeitos saudáveis (conclusão)

Características	Ciúme Excessivo (n=32)	Sujeitos Saudáveis (n=31)	Coefficiente	p
Religião atual			$X^2=8.753$	0,054
Católica	15 (46,9%)	11 (35,5%)		
Evangélica	2 (6,3%)	10 (32,3%)		
Espírita	7 (21,9%)	4 (12,9%)		
Outras	6 (18,8%)	6 (19,4%)		
Ateu	2 (6,3%)	-		
Frequência religiosa			$X^2=2.762$	0,633
Não é praticante	16 (50,0%)	11 (35,5%)		
Frequenta apenas nas datas religiosas	2 (6,3%)	3 (9,7%)		
Pelo menos uma vez por mês	7 (21,9%)	5 (16,1%)		
Pelo menos uma vez por semana	4 (12,5%)	7 (22,6%)		
Mais que uma vez por semana	3 (9,4%)	5 (16,1%)		

5.2.2 CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE E DA IMPULSIVIDADE

As características da impulsividade e da personalidade dos indivíduos foram mensuradas através da *BIS-11* nos três aspectos: falta de atenção, impulsividade motora e falta de planejamento e, através da *TCI* nas seguintes dimensões: 1) temperamento: busca de novidades, esquiva ao dano, dependência de gratificação, persistência, 2) caráter: auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência.

Tabela 6: Características de personalidade dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Características de personalidade</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
BIS				
Atenção	20,8 (DP=2,9)	17,4 (DP=2,8)	U=199.000	<0,001
Motor	25,8 (DP=4,9)	19,3 (DP=3,1)	U=129.000	<0,001
Não Planejamento	28,1 (DP=4,6)	23,9 (DP=4,5)	U=239.500	<0,001
Total	74,7 (DP=10,1)	60,5 (DP=8,8)	U=128.500	<0,001
TCI				
Busca de novidades	21,1 (DP=5,8)	18,7 (DP=4,3)	U=353.000	0,049
Esquiva ao dano	21,8 (DP=5,7)	11,8 (DP=5,1)	U=95.000	<0,001
Dependência de gratificação	16,0 (DP=4,0)	16,3 (DP=3,3)	U=475.500	0,777
Persistência	4,3 (DP=1,9)	4,7 (DP=2,1)	U=439.500	0,432
Autodirecionamento	19,4 (DP=7,6)	33,4 (DP=5,0)	U=73.500	<0,001
Cooperatividade	29,4 (DP=6,8)	33,4 (DP=3,0)	U=272.500	0,002
Autotranscendência	18,4 (DP=6,8)	18,5 (DP=6,4)	U=494.500	0,984

Os resultados da tabela 6 apontam que os sujeitos portadores de ciúme excessivo são bastante impulsivos, com baixa capacidade de planejamento, com intensa esquiva ao dano (o que denota vulnerabilidade à sintomatologia depressiva e ansiosa), baixa auto-estima (revelada pelo reduzido escore de autodirecionamento) e maior competitividade e intolerância interpessoal (como indicado pela baixa cooperatividade). Ainda, apresentaram índice elevado de busca de novidades.

5.2.3 PERFIL DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS OU EXCESSIVOS

Em relação aos comportamentos aditivos, os resultados da *PROMIS* (tabela 7) apontam que estes sujeitos fazem maior uso de drogas prescritas,

têm perfil submisso no relacionamento, de ajuda submissa ao parceiro e de dedicação excessiva ao trabalho quando comparados a indivíduos saudáveis.

Tabela 7: Descrição dos comportamentos aditivos dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

Comportamentos aditivos	Ciúme Excessivo (n=32)	Sujeitos Saudáveis (n=31)	Coefficiente	p
Álcool	10,8 (DP=14,6)	5,7 (DP=9,5)	U=417.500	0,265
Drogas recreativas	4,9 (DP=12,4)	2,9 (DP=8,3)	U=449.500	0,413
Drogas prescritas	8,8 (DP=11,0)	4,1 (DP=8,1)	U=339.000	0,026
Tabaco	8,8 (DP=15,2)	6,3 (DP=12,0)	U=450.000	0,451
Cafeína	4,5 (DP=6,9)	4,7 (DP=7,3)	U=495.500	0,994
Jogo	6,1 (DP=11,0)	5,2 (DP=8,5)	U=483.000	0,847
Sexo	10,3 (DP=14,0)	6,6 (DP=8,7)	U=446.000	0,487
Relacionamento dominante	16,6 (DP=12,6)	11,5 (DP=10,8)	U=368.500	0,079
Relacionamento submisso	18,2 (DP=13,1)	9,1 (DP=9,4)	U=293.500	0,005
Ajuda dominante	15,0 (DP=9,3)	11,2 (DP=8,8)	U=384.000	0,123
Ajuda submissa	29,5 (DP=9,3)	23,0 (DP=10,3)	U=312.500	0,012
Trabalho	20,1 (DP=9,7)	13,7 (DP=7,6)	U=315.500	0,013
Exercícios	11,2 (DP=10,0)	11,4 (DP=8,8)	U=481.000	0,836
Compras	16,6 (DP=11,3)	12,7 (DP=9,5)	U=400.500	0,188
Comida (excesso)	18,5 (DP=15,6)	9 (DP=10,3)	U=429.000	0,356
Comida (privação)	10,3 (DP=7,8)	9,9 (DP=9,6)	U=451.000	0,535

5.2.4 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E AGRESSIVIDADE

Os resultados da escala *BDI* apontam a presença de sintomas depressivos moderados a graves e a escala *IDATE* indica a presença de traços ansiosos moderados quando comparados a indivíduos saudáveis

(tabela 8). Por outro lado, não observamos diferença no estado ansioso atual entre os sujeitos – os quais estão dentro da média da população geral.

Tabela 8: Aspectos depressivos e ansiosos de indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Aspectos emocionais</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Depressão	23,3 (DP=12,8)	4,2 (DP=4,3)	U=54.000	<0,001
Ansiedade-Traço	57,3 (DP=8,9)	31,7 (DP=7,9)	U=25.000	<0,001
Ansiedade-Estado	43,7 (DP=6,2)	44,2 (DP=5,4)	U=479.000	0,815

A escala de agressividade é composta por um traço de 10 cm sendo que nas extremidades constam estados emocionais opostos. O sujeito deve indicar o ponto que mais se aproxime do seu estado emocional atual com um traço perpendicular.

O grupo CE apresentou escores mais elevados do que o grupo saudável em todas as subescalas de agressividade: mais raivosos, provocadores, furiosos, retraídos, agressivos, prontos para briga, rancorosos, impacientes, hostis, com má vontade, chateados, aborrecidos e rebeldes conforme tabela 9.

Tabela 9: Comparação de aspectos agressivos entre os grupos de ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Estados emocionais</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Com raiva/Tranquilo	48,9 (DP=27,1)	79,4 (DP=23,7)	U=178.500	<0,001
Amável/Provocador	49,3 (DP=30,9)	25,3 (DP=28,7)	U=244.000	0,001
Furioso/Calmo	53,7 (DP=27,8)	74,6 (DP=28,2)	U=270.000	0,002
Sociável/Retraído	47,3 (DP=31,0)	18,5 (DP=22,0)	U=218.000	<0,001
Agressivo/Cabeça fria	45,3 (DP=26,6)	77,3 (DP=27,0)	U=186.500	<0,001
Pronto para briga/Contido	53,6 (DP=28,1)	75,9 (DP=27,7)	U=240.000	<0,001
Rancoroso/Tolerante	40,9 (DP=26,8)	76,0 (DP=26,7)	U=166.500	<0,001
Paciente/Impaciente	64,1 (DP=28,2)	17,5 (DP=22,8)	U=127.000	<0,001
Amigável/Hostil	36,1 (DP=20,7)	14,2 (DP=18,7)	U=190.000	<0,001
Com má vontade/Com boa vontade	61,7 (DP=30,0)	77,9 (DP=30,7)	U=287.000	0,004
Chateado/Indiferente	31,9 (DP=27,8)	66,9 (DP=32,1)	U=216.000	<0,001
Satisfeito/Aborrecido	60,7 (DP=30,1)	21,7 (DP=28,6)	U=161.500	<0,001
Rebelde/Aceitador	48,8 (DP=27,9)	75,1 (DP=29,0)	U=235.500	<0,001

5.2.5 ADEQUAÇÃO SOCIAL

Na tabela 10 estão discriminados os resultados das sete áreas da EAS: relação com a família, relação marital, relação com os filhos, trabalho, vida social e lazer. Nessa escala, quanto maior o escore, pior a adequação social. Observamos que com exceção da relação com os filhos e da condição econômica, todas as outras áreas encontram-se afetadas no grupo CE em comparação aos indivíduos saudáveis.

Tabela 10: Descrição da adequação social em indivíduos com ciúme excessivo

<i>Adequação social</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coeficiente</i>	<i>p</i>
Trabalho	3,4 (DP=2,6)	1,9 (DP=0,5)	U=164.500	<0,001
Social e lazer	2,5 (DP=0,9)	2,0 (DP=0,5)	U=256.000	<0,001
Vida familiar	2,1 (DP=0,6)	1,5 (DP=0,4)	U=220.000	<0,001
Relação marital	1,9 (DP=1,4)	0,9 (DP=0,8)	U=289.000	0,004
Relação com os filhos	0,9 (DP=0,9)	0,8 (DP=0,8)	U=483.000	0,851
Vida social	2,5 (DP=1,4)	1,2 (DP=1,7)	U=222.500	<0,001
Condição econômica	2,2 (DP=1,6)	1,9 (DP=1,1)	U=472.000	0,722
Total	2,4 (DP=0,5)	1,7 (DP=0,4)	U=112.500	<0,001

5.2.6 HISTÓRICO PESSOAL DE ABUSO INFANTIL

Os resultados da CTQ indicam que os sujeitos do grupo CE sofreram significativamente maior abuso emocional e sexual do que os sujeitos do grupo saudável (tabela 11).

Tabela 11: Histórico de abuso infantil em indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Histórico de abuso infantil</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coeficiente</i>	<i>p</i>
Abuso físico	7,4 (DP=3,0)	7,0 (DP=3,7)	U=372.500	0,070
Abuso emocional	10,5 (DP=5,4)	7,5 (DP=3,9)	U=310.500	0,009
Abuso sexual	7,9 (DP=5,2)	5,2 (DP=0,9)	U=322.000	0,001
Negligência emocional	12,4 (DP=4,0)	10,5 (DP=5,4)	U=363.000	0,066
Negligência física	8,3 (DP=3,3)	7,5 (DP=2,9)	U=429.000	0,344
Total	46,5 (DP=16,2)	37,7 (DP=11,8)	U=320.000	0,015

5.2.7 CARACTERÍSTICAS DO RELACIONAMENTO AMOROSO

Em relação às escalas de ciúme, o grupo de ciúme excessivo apresentou escores muito altos, indicando a presença da sintomatologia de ciúme quando comparados com sujeitos normais como mostra a tabela 12.

Tabela 12: Descrição das escalas de ciúme dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Escalas de ciúme</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
IJC	-64,7 (DP=25,3)	-8,8 (DP=32,9)	U=96.000	<0,001
SRJS	93,3 (DP=13,6)	74,2 (DP=13,6)	U=151.000	<0,001
QAR	87,4 (DP=9,7)	59,0 (DP=8,9)	U=151.000	<0,001

Na tabela 13 temos a comparação dos tipos de apego. O apego ansioso-ambivalente é o mais prevalente na população de indivíduos com ciúme excessivo, porém uma porcentagem expressiva também apresenta o tipo rejeitador de apego.

Tabela 13: Descrição dos tipos de apego dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Tipos de Apego</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Seguro	3 (9,4%)	27 (87,1%)	$X^2=38.816$	<0,001
Rejeitador	12 (37,5%)	3 (9,7%)		
Ansioso-ambivalente	17 (53,1%)	1 (3,2%)		

Também observamos que os indivíduos com ciúme excessivo estão mais insatisfeitos com seus relacionamentos amorosos – escala EAR, como

mostra a tabela 14, e a qualidade do relacionamento é boa (> 20) entre os saudáveis e ruim (< 20) no CE.

Tabela 14: Qualidade do relacionamento amoroso dos indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Relacionamento amoroso</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Sujeitos Saudáveis (n=31)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Satisfação com o relacionamento*	2,3 (DP=1,1)	3,8 (DP=1,3)	U=190.000	<0,001
Qualidade do relacionamento	18,9 (DP=5,8)	27,7 (DP=7,7)	U=175.500	<0,001

* Item 2 da EAR

O estilo de amor predominante na amostra de indivíduos com ciúme excessivo é o Mania (72,4%), ao contrário dos indivíduos saudáveis, nos quais o estilo de amor Eros é o mais frequente, como mostra a tabela 15. Nessa escala, o estilo de amor predominante é o que apresenta menor escore. Outro achado relevante é que o grupo CE tem uma menor frequência do estilo de amor Estorge (aquele que se inicia de uma grande amizade) do que os indivíduos saudáveis.

Tabela 15: Comparação entre os estilos de amor dos indivíduos com ciúme excessivo e indivíduos saudáveis

<i>Estilo de amor</i>	<i>Ciúme Excessivo</i> (n=32)	<i>Sujeitos Saudáveis</i> (n=31)	<i>Coeficiente</i>	<i>p</i>
Eros	10,6 (DP=2,9)	8,5 (DP=3,9)	U=303.500	0,008
Ludus	11,4 (DP=3,7)	12,8 (DP=3,5)	U=381.000	0,112
Estorge	14,8 (DP=3,5)	11,4 (DP=4,3)	U=259.500	0,001
Mania	6,8 (DP=2,6)	12,7 (DP=3,5)	U=95.500	<0,001
Pragma	15,0 (DP=3,9)	13,6 (DP=4,6)	U=411.500	0,244
Ágape	10,1 (DP=3,2)	12,0 (DP=4,2)	U=361.500	0,063

5.2.8 MODELO FINAL DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Como muitas diferenças entre os grupos foram identificadas na análise exploratória, foi realizada uma análise de regressão logística na tentativa de identificar as variáveis mais importantes na distinção entre os grupos.

Entraram no modelo as variáveis que obtiveram p -valor $< 0,05$ nos resultados das comparações univariadas. A seguir, foi realizada uma matriz de correlação para evitar multi-colinearidade, para então realizar o método *Backward Stepwise (Wald)* para regressão logística.

Assim, entraram no modelo as seguintes variáveis: Idade, Etnia, fatores da *TCI*: Busca de novidades, Esquiva ao dano, Autodirecionamento, Cooperatividade; fator Drogas prescritas da *PROMIS*, impulsividade (*BIS-11*), agressividade, adequação social, histórico de abuso infantil, tipos de apego (seguro, rejeitador, ansioso-ambivalente), qualidade do relacionamento e estilos de amor: Eros, Estorge e Mania.

A tabela 16 indica o bom ajuste do modelo após 14 passos. Quanto mais próximo de 1 é coeficiente (R-Nagelkerke), melhor o modelo pode diferenciar os dois grupos.

Tabela 16: Ajuste do modelo final de regressão logística para indivíduos com CE comparados aos sujeitos saudáveis

<i>-2 Log likelihood</i>	<i>Cox & Snell R Square</i>	<i>Nagelkerke R Square</i>
23,898	0,635	0,846

$R^2=0,846$

A tabela 17 demonstra que 90,5% dos sujeitos estão classificados corretamente pelo modelo de regressão logística, ou seja, do total de 32 sujeitos do grupo de ciúme excessivo, o modelo classificou corretamente 29 sujeitos e do total de 31 sujeitos saudáveis, foram classificados corretamente 28 indivíduos.

Tabela 17: Tabela de Classificação dos indivíduos com CE sujeitos saudáveis com base na análise de regressão logística

<i>Observado</i>	<i>Previsto</i>		<i>Porcentagem (%)</i>
	Ciúme excessivo	Sujeitos saudáveis	
Ciúme excessivo	29	3	90,6
Sujeitos saudáveis	3	28	90,3
TOTAL	32	31	90,5

A seguir, o modelo final:

Tabela 18: Modelo final de regressão logística – indivíduos com ciúme excessivo e sujeitos saudáveis

<i>Variáveis</i>	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Wald</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>
Idade	-0,179	0,074	5,798	1	0,016	0,836
Autodirecionamento	0,371	0,102	13,221	1	<0,001	1,450
Estorge	-0,467	0,196	5,671	1	0,017	0,627
Constante	2,186	3,951	0,306	1	0,580	8,900

Portanto, as variáveis que melhor diferenciam os dois grupos são: Idade, Autodirecionamento e estilo de amor Estorge.

5.3 COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE CIÚME EXCESSIVO E O GRUPO DE AMOR PATOLÓGICO

5.3.1 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

A tabela 19 mostra a comparação dos resultados do *MINI* entre os grupos CE e AP. Não houve diferenças estatísticas significativas entre as duas populações com exceção da presença de Episódio Depressivo Maior com características melancólicas, que foi mais frequente no grupo AP. Ambas apresentaram o Episódio Depressivo Maior como o mais frequente e o risco de suicídio é comparativamente elevado em ambos os grupos. Não houve diferença significativa entre as proporções de TOC (ao longo da vida) entre os grupos (2 sujeitos com CE e 1 com AP).

Tabela 19: Frequência de transtornos psiquiátricos em indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Transtornos psiquiátricos</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Amor Patológico (n=33)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Episódio Depressivo Maior (EDM)	15 (46,9%)	21 (63,6%)	$X^2=1.847$	0,147
EDM com características melancólicas	9 (28,1%)	17 (51,5%)	$X^2=3.703$	0,054
Distímia	3 (9,4%)	2 (6,1%)	$X^2=0.251$	0,616
Risco de Suicídio	10 (31,3%)	10 (30,3%)	$X^2=0.007$	0,934
Episódio (Hipo)Maníaco	2 (6,3%)	2 (6,1%)	$X^2=0.001$	0,975
Transtorno do Pânico	2 (6,3%)	1 (3,0%)	$X^2=0.383$	0,488
Agorafobia	1 (3,1%)	1 (3,0%)	$X^2=0.000$	0,982
Fobia Social	1 (3,1%)	5 (15,2%)	$X^2=2.804$	0,094
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	2 (6,3%)	1 (3,0%)	$X^2=0.383$	0,536
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	0 (0,0%)	1 (3,0%)	$X^2=0.985$	0,321
Dependência/Abuso de Álcool	2 (6,3%)	4 (12,1%)	$X^2=0.668$	0,414
Dependência/Abuso de Substâncias	1 (3,1%)	1 (3,0%)	$X^2=0.000$	0,982
Síndrome Psicótica	1 (3,1%)	2 (6,1%)	$X^2=0.310$	0,513
Anorexia Nervosa	-	-	-	-
Bulimia Nervosa	0 (0,0%)	1 (3,0%)	$X^2=0.985$	0,321
Transtorno de Ansiedade Generalizada	-	-	-	-
Transtorno de Personalidade Antissocial	6 (18,8%)	5 (15,2%)	$X^2=0.150$	0,699

5.3.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A tabela 20 compara as características sócio-demográficas dos grupos de ciúme excessivo e amor patológico. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos, com exceção do status conjugal ($p < 0,001$): 59,4% da amostra de ciúme excessivo mora com o parceiro romântico enquanto 51,5% dos sujeitos portadores de amor patológico não estão envolvidos em um relacionamentos atual.

Tabela 20: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

Características	Ciúme Excessivo (n=32)	Amor patológico (n=33)	Coefficiente	p
Etnia (autodeclarada)			$X^2=5.474$	0,242
Branca	27 (84,4%)	22 (66,7%)		
Negra	2 (6,3%)	3 (9,1%)		
Parda	2 (6,3%)	7 (21,2%)		
Amarela	1 (3,1%)	1 (3,0%)		
Idade	39,7 (DP=11,8)	39,3 (DP=10,8)	U=524.000	0,958
Status Conjugal			$X^2=14.491$	0,001
Mora com o parceiro	19 (59,4%)	8 (24,2%)		
Namoro	10 (31,3%)	8 (24,2%)		
Não está envolvido	3 (9,4%)	17 (51,5%)		
Número de filhos	1,2 (DP=1,2)	1,0 (DP=1,1)	U=479.000	0,500
Sexo			$X^2=0.307$	0,868
Masculino	8 (25,0%)	7 (21,2%)		
Feminino	24 (75,0%)	26 (78,8%)		
Orientação sexual			$X^2=1.001$	0,613
Heterossexual	31 (96,9%)	30 (90,9%)		
Homossexual	1 (3,1%)	3 (9,1%)		

continua

Tabela 20: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico (continuação)

Características	Ciúme Excessivo (n=32)	Amor patológico (n=33)	Coeficiente	p
Situação profissional			$X^2=3,992$	0,678
Trabalha 30 horas semanais ou mais	18 (56,3%)	17 (51,5%)		
Trabalha menos que 30 horas semanais	2 (6,3%)	4 (12,1%)		
Estudante	3 (9,4%)	4 (12,1%)		
Prendas domésticas	3 (9,4%)	1 (3,0%)		
Desempregado	4 (12,5%)	5 (15,2%)		
Aposentado	2 (6,3%)	2 (6,1%)		
Renda Familiar Mensal	6.150,00 (DP=17.240,76)	3.484,24 (DP=3.598,90)	U=503.000	0,742
Índice sócio econômico	6,0 (DP=2,5)	6,5 (DP=3,3)	U=503.000	0,742
Grau de instrução			$X^2=8,049$	0,235
Primário completo	2 (6,3%)	-		
Ginásio incompleto	1 (3,1%)	-		
Ginásio completo	-	2 (6,1%)		
Segundo grau completo	10 (31,3%)	7 (21,2%)		
Segundo grau incompleto	-	1 (3,0%)		
Superior incompleto	7 (21,9%)	5 (15,2%)		
Superior completo	12 (37,5%)	18 (54,5%)		
Anos de educação formal	14,1 (DP=4,5)	15,3 (DP=4,2)	U=446.500	0,282

continua

Tabela 20: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico (continuação)

<i>Características</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Amor patológico (n=33)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Grau de instrução do pai			$X^2=5.729$	0,767
Analfabeto	3 (9,4%)	7 (21,2%)		
Primário completo	8 (25,0%)	7 (21,2%)		
Primário completo	7 (21,9%)	5 (15,2%)		
Ginásio incompleto	2 (6,3%)	3 (9,1%)		
Ginásio completo	3 (9,4%)	1 (3,0%)		
Segundo grau incompleto	1 (3,1%)	0 (0,0%)		
Segundo grau completo	3 (9,4%)	4 (12,1%)		
Superior incompleto	-	1 (3,0%)		
Superior completo	5 (15,6%)	5 (15,2%)		
Grau de instrução da mãe			$X^2=6.275$	0,616
Analfabeto	4 (12,5%)	4 (12,1%)		
Primário completo	8 (25,0%)	10 (30,3%)		
Primário completo	4 (12,5%)	6 (18,2%)		
Ginásio incompleto	2 (6,3%)	0 (0,0%)		
Ginásio completo	4 (12,5%)	4 (12,1%)		
Segundo grau incompleto	3 (9,4%)	0 (0,0%)		
Segundo grau completo	4 (12,5%)	4 (12,1%)		
Superior incompleto	1 (3,1%)	1 (3,0%)		
Superior completo	2 (6,3%)	4 (12,1%)		
Religião de origem			$X^2=6,496$	0,483
Católica	27 (84,4%)	22 (66,7%)		
Evangélica	2 (6,3%)	4 (12,1%)		
Espírita	1 (3,1%)	2 (6,1%)		
Outras	1 (3,1%)	5 (15,2%)		
Ateu	1 (3,1%)	-		

continua

Tabela 20: Descrição das características sócio-demográficas dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico (conclusão)

Características	Ciúme Excessivo (n=32)	Amor patológico (n=33)	Coefficiente	p
Religião atual			$X^2=7.904$	0,245
Católica	15 (46,9%)	10 (30,3%)		
Evangélica	2 (6,3%)	9 (27,3%)		
Espírita	7 (21,9%)	4 (12,1%)		
Outras	4 (12,5%) + 2	7 (21,2%)		
Ateu	2 (6,3%)	3 (9,1%)		
Frequência religiosa			$X^2=1,523$	0,823
Não é praticante	16 (50,0%)	12 (36,4%)		
Frequenta apenas nas datas religiosas	2 (6,3%)	2 (6,1%)		
Pelo menos uma vez por mês	7 (21,9%)	8 (24,2%)		
Pelo menos uma vez por semana	4 (12,5%)	6 (18,2%)		
Mais que uma vez por semana	3 (9,4%)	5 (15,2%)		
Para-suicídio			$X^2=0.015$	0,903
Sim	16 (50,0%)	17 (51,5%)		
Não	16 (50,0%)	16 (48,5%)		
Comportamento de risco para doença sexualmente transmissível			$X^2=2.298$	0,513
Relações sexuais desprotegidas	3 (9,4%)	4 (12,1%)		
Comportamento de risco da parceira	1 (3,1%)	3 (9,1%)		
Uso compartilhado de seringa	-	1 (3,0%)		
Não ocorreu	28 (87,5%)	25 (75,8%)		

5.3.3 CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE E DA IMPULSIVIDADE

A tabela 21 mostra a comparação das características impulsivas e da personalidade dos grupos CE e AP.

Tabela 21: Comparação das características de impulsividade e personalidade dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Impulsividade e personalidade</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Amor patológico (n=33)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
BIS				
Atenção	20,8 (DP=2,9)	21,9 (DP=3,7)	U=447.000	0,284
Motor	25,8 (DP=4,9)	25,5 (DP=5,7)	U=527.500	0,995
Não Planejamento	28,1 (DP=4,6)	30,2 (DP=5,1)	U=378.000	0,048
Total	74,7 (DP=10,1)	77,6 (DP=12,2)	U=433.500	0,215
TCI				
Busca de novidades	21,1 (DP=5,8)	22,0 (DP=5,0)	U=507.000	0,782
Esquiva ao dano	21,8 (DP=5,7)	21,2 (DP=6,7)	U=497.500	0,688
Dependência de gratificação	16,0 (DP=4,0)	16,4 (DP=4,0)	U=498.000	0,693
Persistência	4,3 (DP=1,9)	4,1 (DP=2,0)	U=478.000	0,507
Auto-direcionamento	19,4 (DP=7,6)	22,3 (DP=7,5)	U=409.500	0,119
Cooperatividade	29,4 (DP=6,8)	29,0 (DP=7,1)	U=515.000	0,684
Auto-transcendência	18,4 (DP=6,8)	17,8 (DP=7,1)	U=499.500	0,708

Os resultados apontam que os indivíduos com AP apresentam maior falta de planejamento quando comparados com os sujeitos do grupo CE.

5.3.4 COMPORTAMENTOS ADITIVOS (OU EXCESSIVOS) DOS INDIVÍDUOS COM CIÚME EXCESSIVO E AMOR PATOLÓGICO

Em relação aos comportamentos aditivos, após a análise da *PROMIS*, concluiu-se que não houve diferenças significativas entre os grupos com exceção do consumo de cafeína o qual é ligeiramente maior no grupo AP (ver tabela 22).

Tabela 22: Comparação dos comportamentos aditivos entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

Comportamentos aditivos	Ciúme Excessivo (n=32)	Amor patológico (n=33)	Coefficiente	p
Álcool	10,8 (DP=14,6)	7,2 (DP=10,7)	U=477.000	0,492
Drogas recreativas	4,9 (DP=12,4)	2,9 (DP=6,1)	U=511.500	0,788
Drogas prescritas	8,8 (DP=11,0)	6,3 (DP=6,5)	U=488.500	0,600
Tabaco	8,8 (DP=15,2)	8,5 (DP=15,5)	U=512.000	0,808
Cafeína	4,5 (DP=6,9)	6,4 (DP=7,0)	U=380.500	0,049
Jogo	6,1 (DP=11,0)	1,6 (DP=2,7)	U=436.500	0,194
Sexo	10,3 (DP=14,0)	7,8 (DP=9,8)	U=505.000	0,761
Relacionamento dominante	16,6 (DP=12,6)	18,6 (DP=13,0)	U=478.500	0,516
Relacionamento submisso	18,2 (DP=13,1)	18,2 (DP=11,2)	U=520.500	0,922
Ajuda dominante	15,0 (DP=9,3)	13,4 (DP=8,0)	U=480.500	0,533
Ajuda submissa	29,5 (DP=9,3)	27,3 (DP=11,5)	U=451.000	0,312
Trabalho	20,1 (DP=9,7)	17,2 (DP=9,0)	U=436.500	0,229
Exercícios	11,2 (DP=10,0)	8,9 (DP=7,1)	U=480.500	0,532
Compras	16,6 (DP=11,3)	16,3 (DP=11,6)	U=504.000	0,753
Comida (excesso)	10,3 (DP=7,8)	17,3 (DP=14,4)	U=517.000	0,885
Comida (privação)	18,5 (DP=15,6)	11,0 (DP=9,3)	U=521.000	0,927

5.3.5 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E AGRESSIVIDADE

Os resultados da tabela 23 mostram que o grupo CE e AP apresentam níveis semelhantes de ansiedade e depressão avaliados pela *BDI* e *BAI*, respectivamente.

Tabela 23: Comparação da sintomatologia depressiva e ansiosa entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

Aspectos emocionais	Ciúme Excessivo (n=32)	Amor patológico (n=33)	Coefficiente	p
Depressão	23,3 (DP=12,8)	24,6 (DP=14,2)	U=486.000	0,581
Ansiedade	23,8 (DP=13,9)	24,2 (DP=14,7)	U=503.500	0,748

Em relação à agressividade, constatamos que os indivíduos com CE tendem a ser mais impacientes quando comparados com os indivíduos com AP, porém a diferença não chega a ser estatisticamente significativa (tabela 24).

Tabela 24: Comparação de aspectos agressivos entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Estados emocionais</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Amor patológico (n=33)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Com raiva/Tranquilo	48,9 (DP=27,1)	52,1 (DP=33,1)	U=499.500	0,708
Amável/Provocador	49,3 (DP=30,9)	38,9 (DP=29,0)	U=414.500	0,136
Furioso/Calmo	53,7 (DP=27,8)	60,9 (DP=31,9)	U=452.000	0,318
Sociável/Retraído	47,3 (DP=31,0)	41,2 (DP=31,8)	U=458.000	0,358
Agressivo/Cabeça fria	45,3 (DP=26,6)	56,1 (DP=31,2)	U=415.000	0,138
Pronto para briga/Contido	53,6 (DP=28,1)	63,9 (DP=30,8)	U=409.500	0,120
Rancoroso/Tolerante	40,9 (DP=26,8)	49,8 (DP=34,0)	U=450.000	0,306
Paciente/Impaciente	64,1 (DP=28,2)	48,7 (DP=35,0)	U=399.500	<u>0,092</u>
Amigável/Hostil	36,1 (DP=20,7)	32,8 (DP=28,1)	U=454.000	0,331
Com má vontade/Com boa vontade	61,7 (DP=30,0)	69,8 (DP=31,1)	U=430.000	0,198
Chateado/Indiferente	31,9 (DP=27,8)	36,1 (DP=34,6)	U=520.000	0,916
Satisfeito/Aborrecido	60,7 (DP=30,1)	61,8 (DP=35,1)	U=512.500	0,839
Rebelde/Aceitador	48,8 (DP=27,9)	52,4 (DP=30,9)	U=489.000	0,609

5.3.6 ADEQUAÇÃO SOCIAL

Na tabela 25 estão dispostos os resultados da escala de adequação social. O grupo AP apresentou pior relação marital e vida social do que os sujeitos do grupo CE.

Tabela 25: Comparação da adequação social entre indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Adequação social</i>	<i>Ciúme Excessivo</i> (n=32)	<i>Amor patológico</i> (n=33)	<i>Coeficiente</i>	<i>p</i>
Trabalho	3,4 (DP=2,6)	3,8 (DP=2,6)	U=456.000	0,344
Social e lazer	2,5 (DP=0,9)	2,8 (DP=0,7)	U=420.500	0,158
Vida familiar	2,1 (DP=0,6)	2,6 (DP=1,0)	U=488.000	0,599
Relação marital	1,9 (DP=1,4)	1,1 (DP=1,4)	U=371.500	0,031
Relação com os filhos	0,9 (DP=0,9)	1,3 (DP=1,3)	U=417.000	0,122
Vida social	2,5 (DP=1,4)	1,7 (DP=1,5)	U=345.000	0,015
Condição econômica	2,2 (DP=1,6)	2,2 (DP=1,4)	U=505.500	0,757
Total	2,4 (DP=0,5)	2,5 (DP=0,6)	U=469.000	0,439

5.3.7 HISTÓRICO PESSOAL DE ABUSO INFANTIL

Os indivíduos com AP tiveram escores mais elevados de abuso/negligência física e emocional na infância, porém as diferenças não foram significativas (tabela 26).

Tabela 26: Histórico de abuso infantil em indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Histórico de abuso infantil</i>	<i>Ciúme Excessivo</i> (n=32)	<i>Amor patológico</i> (n=33)	<i>Coeficiente</i>	<i>p</i>
Abuso físico	7,4 (DP=3,0)	8,3 (DP=4,1)	U=485.500	0,567
Abuso emocional	10,5 (DP=5,4)	12,0 (DP=5,1)	U=425.000	0,175
Abuso sexual	7,9 (DP=5,2)	7,2 (DP=4,1)	U=509.500	0,784
Negligência emocional	12,4 (DP=4,0)	14,4 (DP=5,6)	U=402.500	<u>0,098</u>
Negligência física	8,3 (DP=3,3)	9,5 (DP=3,9)	U=434.500	0,215
Total	46,5 (DP=16,2)	51,4 (DP=16,7)	U=438.500	0,240

5.3.8 CARACTERÍSTICAS DO RELACIONAMENTO AMOROSO

De acordo com os resultados das três escalas que verificam a presença dos sintomas do ciúme, o grupo de ciúme excessivo e amor patológico não apresentaram diferenças estatísticas significativas, como mostra a tabela 27.

Tabela 27: Comparação das escalas de ciúme entre os indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Escalas de ciúme</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Amor Patológico (n=33)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
IJS	-64,7 (DP=25,3)	-57,3 (DP=30,3)	U=445.500	0,279
SRJS	93,3 (DP=13,6)	89,3 (DP=13,5)	U=441.500	0,256
QAR	87,4 (DP=9,7)	85,1 (DP=11,4)	U=457.500	0,354

Já em relação ao tipo de apego (ver tabela 28), o mais frequente nos dois grupos é o ansioso-ambivalente; porém destaca-se a frequência do apego rejeitador nos sujeitos com ciúme excessivo (37,5%), em comparação a somente 9,1% dos sujeitos com AP.

Tabela 28: Comparação dos tipos de apego entre os indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Tipos de Apego</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Amor Patológico (n=33)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Seguro	3 (9,4%)	11 (33,3%)	$\chi^2=10,017$	0,007
Rejeitador	12 (37,5%)	3 (9,1%)		
Ansioso-ambivalente	17 (53,1%)	19 (57,6%)		

Em relação ao relacionamento amoroso, os sujeitos com ciúme excessivo apresentam maior satisfação com o relacionamento amoroso

quando comparados com os indivíduos com amor patológico, ainda que a qualidade do relacionamento seja considerada ruim em ambos os grupos, como mostra a tabela 29.

Tabela 29: Comparação da qualidade do relacionamento amoroso entre os indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Satisfação do relacionamento amoroso</i>	<i>Ciúme Excessivo (n=32)</i>	<i>Amor Patológico (n=33)</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Satisfação com o relacionamento amoroso*	2,3 (DP=1,1)	1,7 (DP=1,2)	U=355.000	0,015
Qualidade do relacionamento	18,9 (DP=5,8)	18,1 (DP=6,4)	U=475.500	0,490

* Item 2 da EAR

Com base nos resultados da tabela 30 não houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao estilo de amor. O estilo de amor Mania é predominante nos dois grupos; porém nota-se uma tendência do grupo AP a apresentar com maior frequência o estilo de amor Ágape que denota dedicação e cuidado com o outro e o grupo CE uma tendência ao estilo de amor Ludus, ligado ao jogo da conquista.

Tabela 30: Comparação dos estilos de amor dos indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

<i>Estilo de amor</i>	<i>Ciúme Excessivo</i> (n=32)	<i>Amor Patológico</i> (n=33)	<i>Coefficiente</i>	<i>p</i>
Eros	10,6 (DP=2,9)	10,6 (DP=3,8)	U=502.500	0,737
Ludus	11,4 (DP=3,7)	13,1 (DP=3,2)	U=393.500	<u>0,075</u>
Estorge	14,8 (DP=3,5)	14,0 (DP=4,3)	U=472.000	0,461
Mania	6,8 (DP=2,6)	7,1 (DP=3,4)	U=513.500	0,847
Pragma	15,0 (DP=3,9)	16,2 (DP=3,3)	U=430.500	0,197
Ágape	10,1 (DP=3,2)	8,6 (DP=3,3)	U=392.500	<u>0,074</u>

5.3.9 MODELO FINAL DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Para a construção do modelo final foram analisadas as variáveis que poderiam melhor explicar as diferenças encontradas entre os grupos CE e AP. Para isto foi usada a regressão logística *backward stepwise*.

A escolha das variáveis para entrada no modelo baseou-se no índice de significância apresentado. Participaram aquelas que obtiveram p -valor $< 0,1$ e, que, portanto, de alguma maneira poderiam contribuir para diferenciar os grupos.

As variáveis escolhidas foram: episódio depressivo maior com características melancólicas do *MINI*, status conjugal (mora com o parceiro; namoro; não está envolvido), satisfação com o relacionamento amoroso, tipo de apego, fator falta de planejamento da *BIS-11*, item cafeína da *PROMIS*, item negligência emocional da *CTQ*, estilo de amor Ágape e Ludus, item impaciência da escala de agressividade, itens relação marital e vida social da *EAS*.

A cada passo, as variáveis foram selecionadas de acordo com seu nível de significância e capacidade de diferenciação.

O modelo final manteve as seguintes variáveis: características melancólicas do *MINI*, status conjugal, impaciência, negligência emocional, tipo de apego, satisfação com o relacionamento amoroso, estilo de amor Ágape e Ludus e adequação da vida social na diferenciação entre o grupo CE e o grupo AP, como mostra a tabela 31.

Tabela 31: Modelo final de regressão logística – indivíduos com ciúme excessivo e amor patológico

	B	S.E.	Wald	Gl	p	Exp(B)
Características melancólicas do <i>MINI</i>	3.518	1.569	5.027	1	0,025	33.732
Status conjugal	-	-	5.240	2	0,073	-
Mora com o parceiro	-3.473	1.760	3.894	1	0,048	0,031
Namoro	-6.654	3.002	4.913	1	0,027	0,001
Paciente/Impaciente	-0,042	0,021	3.990	1	0,046	0,958
Negligência Emocional	0,443	0,178	6.228	1	0,013	1.558
Apego	-	-	8.562	2	0,014	
Apego Seguro	6.948	2.466	7.939	1	0,005	1040.619
Apego Rejeitador	-3.802	1.981	3.684	1	0,055	0,022
Satisfação no relacionamento	-2.811	1.107	6.454	1	0,011	0,060
Ágape	0,761	0,335	5.158	1	0,023	2.140
Ludus	-0,414	0,208	3.955	1	0,047	0,661
Vida Social	-2.139	0.885	5.841	1	0.016	0.118
Constante	2.116	3.524	0.360	1	0.548	8.295

6 DISCUSSÃO

O objetivo da pesquisa foi estudar as relações entre o ciúme e o amor romântico em três amostras: sujeitos com ciúme excessivo, sujeitos portadores de amor patológico e sujeitos saudáveis, nos seguintes aspectos: transtornos psiquiátricos, dados sócio-demográficos, características de personalidade e impulsividade, outros comportamentos excessivos, história de abuso na infância, adequação social, intensidade de ciúme, qualidade no relacionamento, tipo de apego e estilo de amor.

6.1 CARACTERÍSTICAS DO GRUPO DE CIÚME EXCESSIVO

Observamos que o grupo CE se caracteriza por elevado índice de depressão. Isto está de acordo com Muzinic *et al* (2003); DeSteno *et al* (2006) e Fleischmann *et al* (2005). Da mesma forma observamos elevado índice de tentativas de suicídio, congruentes com os achados de Tarrier *et al* (1990) e Kingham & Gordon (2004). O transtorno de personalidade antissocial foi observado em 18,8% da amostra, concordando com achados de Holtzworth-Munroe *et al* (2003) e Echeburúa & Fernández (2007).

Surpreendentemente não encontramos frequência elevada de TOC, o que fala contra a hipótese que outros autores levantam de que o ciúme excessivo seria uma variante do TOC (Cobb & Marks, 1979; Tarrier *et al*, 1990; Stein *et al*, 1994; Torres *et al*, 1999; Marazziti *et al*, 2003; Val *et al*, 2009).

Também não confirmamos dados da literatura quanto à associação de ciúme excessivo com uso concomitante de álcool, conforme descrito por Mullen & Martin (1994); Michael *et al* (1995) e Kingham & Gordon (2004).

6.2 COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE CIÚME EXCESSIVO E DE SUJEITOS SAUDÁVEIS

A maioria do grupo CE relatou estar morando com o parceiro romântico, o que nos mostra a presença de um relacionamento estável. Dados da literatura indicam que quanto mais interdependentes as pessoas se tornam em um relacionamento amoroso, mais fortes são as expressões e os sentimentos de ciúme (Aune & Comstock, 1997). A média de idade entre os dois grupos diferiu. O grupo CE é relativamente mais velho, tendo em média 39 anos de idade comparativamente a 32 anos de idade dos sujeitos saudáveis, o que poderia explicar o grande índice de sujeitos morando com seus respectivos parceiros.

Houve diferença também no que diz respeito à etnia autodeclarada, a grande maioria do grupo CE é branca, e o grupo de sujeitos saudáveis é composto por brancos e negros.

Com relação à renda familiar mensal, no grupo dos indivíduos com CE, houve um grande desvio padrão (DP=17.240,76) por causa da renda de um dos participantes ser muito alta em relação aos demais.

A religião de origem é predominantemente católica, mudando no decorrer da vida tornando-se evangélicos ou espíritas, porém, não são pessoas praticantes.

Ambos os grupos estudaram aproximadamente até o ensino médio. Não houve diferenças estatísticas significativas em relação ao grau de instrução dos pais.

A impulsividade dos indivíduos com CE supera a dos sujeitos saudáveis nos três aspectos analisados: apresentam maior desatenção, falta de controle motor e de planejamento. Estes dados são congruentes com a literatura, que reporta que estes indivíduos tendem a reagir de forma mais fácil e exageradamente ante as situações onde a infidelidade e o amor do parceiro são postos em xeque, assim como apresentam maior tendência à agressividade (White & Mullen, 1989; Archer & Webb, 2006; Felson & Outlaw, 2007).

Quanto ao temperamento, aspecto mais inato da personalidade, os sujeitos com CE apresentam elevada busca de novidades e esquiva ao dano. No aspecto caráter, tem menor autodirecionamento e baixa cooperatividade. O alto índice de esquiva ao dano se associa a maior vulnerabilidade à ansiedade e depressão, maior insegurança, tanto em relação a si quanto ao relacionamento (Rydell & Bringle, 2007). A presença marcante do ciúme pode ser uma resposta ao medo da perda do relacionamento estimado. O baixo autodirecionamento estaria relacionado à baixíssima autoestima, com dúvidas constantes que ocupam o pensamento e suas ações todo o momento. Esse perfil de elevada impulsividade e

neuroticismo associada à baixa autoestima se revela compatível com o transtorno *borderline* de personalidade.

Em um estudo recente desenvolvido por Marazziti *et al* (2010a), os autores encontraram baixos níveis de autoestima nas mulheres com tendência a apresentar ciúme obsessivo.

Ainda, a partir das análises estatísticas pode-se observar que quanto menor o autodirecionamento, maiores são as chances do sujeito pertencer ao grupo CE.

Não houve diferenças entre as duas amostras com relação aos comportamentos aditivos (excessivos), à exceção dos aspectos relacionamento submisso, ajuda submissa, trabalho e uso de drogas prescritas pelos sujeitos do grupo CE. No relacionamento submisso, as pessoas tendem a ficar chateadas quando alguém próximo cuida de outra pessoa e se irritam e tornam-se mais impacientes quando as pessoas tomam conta delas mesmas e não do sujeito em questão; características estas congruentes com o ciúme excessivo, onde a pessoa não quer que o parceiro dê mais importância e atenção a uma terceira parte. O ciúme, normalmente, está relacionado com o medo da perda de uma relação valiosa e funciona também como um sinal de devoção ao parceiro (Aune & Comstock, 1997; Keenan & Farrel, 2000; Muzinic *et al*, 2003; Puente & Cohen, 2003; Fleischmann *et al*, 2005; DeSteno *et al*, 2006). Chama a atenção o fato desses sujeitos também serem mais *workaholics*. Em relação ao elevado índice de uso de drogas prescritas, vale ressaltar que no momento que foi aplicado o questionário para avaliação dos

comportamentos aditivos ou excessivos, os indivíduos da amostra ainda não estavam em tratamento na instituição.

Na comparação entre os indivíduos com CE e os sujeitos saudáveis foram utilizadas a escala de depressão de *Beck* e o *IDATE*, por já fazerem parte do protocolo aplicado no grupo de sujeitos saudáveis, permitindo assim a comparação entre as amostras.

O grupo CE apresentou maiores índices de depressão e traços ansiosos. Isto está de acordo com a literatura, que relata que sujeitos ciumentos são mais propensos à depressão e ansiedade (Tarrier *et al*, 1990; Muzinic *et al*, 2003; Marazziti *et al*, 2004; DeSteno *et al*, 2006; Fleischmann *et al*, 2005; Rydell & Bringle, 2007). Não foram observados diferenças de estado ansioso, ambos os grupos estavam calmos no momento em que responderam as escalas.

O grupo CE se mostrou mais agressivo em todos os subfatores da escala de agressividade. Este dado é congruente com a literatura que nos mostra o alto índice de violência cometida por parceiros ciumentos. Essa violência geralmente decorre do rompimento da relação afetiva ou da ameaça de término assim como pela tentativa de controlar os comportamentos do parceiro alvo do ciúme (Spitzber & Cupach, 1998; Leiva *et al*, 2001; Power *et al*, 2006; Glass *et al*, 2008; Coleman *et al*, 2009; DeSteno *et al*, 2006).

As pessoas com CE apresentam pior ajustamento social quando comparados com os sujeitos saudáveis em todos os aspectos da escala de

adequação social, com exceção da relação com os filhos e da condição econômica, coerente com os índices sócio-econômicos.

Tais dados também estão de acordo com relatos que sugerem que o ciúme patológico produziria maior interferência no cotidiano em comparação ao que ocorre no ciúme normal, com maior prejuízo e menor ajustamento social, decorrentes dos desentendimentos e brigas entre os parceiros diante dos familiares e amigos. Estes podem ocorrer também em lugares públicos. Por outro lado, pode ocorrer privação do comparecimento a festas, academias ou reuniões sociais, por exemplo, numa tentativa de diminuir a chance de encontro com potenciais rivais.

Os sujeitos do grupo CE sofreram mais abuso emocional e sexual na infância do que os sujeitos saudáveis. A ocorrência de abuso infantil pode estar associada com o alto índice de agressividade encontrada nesses sujeitos. Dados da literatura afirmam que os agressores motivados pelo ciúme excessivo geralmente sofreram violência familiar e/ou abuso infantil (Schumacher & Slep, 2004; Dobash *et al*, 2007; Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2007).

Como esperávamos, os sujeitos com ciúme excessivo apresentaram maiores escores do que os sujeitos saudáveis nas três escalas que avaliaram a intensidade do ciúme. Estes são indivíduos com autoestima baixa, maior nível de insegurança, presença de dúvidas e suspeitas sobre a infidelidade do parceiro (Muzini *et al*, 2003; DeSteno *et al*, 2006; Kingham & Gordon, 2004; Rydell & Bringle, 2007). Contudo, os sujeitos saudáveis também eram razoavelmente ciumentos pelo critério adotado (pontuação >

43 na escala QAR). Porém, tal ciúme não pode ser considerado excessivo já que não traz prejuízos para o relacionamento amoroso e vida social. Podemos fazer uma analogia com a dependência do álcool onde não é somente a quantidade de álcool que o sujeito ingere que determina se o mesmo é alcoolista ou não. Sendo assim, não é somente a quantidade de ciúme exacerbada que faz com que um indivíduo seja considerado ciumento excessivo, mas sim as consequências negativas que o ciúme excessivo traz para a vida do sujeito de forma geral.

São pessoas caracterizadas pelo apego ansioso-ambivalente, dado de acordo com a literatura, que mostra que os sujeitos com este tipo de apego sentem mais ciúme, maior insegurança afetiva e maiores sentimentos de raiva e tristeza (Hazan & Shaver, 1987; Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997). Este tipo de apego é ainda ligado ao amor obsessivo (Hazan & Shaver, 1987). O apego seguro é característico dos sujeitos saudáveis. Estes vêm o relacionamento como algo temporário, passível de término, porém que pode ser construído e melhorado no dia-a-dia, superando as divergências (Öner, 2001; Sophia *et al*, 2009).

Ainda em relação ao apego dos sujeitos do grupo CE, boa parte apresentou características do tipo de apego rejeitador. Este tipo de apego está ligado a valorização de si e inferiorização dos outros (modelo negativo dos outros), ou seja, baixa dependência e alta evitação do outro. Dados do estudo de Marazziti *et al* (2010b) apontam que sujeitos com apego medroso-rejeitador e preocupado apresentam menor autoestima e maior medo de perder o relacionamento.

A escala de satisfação com o relacionamento amoroso apontou menores índices de satisfação no grupo de CE. Alguns autores afirmam que o ciúme é um importante fator para a insatisfação no relacionamento amoroso (Öner, 2001; Fleischmann *et al*, 2005).

O estilo de amor prevalente na amostra de CE foi o Mania. Esse tipo de amor é caracterizado por amor obsessivo, ciúme e possessividade (Lee, 1997). Contrariamente, o grupo de sujeitos saudáveis apresentou como estilo de amor prevalente o Eros, o qual é considerado mais saudável e também o estilo de amor Estorge, onde o amor romântico se inicia através de uma longa amizade (Lee, 1997). O estilo de amor Estorge é uma das variáveis que diferencia os dois grupos, sendo assim, quando o indivíduo apresenta tal estilo de amor, ele se classifica no grupo dos sujeitos saudáveis, contrariamente, quanto menor for esse estilo de amor, maior a tendência do sujeito apresentar ciúme excessivo. Sujeitos com ciúme excessivo são muito impulsivos e, pessoas impulsivas tendem a se apaixonar a primeira vista, logo, é mais frequente no ciumento. Isto poderia explicar a pouca frequência do amor Estorge no grupo CE.

6.3 CARACTERÍSTICAS DO GRUPO CIÚME EXCESSIVO E AMOR PATOLÓGICO

Quando comparamos os sujeitos com CE e indivíduos portadores de AP não encontramos diferenças com relação a ocorrência de transtornos psiquiátricos ao longo da vida, elevada em ambos, com exceção da elevada

presença de transtornos depressivos com características melancólicas no grupo AP. A análise de regressão logística mostrou que a presença maior de características melancólicas no AP é importante na distinção com o CE.

Ainda, não se observaram diferenças na presença de transtornos do humor e do impulso. Ambos os grupos apresentaram o episódio depressivo como o mais prevalente (Norwood, 1985; Muzinic *et al*, 2003; DeSteno *et al*, 2006; Fleischmann *et al*, 2005).

Sobre as características sócio-demográficas, encontramos que o grupo CE, com relação ao status conjugal, tinha a maioria dos sujeitos morando com o parceiro romântico. Contrariamente, o grupo dos indivíduos com AP, na sua maior parte, não estavam envolvidos em nenhum relacionamento amoroso no momento da busca de tratamento. No modelo final de regressão logística, essa foi uma das variáveis que demonstraram diferenças entre os dois os grupos. Isso é importante porque mostra que, apesar das dificuldades, o ciumento consegue manter o parceiro. É possível que para o parceiro o comportamento dependente do AP seja mais difícil de lidar do que o ciúme em si levando ao rompimento da relação. Somado a isso está o fato de que o ciúme é visto como um sinal de afeto e amor, sendo confundido com quantidade de amor, onde quanto maior o ciúme, maior o sentimento de amor.

A pontuação de ambos os grupos é alta nos três subfatores da escala *BIS-11*, Em relação ao subfator falta de capacidade de planejamento, o grupo AP apresentou maior pontuação do que os indivíduos com CE. Isto faz sentindo já que indivíduos com CE precisam, de alguma maneira, planejar

seus interrogatórios e investigações acerca da infidelidade do parceiro para que não sejam descobertos por tal parceiro e isto exige algum grau de planejamento.

Sobre as características da personalidade, não houve diferenças significativas entre os grupos, ambos apresentando um padrão compatível com transtorno borderline de personalidade.

No que diz respeito aos comportamentos aditivos, também não houve diferenças entre os grupos com exceção do uso de cafeína, o qual foi ligeiramente maior no grupo AP, servindo como um sinal de preocupação com o consumo. Ambos apresentaram altos escores para relacionamento dominante, relacionamento submisso, ajuda dominante, ajuda submissa, compras e comida – excesso e privação.

Ambos os grupos mostraram elevação importante de sintomas depressivos e ansiosos, congruentes com os dados fornecidos pela literatura (Tarrier *et al*, 1990; Muzinic *et al*, 2003; Marazziti *et al*, 2004; DeSteno *et al*, 2006; Fleischmann *et al*, 2005; Rydell & Bringle, 2007; Sophia *et al*, 2009).

Quanto à agressividade, o grupo CE apresentou maior tendência à impaciência do que os sujeitos do grupo AP. É importante observar que os escores sugerem sempre a direção de maior agressividade ao grupo CE. Talvez o tamanho da amostra tenha sido insuficiente para detectar diferenças significativas neste aspecto. Com a relevância clínica da agressividade na avaliação desses pacientes e possíveis consequências para o parceiro, estudos com amostras maiores são extremamente necessários.

Os dois grupos apresentaram adequação social e qualidade de vida ruins. Os sujeitos com AP costumam abandonar outras atividades e pessoas antes valorizadas, em função do relacionamento patológico (Sophia *et al*, 2007) e o ciúme excessivo tende a limitar a vida do sujeito e do casal, privando-os muitas vezes de atividades sociais, pois procuram evitar situações provocadoras de ciúme (White & Mullen, 1989; Torres *et al*, 1999; Marazziti, 2009). Ainda assim, o grupo CE apresentou pior relação marital (até porque esta existe no caso do grupo CE e não existe no AP) e vida social mais prejudicada.

Tanto os indivíduos com CE quanto com AP apresentaram altos índices de abuso e/ou negligência física ou emocional durante a infância. Porém, os sujeitos do grupo CE tendem a apresentar maior incidência de negligência emocional. Muitos dos sujeitos que agredem seus parceiros sofreram violência familiar e/ou abuso infantil (Schumacher & Slep, 2004; Dobash *et al*, 2007; Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2007). Os indivíduos com AP geralmente provém de lares desajustados, com pais alcoolistas (Norwood, 1985).

Com relação à intensidade de ciúme, ambos os grupos mostraram escores altos nas avaliações, o que significa, que os indivíduos com AP são tão ciumentosos quando os indivíduos caracterizados pelo ciúme excessivo. Esse fato demonstra que estas características devem ser levadas em conta na diferenciação destes quadros.

Os indivíduos com CE têm maior frequência do apego rejeitador do que os indivíduos com AP. As pessoas com apego rejeitador temem o abandono,

acabam se distanciando física e emocionalmente de seus parceiros, se esforçam para manter a auto-estima, contudo tendem a falhar nas tentativas de lidar com as situações provocadoras de ciúme e, tendem a direcionar a culpa e raiva para o rival. Rydell & Bringle (2007) também encontraram que o ciúme por suspeita – crônico e excessivo – está ligado ao apego ansioso e ao apego rejeitador.

Contudo, o tipo de apego predominante em ambas as amostras foi o ansioso-ambivalente, o que se justifica por serem pessoas mais inseguras consigo mesmas e por se preocuparem muito com seus relacionamentos amorosos. Ciúme e apego são desencadeados por eventos similares, envolvendo as mesmas emoções e tendo a mesma função – preservação do relacionamento estimado (Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997; Guerrero, 1998). As pessoas que se percebem mais envolvidas no relacionamento do que os parceiros vivenciam ciúme com maior frequência e intensidade, os quais são característicos do apego ansioso-ambivalente (Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997). O apego ansioso-ambivalente foi positivamente correlacionado com o estilo de amor Mania (Guerrero, 1998; Sophia *et al*, 2009).

Este estilo de amor foi o mais prevalente nas duas amostras. Porém, os dois grupos tendem a diferir em relação ao estilo de amor Ludus, vivenciado mais pelo grupo CE e Ágape, mais vivenciado pela amostra de AP, concordante com estudo anterior (Sophia *et al*, 2009). Esta variável, então, é capaz de diferenciar os dois grupos, assim como o nível de satisfação com o relacionamento, que é maior no grupo de ciúme excessivo, novamente lembrando que o grupo CE mantém um relacionamento com maior

frequência do que o AP, que em grande parte não estava envolvido em um relacionamento amoroso no momento do estudo.

Indivíduos com AP mostraram menor índice de satisfação com último o relacionamento, que está relacionado ao fato de que estas pessoas mantêm o comportamento patológico, apesar da consciência que este acarreta prejuízos na sua vida pessoal e relacional (Sophia *et al*, 2009).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante levantar alguns problemas desta pesquisa que trazem limitações à interpretação dos resultados obtidos.

O principal é o pequeno tamanho da amostra para o número de comparações realizadas o que pode contribuir para inflar o erro tipo I (alfa). Por se tratar de estudo exploratório, no entanto, optamos por examinar todas as variáveis relevantes de modo a gerar subsídios para um estudo com amostra maior e também mais direcionado a ser realizado posteriormente no doutorado.

Outro problema é que a maior parte dos participantes era do sexo feminino, o que não nos possibilitou verificar potenciais diferenças entre os gêneros.

Chama a atenção que o grupo de comparação selecionado (de indivíduos saudáveis) é mais jovem do que o grupo de estudo (CE), o que pode influenciar a intensidade do ciúme que tende a diminuir com a idade. Como esta variável permaneceu no modelo final de regressão, pode ter influenciado os demais resultados.

Futuros estudos devem ter amostras maiores e proporções mais equilibradas entre os gêneros. Esforços deve ser feitos no sentido de selecionar amostras de comparação de idade mais próxima para evitar vies nas análises.

8 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos traçamos, a seguir, os principais achados deste estudo exploratório.

Indivíduos com ciúme excessivo, quando comparados com sujeitos saudáveis, apresentam:

- maiores índices de depressão e ansiedade;
- maior impulsividade;
- em relação à personalidade: busca de novidades e esquiva ao dano elevados, autodirecionamento e cooperatividade reduzidos;
- maior submissão ao relacionamento, maior dedicação ao trabalho e maior uso de drogas prescritas;
- maior agressividade;
- pior adequação social;
- maior incidência de abuso infantil;
- predominância do apego ansioso-ambivalente, e ainda alto índice de apego rejeitador, menor satisfação no relacionamento amoroso e predomínio do estilo de amor Mania.

Em conjunto, as características que **melhor diferenciam** o grupo CE do grupo de sujeitos saudáveis: é a baixa autoestima e a menor frequência do estilo de amor Estorge (relacionado à amizade).

Na comparação entre os grupos CE e AP observamos diversas semelhanças:

- elevada presença de sintomas depressivos e ansiosos;

- elevada impulsividade;
- baixa adequação social e elevado índice de abuso infantil;
- baixa qualidade do relacionamento amoroso;
- níveis elevados e comparáveis de ciúme;
- predomínio do tipo de apego ansioso-ambivalente e do estilo de amor Mania.

Também foram observadas importantes *diferenças* entre os grupos CE e AP.

O grupo CE mantém com maior frequência o relacionamento amoroso, apresenta maior capacidade de planejamento, maior tendência a agressividade e impaciência e alta frequência do tipo de apego rejeitador e do estilo de amor Ludus

Já o grupo AP apresenta maior frequência de transtorno depressivo com características melancólicas ao longo da vida, com maior frequência não estão envolvidos em um relacionamento amoroso atual, tendem ao consumo excessivo de cafeína, apresentam alta frequência do estilo de amor Ágape e menor satisfação no último relacionamento amoroso.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Andrade L, Gorenstein C. Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. In: Gorenstein C; Andrade LHSG; Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 139-144.

Ansara DL, Hindin MJ. Perpetration of intimate partner aggression by men and women in the Philippines – Prevalence and associated factors. *J Interpers Violence.* 2008;53(4):549-80.

Archer J, Webb IA. The relation between scores on the Buss-Perry Aggression Questionnaire and aggressive acts, impulsiveness, competitiveness, dominance and sexual jealousy. *Aggress Behav.* 2006;32:464-73.

Aune KS, Comstock J. Effect of relationship length on the experience, expression, and perceived appropriateness of jealousy. *J Soc Psychol.* 1997;137(1):23-31.

Babcock JC, Costa DM, Green CG, Eckhardt CI. What situations induce intimate partner violence? A reliability and validity study of the Proximal Antecedents to Violent Episodes (PAVE) Scale. *J Fam Psychol.* 2004;18(3):433-42.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. *Escalas Beck:* Inventário de depressão de Beck (BDI), Inventário de ansiedade (BAI), escala de desesperança de Beck

(BHS) e escala de ideação suicida (BSI). Tradução de Cunha JA. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

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

Bernstein DP, Fink L. *Childhood trauma questionnaire. A retrospective self report. Manual*. The psychological corporation: Harcourt Brace & Company (San Antonio); 1998.

Berscheid E. Love in the fourth dimension. *Annu Rev Psychol*. 2010;61:1-25.

Berti MP, Lorena A, Sophia EC, Gorestein C, Pereira AP, Oliveira C, Córdas T, Tavares H, Zilberman ML. Tradução e adaptação de escalas para avaliação do amor. *Rev Psiq Clin*. (no prelo).

Bond AJ, Lader M. A method to elicit aggressive feeling and behaviors via provocation. *Biol Psychol*. 1896;22-69-79.

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

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

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

Bringle RG, Roach S, Andler C, Evenbeck S. Measuring the intensity of jealous reactions. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 1979.

Bringle RG. Psychosocial aspects of jealousy: a transactional model. In: *The psychology of envy and jealousy*. Salovey P. 2007. The Guildford Press.103-31.

Bussab W O; Morettin PA. *Estatística Básica*. 4 ed. São Paulo: Atual, 1987.

Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefever RMH, Lefefer R. The shorter PROMIS questionnaire further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addiction behaviours. *Addict Behav*. 2003; 28:225-48.

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

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-90.

Cobb JP, Marks IM. Morbid jealousy featuring as obsessive-compulsive neurosis: treatment by behavioural psychotherapy. *Br J Psychiat*. 1979;134:301-5.

Coleman PK, Rue VM, Coyle CT. Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health*. 2009;123(4):331-8.

Cortez DM, Kim HK. Typological approaches to violence in couples: a critique and alternative conceptual approach. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(3):253-65.

Costa AL, Nogueira MCC, Zilberman ML. Ciúme e agressividade no relacionamento amoroso. In: Hutz C, Reppold C, Busnello E (org.) *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. (no prelo).

Costa DM, Babcock JC. Articulated thoughts of intimate partner abusive men during anger arousal: correlates with personality disorder features. *J Fam Violence*. 2008;23(6):395-402.

Cramer RE, Lipinski RE, Meteer JD, Houska JA. Sex differences in subjective distress to unfaithfulness: testing competing evolutionary and violation of infidelity expectations hypotheses. *J Soc Psychol*. 2008;148(4):389-405.

Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas de Beck*. São Paulo, Casa do Psicólogo; 2001.

Del Ben K, Fremouw W. Stalking: developing an empirical typology to classify stalkers. *J Forensic Sci*. 2002;47(1):152-8.

Dermitas HA. Sex differences in sexual versus emotional jealousy: evolutionary approach and recent discussions. *Turk J Psychiatr*. 2008;19(3):1-8.

DeSteno D, Bartlett MY, Braverman J, Salovey P. Sex differences in jealousy: evolutionary mechanism or artifact of measurement? *J Pers Soc Psychol*. 2002;83(5):1103-16.

DeSteno D, Valdesolo P, Bartlett MY. Jealousy and the threatened self: getting to the heart of the green-eyed monster. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91(4):626-41.

Dobash RE, Dobash RP, Cavanagh K, Medina-Ariza J. Lethal and nonlethal violence against an intimate female partner: comparing male murderers to nonlethal abusers. *Violence Against Women*. 2007;13(4):329-53.

Dolan M, Bishay N. The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of non-psychotic morbid jealousy. *Brit J Psychiatry*. 1996;168:588-93.

Easton JA, Shackelford TK, Schipper LD. Delusional disorder-jealous type: how inclusive are the DSM-IV diagnostic criteria? *J Clin Psychol*. 2008;64(3):264-75.

Echeburúa E, Fernández-Montalvo. Male batterers with and without psychopathy: an exploratory study in Spanish prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2007;51(3):254-63.

Enoch D. Delusional Jealousy and awareness of reality. *Br J Psychiatry*. 1991;159(14):52-6.

Felson RB, Outlaw MC. The control motive and marital violence. *Violence Vict*. 2007;22(4):387-407.

Ferreira-Santos, E. *Ciúme: o medo da perda*. 3 ed. São Paulo: Ática: 1998.

Ferreira-Santos, E. O tormento de Otelo: descrito na obra de William Shakespeare como o “mosntro de olhos verdes”, o ciúme congrega sentimentos contraditórios, mas também pode se transformar em doença. *Rev Mente & Cérebro*, 2006; 166:54-7.

Fisher H. *Why we love: the nature and chemistry of romantic love*. New York: Henry Holt and Company; 2004.

Fleischmann AA, Spitzberg BH, Andersen PA, Roesch SC. Tickling the

monster: jealousy induction in relationships. *J Soc Pers Relat.* 2005;22(1):49-73.

Foran HM, O'Leary KD. Problem drinking, jealousy, and anger control: variables predicting physical aggression against a partner. *J Fam Viol.* 2008;23:141-48.

Freeman T. Psychoanalytical aspects of morbid jealousy in women. *Br J Psychiatry.* 1990;156:68-72.

Freud, S. Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. O Inventário de temperamento e Caráter de Cloninger - Validação da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia.* 1ªed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. v.1,p.363-76.

Gage AJ. Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Soc Sci Med.* 2005;61(2):343-64.

Ghertman IA. *Sobre o amor.* [cited 2007 jul 14]. Disponível em: www.psicoway.com.br/iso/sobre_o_amor.htm.

Glass N, Laughon K, Rutto C, Bevacqua J, Campbell CJ. Young adult intimate partner femicide. *Homicide Stud.* 2008;12(2):177-87.

Goldenberg JL, Landau MJ, Pyszczynski T, Cox CR, Greenberg J, Solomon S, Dunnam H. Gender-typical responses to sexual and emotional infidelity as a function of mortality salience induced self-esteem striving. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003;29(12):1585-95.

Gorenstein C et al. Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – Validação da Versão em Língua Portuguesa. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial; 2000. p. 401-406.

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

Green MC, Sabini J. Gender, socioeconomic status, age, and jealousy: emotional responses to infidelity in a national sample. *Emotion*. 2006;6(2):330-4.

Guerrero LK. Attachment-style differences in the experience and expression of romantic jealousy. *Pers Relation*. 1998;5(3):273-91.

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

Harmon-Jones E, Peterson CK, Harris CR. Jealousy: novel methods and neural correlates. *Emotion*. 2009;9(1):113-7.

Harris CR. Psychophysiological responses to imagined infidelity: the specific innate modular view of jealousy reconsidered. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78(6):1082-91.

Harris CR. The evolution of jealousy. *Am Sci*. 2004;92:62-71.

Hazan C, Shaver P. Conceptualizing romantic love as an attachment process. *J Pers Soc Psych.* 1987; 29:270-80.

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

Hendrick SS. A generic measure of relationship satisfaction. *J Marriage Family.* 1998; 50:93-98.

Holtzworth-Munroe A, Meehan JC, Herron K, Rehman U, Stuart GL. Do subtypes of maritally violent men contribute to differ over time? *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):728-40.

Holtzworth-Munroe A, Meehan JC, Herron K, Rehman U, Stuart GL. Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(6):1000-19.

Jaspers K. *Psicopatologia geral.* 2 ed. São Paulo: Livraria Atheneu; 1973.

Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet.* 2002;359(9315):1423-9.

Keenan PS, Farrell DP. Treating morbid jealousy with eye movement desensitization and reprocessing utilizing cognitive inter-weave – A case report. *Couns Psychol Quart.* 2000;13(2):175-89.

Kingham M, Gorgon H. Aspects of morbid jealousy. *Adv in Psychiatric Treatment.* 2004; 10:207-15.

Lamoglia CV, Minayo MC. Marital violence, a social and public health problem: a study in a police station in the state of Rio de Janeiro. *Cien Saúde Colet.* 2009,14(2):595-604.

Lane RD. Successful fluoxetine treatment of pathological jealousy. *J Clin Psychiatr.* 1990;51(8):345-46.

Lawrie SM, Phil M. Attacks of jealousy that responded to clomipramine. *J Clin Psychiatr.* 1998;59(6):317-18.

Lee JA. Ideologies of Lovestyle and Sexstyle. In: deMunck V.C. (ed.). *Romantic Love and Sexual Behavior: Perspectives From the Social Sciences.* Westernport Connecticut: Praeger; 1998. pp. 33-76.

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

Leiva PG, Jacinto LG, Ortiz JMC. Reacción de celos ante una infidelidad: diferencias entre hombres y mujeres y características del rival. *Psicothema.* 2001; 13(4):611-16.

Levine SB. What is love anyway? *J SexMarital Ther.* 2005; 31:143-51.

Maggini C, Lundgren E, Leuci E. Jealousy love and morbid jealousy. *Acta Biomed.* 2006;77:137-46.

Maner JK, Miller SL, Rouby DA, Gailliot MT. Intrasexual vigilance: the implicit cognition of romantic rivalry. *J Pers Soc Psychol.* 2009;97(1):74-87.

Marazziti D, Consoli G, Albanese F, Laquidara E, Baroni S, Dell'Osso MC. Romantic attachment and subtypes/dimensions of jealousy. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2010b; 6: 53-8.

Marazziti D, Nasso E, Masala I, Baroni S, Abelli M, Mengali F, Rucci P. Normal and obsessional jealousy: a study of a population of young adults. *Eur Psychiatry.* 2003a; 18:106-11.

Marazziti D, Sbrana A, Rucci P, Cherici L, Mungai F, Gonnelli C, Massimetti E, Raimondi F, Doria MR, Spagnolli S, Ravani L, Consoli G, Osso MC. Heterogeneity of the jealousy phenomenon in the general population: an Italian study. *CNS Spectr.* 2010;15(1):19-24.

Marazziti D. ... e viveram ciumentos e felizes para sempre. Porto Alegre: Casa Editorial Luminara, 2009.

Marazziti D; Rucci P; Di Nasso E. et al. Jealousy and subthreshold psychopathology: a serotonergic link. *Neuropsychobiology*, 2003b;47(1):12-6.

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.

Mathes EW. Relationship between short-term sexual strategies and sexual jealousy. *Psychol Rep.* 2005;96(1):29-35.

Mathes EW; Severa N. Jealousy, Romantic Love and Liking: Theoretical Considerations and Preliminary Scale Development. *Psychol Rep.* 1981; 49:23-31.

Michael A, Mirza S, Mirza KA, Babu VS, Vithayathil E. Morbid jealousy in alcoholism. *Br J Psychiatry.* 1995;167(5):668-72.

Muise A, Christofides E, Desmarais S. More information than you ever wanted: does Facebook bring out the green-eyed monster of jealousy? *Cyberpsychol Behav.* 2009;12(4):441-4.

Mullen PE. Jealousy and violence. *Hong Kong J of Psychiatry.* 1995;5:18-24.

Muñoz-Rivas MJ, Graña Gómez JL, O'Leary KD, González Lozano P. Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema*. 2007;19(1):102-7.

Muzinic L, Goreta M, Jukic V, Dordevic V, Koic E, Herceg M. Forensic importance of jealousy. *Coll. Antropol*. 2003;27(1):293-300.

Neter J; Kutner MH; Wasserman W. Nachtsheim CJ. *Applied linear statistical models*. 4 ed. Illinois: Richard D. Irwing; 1996.

Nóbrega SM, Fontes EPG, Paula FMSM. Do amor e da dor: representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. *Estud Psicol*. 2005; 22(1):77-87.

O'Leary KD, Smith Slep AM, O'Leary SG. Multivariate models of men's and women's partner aggression. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(5):752:64.

Okimura JT, Norton SA. Jealousy and mutilation: nose-biting as retribution for adultery. *Lancet*. 1998;352(9145):2010-1.

Öner B. Factors predicting future time orientation for romantic relationships with the opposite sex. *J Psychol*. 2001;135(4):430-8.

Opler LA, Feinberg SS. The role of pimozide in clinical psychiatry: a review. *J Clin Psychiatr*. 1991;52(5):221-30.

Pasini W. *Ciúme: a outra face do amor*. Rio de Janeiro:Rocco, 2006.

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

Pillai K, Kraya N. Psychostimulants, adult attention deficit hyperactivity disorder and morbid jealousy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:160-3.

Pines AM, Friedman A. Gender differences in romantic jealousy. *J Soc Psychol*. 1998;138(1):54-71.

Power C, Koch T, Kralik D, Jackson D. Lovestruck: women, romantic love and intimate partner violence. *Contemp Nurse*. 2006;21(2):174-85.

Puente S, Cohen D. Jealousy and the meaning (or nonmeaning) of violence. *Pers Soc Psychol Bull*. 2003;29(4):449-60.

Radecki-Bush C, Farrell AD, Bush JP. Predicting jealous responses: the influence of adult attachment and depression on threat appraisal. *J Soc Pers Relation*. 1993; 10:569-88.

Rilling JK, Winslow JT, Kilts CD. The neural correlates of mate competition in dominante male Rhesus macaques. *Biol Psychiatry*. 2004;56(5):364-75.

Russell RJH, Wells P. Predicting marital violence from the Marriage and Relationship Questionnaire: using the LISREL to solve an incomplete data problem. *Pers Individ Differ*. 2000;29(3):429-40.

Rustemeyer R, Wilbert C. Jealousy within the perspective of a self-evaluation maintenance theory. *Psychol Rep*. 2001;88(3 Pt 1):799-804.

Rydell RJ, Bringle RG. Differentiating reactive and suspicious jealousy. *Soc Behav Person*. 2007;35(8):1099-114.

Sabini J, Green MC. Emotional responses to sexual and emotional infidelity: constants and differences across genders, samples, and methods. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004;30(11):1375-88.

Schumacher JA, Slep AM. Attitudes and dating aggression: a cognitive dissonance approach. *Prev Sci.* 2004;5(4):231-43.

Sharpsteen DJ, Kirkpatrick LA. Romantic jealousy and adult romantic attachment. *Pers Proc Individ Diff.* 1997;72(3):627-40.

Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20);22-33.

Silva P. Jealousy in couple relationships: nature, assessment and therapy. *Behav Res Ther.* 1997;35(11):973-85.

Sophia EC, Tavares H, Berti M, Pereira AP, Lorena A, Mello C, Gorenstein C, Zilberman ML. Pathological Love: impulsivity, personality, and romantic relationship. *CNS Spectr.* 2009;14(5):268-74.

Sophia EC, Tavares H, Zilberman ML. Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):55-62.

Soyka M. Delusional jealousy and localized cerebral pathology. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998;10(4):472.

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

Spitzberg BH, Cupach WR. *The dark side of close relationships.* Lawrence Erlbaum, 1998.

Spiwak R, Brownridge DA. Separated women's risk for violence: an analysis of the Canadian situation. *J Divorce & Remarriage.* 2005;43(3-4):105-18.

Stein DJ, Hollander E, Josephson SC. Serotonin reuptake blockers for the treatment of obsessional jealousy. *J Clin Psychiatr.* 1994;55(1):30-34.

Sukru U, Huner A, Yerlikaya EE. Violence by proxy in Othello syndrome. *Prim Care Psychiat.* 2004;9(4):121-23.

Takahashi H, Matsuura M, Yahata N, Koeda M, Suhara T, Okubo Y. Men and women show distinct brain activations during imagery of sexual and emotional infidelity. *Neuroimage.* 2006; 32:1299-307.

Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Bishay N. Morbid jealousy: a review and cognitive-behavioural formulation. *Br J Psychiatry.* 1990;157:319-26.

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):433-38.

Tilley DS, Brackley M. Men who batter intimate partners: a grounded theory study of the development of male violence in intimate partner relationships. *Issues Ment Health Nurs.* 2005;26(3):281-97.

Torres AR, Ramos-Cerqueira ATA, Dias RS. O ciúme enquanto sintoma do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(3):165-73.

Val AC, Nicolato R, Salgado JV, Teixeira AL. Ciúme patológico e transtorno obsessivo compulsivo (TOC). *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(2):181-92.

Voracek M. Marital status as a candidate moderator variable of male-female differences in sexual jealousy: the need for representative population samples. *Psychol Rep.* 2001;88(2):553-66.

Weissman MM, Bothwell S. Assessment os social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*. 1976; 33:1111-5.

Westlake RJ, Weeks SM. Pathological jealousy appearing after cerebrovascular infarction in a 25-year-old woman. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(1):105-7.

White G; Mullen PE. *Jealousy: theory, research, and clinical strategies*. New York: The Guilford Press; 1989.

Wilson M, Jovic V, Daly M. Extracting implicit theories about the risk of coercive control in romantic relationships. *Pers Relat*. 2001;8(4):457-77.

Wright S. Familial obsessive-compulsive disorder presenting as pathological jealousy successfully treated with fluoxetine. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:430-1.

Yoshimura SM. Emotional and behavioral responses to romantic jealousy expressions. *Communi Rep*. 2004;17(2):85-101.

Zilberman ML, Tavares H, el-Guebaly N. Relationship between craving and personality in treatment-seeking woman with substance-related disorders. *BMC Psychiatry*. 2003; 3:1.

10 ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

1. NOME: :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

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

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Estudo da correlação entre os sentimentos de ciúme e amor conjugal em amostras de pessoas com ciúme excessivo, amor patológico e sujeitos sem patologia psiquiátrica

PESQUISADOR : Monica Levit Zilberman

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisadora

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 72538

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

1 – Desenho do estudo e objetivo(s):

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa o conhecimento do ciúme excessivo e das principais dificuldades pessoais, familiares e de relacionamento dos portadores, é importante também para o tratamento dessa condição, assim como do amor patológico. O objetivo principal da pesquisa é estudar as relações entre o sentimento ciúme e o sentimento amor em um relacionamento amoroso.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros:

O estudo será feito através do preenchimento de questionários sobre dados sócio-demográficos, intensidade do ciúme

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados:

– auto-preenchimento das escalas.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3;

Não há desconforto nem risco, pois os instrumentos são anônimos e sigilosos, portanto, o nome do indivíduo nunca é divulgado.

5 – Benefícios para o participante:

Respondendo aos questionários, o indivíduo poderá compreender melhor seu funcionamento emocional e o seu relacionamento amoroso.

7 – Garantia de acesso:

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Monica Levit Zilberman que pode ser encontrada no endereço Rua Ovídio Pires de Campos, s/n – Jd. América; Telefone(s) (11) 38143920. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

13 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "O estudo da correlação entre os sentimentos de ciúme e de amor"

Eu discuti com o Dra. Monica Levit Zilberman sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante
legal

Data ____ / ____ / ____

(Somente para o responsável do projeto)

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

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

11 ANEXO II – ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO CIÚME**EIC**

Ao responder cada item coloque o nome do seu namorado ou namorada no espaço. Utilize a escala abaixo para expressar os seus sentimentos em relação à verdade do item. Por exemplo, se você sente que é absolutamente verdadeiro para você, coloque o número 9 no espaço antes do item. Se for só decididamente verdadeiro, coloque um 8 no espaço, etc.

9= absolutamente verdadeiro; concordo completamente

8= decididamente verdadeiro

7= verdadeiro

6= ligeiramente verdadeiro

5= nem verdadeiro nem falso

4= ligeiramente falso

3= falso

2= decididamente falso

1=absolutamente falso; discordo completamente

__1- Se ____ encontrasse um antigo amigo do sexo oposto e respondesse com grande felicidade, eu ficaria perturbado(a).

__2- Se ____ saísse com amigos do mesmo sexo, eu me sentiria na obrigação de saber o que ele/ela fez.

__3- Se ____ admirasse alguém do sexo oposto eu ficaria irritado(a).

__4- Se ____ ajudasse alguém do sexo oposto com deveres de casa, eu ficaria desconfiado(a).

__5- Quando o/a ____ gosta de um dos meus amigos eu fico satisfeito(a).

__6- Se ____ fosse viajar no final de semana sem mim, minha única preocupação seria que ele/ela se divertisse.

__7- Se ____ se dispusesse ajudar alguém do sexo oposto eu ficaria enciumado(a).

__8- Quando o/a ____ fala de experiências felizes do seu passado, eu fico triste por não ter feito parte.

__9- Se ____ ficasse chateado(a) pelo tempo que eu passo com outras pessoas, eu ficaria lisonjeado(a).

__10- Se ____ e eu fôssemos a uma festa e eu perdesse ele(a) de vista, eu me sentiria desconfortável.

__11- Eu quero que _____ seja amigo(a) das pessoas com quem ele/ela costumava namorar.

__12- Se _____ saísse com outras pessoas, eu ficaria infeliz.

__13- Quando eu percebo que o/a _____ e uma pessoa do sexo oposto tem algo em comum, eu fico com inveja.

__14- Se _____ ficasse íntimo(a) de alguém do sexo oposto, eu me sentiria muito infeliz e/ou brava(o).

__15- Eu gostaria que o/a _____ fosse fiel a mim.

__16- Eu não acho que me incomodaria se o/a _____ flertasse com alguém do sexo oposto.

__17- Se alguém do sexo oposto elogiasse o/a _____, eu acharia que a pessoa estaria tentando roubá-lo (a) de mim.

__18- Eu gosto quando o/a _____ faz um(a) novo(a) amigo (a).

__19- Se _____ passasse uma noite confortando um amigo do sexo oposto que tivesse tido uma experiência trágica, a compaixão do(a) _____ me agradaria.

__20- Se alguém do sexo oposto prestasse atenção no/a _____, eu ficaria possessiva(o).

__21- Se _____ se ficasse todo animado e abraçasse alguém do sexo oposto, me sentiria feliz por ele/ela estar expressando seus sentimentos abertamente.

__22- O pensamento do(a) _____ beijando outra pessoa me leva à loucura.

__23- Se alguém do sexo oposto ficasse excitado(a) ao ver _____ eu ficaria desconfortável.

__24- Eu gosto de achar defeitos nos antigos relacionamentos do/da _____.

__25- Eu me sinto possessiva(o) em relação ao/à _____ .

__26- Se _____ tivesse sido casado(a), eu teria ressentimento em relação à/ao ex-esposa/esposo.

__27- Se eu visse uma foto do/a _____ com um(a) antigo(a) namorado(a), eu ficaria triste.

__28- Se _____acidentalmente me chamasse pelo nome errado, eu ficaria furioso(a).

EARC

Abaixo estão algumas situações nas quais você pode ter se envolvido ou em que você poderia vir se envolver. Avalie com atenção como você se sentiria se fosse confrontado(a) com cada situação, colocando uma marca no espaço em branco da escala. Não omita nenhum item.

1. Seu/sua parceiro(a) manifesta o desejo de que vocês desenvolvam outros relacionamentos afetivos.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

2. Seu/sua parceiro(a) passa cada vez mais tempo no trabalho com um(a) colega que você acha que poderia ser sexualmente atraente para seu/sua parceiro(a).

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

3. Seu/sua parceiro(a) mostra repentino interesse em ir a uma festa ao descobrir que alguém, com quem já esteve romanticamente envolvido(a) antes, estará presente.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

4. Em uma festa, seu/sua parceiro(a) abraça outra pessoa além de você.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

5. Você percebe que seu/sua parceiro(a) olha repetidamente para outra pessoa.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

6. Seu/sua parceiro(a) passa cada vez mais tempo em atividades nas quais você não está incluído(a).

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

aborrecido

7. Em uma festa, seu/sua parceiro(a) beija alguém que você não conhece.

___ Satisfeito ___ Ligeiramente ___ Aborrecido
aborrecido
___ Muito aborrecido ___ Extremamente
aborrecido

8. Seu chefe, com quem você teve uma boa relação de trabalho no passado, parece estar mais interessado no trabalho de outra pessoa.

___ Satisfeito ___ Ligeiramente ___ Aborrecido
aborrecido
___ Muito aborrecido ___ Extremamente
aborrecido

9. Seu/sua parceiro(a) vai diversas noites a um bar sem você.

___ Satisfeito ___ Ligeiramente ___ Aborrecido
aborrecido
___ Muito aborrecido ___ Extremamente
aborrecido

10. Seu/sua parceiro(a) recebeu recentemente uma promoção e essa nova posição exige muitas viagens, jantares de negócio e festas, a maioria das quais você não está convidada a comparecer.

___ Satisfeito ___ Ligeiramente ___ Aborrecido
aborrecido
___ Muito aborrecido ___ Extremamente
aborrecido

11. Em uma festa, seu/sua parceiro(a) dança com alguém que você não conhece.

___ Satisfeito ___ Ligeiramente ___ Aborrecido
aborrecido
___ Muito aborrecido ___ Extremamente
aborrecido

12. Você e seu/sua colega de trabalho trabalharam arduamente em um projeto extremamente importante. No entanto, seu chefe deu todos os créditos para o/a seu/sua colega.

___ Satisfeito ___ Ligeiramente ___ Aborrecido
aborrecido
___ Muito aborrecido ___ Extremamente
aborrecido

13. Alguém flerta com seu/sua parceiro(a).

___ Satisfeito ___ Ligeiramente ___ Aborrecido
aborrecido

aborrecido

21. Seu irmão ou sua irmã parecem receber mais afeto e/ou atenção por parte de seus pais.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

22. A pessoa que foi seu/sua assistente por vários anos no trabalho decide aceitar um emprego semelhante com outra pessoa.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

23. O grupo ao qual você pertence parece estar deixando você fora dos planos, atividades, etc.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

24. Seu/sua melhor amigo(a) mostra repentino interesse em fazer coisas com outra pessoa.

<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Ligeiramente aborrecido	<input type="checkbox"/> Aborrecido
<input type="checkbox"/> Muito aborrecido	<input type="checkbox"/> Extremamente aborrecido	

QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTOS AFETIVOS (QRA)

1. Você se preocupa muito com seu/sua parceiro(a) [esposo(a), noivo(a), namorado(a)]?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
2. Você se preocupa com a possibilidade de que seu/sua parceiro(a) não seja sincero(a) com você?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
3. Você se preocupa com a possibilidade de que seu/sua parceiro(a) faça algo sem te informar?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
4. Se seu/sua parceiro(a) conversa com alguém do sexo oposto:
a) você não presta atenção b) você se preocupa só um pouco
c) você fica desconfiado(a) d) você sofre
5. Às vezes você acha que seu/sua parceiro(a) poderia ser infiel à você?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
6. Você desconfia de alguém em particular?
a) não b) sim Se sim,
quem? _____
7. Estas preocupações, quando presentes:
a) não incomodam você em absoluto b) raramente incomodam você
c) incomodam um pouco d) incomodam muito
8. Estas preocupações, se presentes, ocupam (aproximadamente):
a) menos de 1 h por dia b) entre 1 e 4h por dia c) entre 4 e 8h por dia d) mais de 8h por dia
9. Estas preocupações, se presentes, parecem excessivas e pouco razoáveis para você?
a) sempre b) muitas vezes c) às vezes d) nunca
10. Estas preocupações, se presentes:
a) não interferem em suas atividades diárias
b) interferem apenas um pouco em suas atividades diárias
c) interferem bastante em suas atividades diárias
d) interferem significativamente em suas atividades diárias
11. Você tenta resistir a esses pensamentos, se presentes:
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre

12. Você consegue controlá-los ou afastá-los da sua mente, se presentes:
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
13. Você usa alguma estratégia em particular (ex.: pensar em outra coisa ou em fazer algo) para afastar estes pensamentos de sua mente?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
14. Estes pensamentos influenciam seu relacionamento com seu/sua parceiro(a)?
a) não b) um pouco c) muito d) demais
15. Você evita falar sobre traição?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
16. Você evita situações nas quais seu/sua parceiro(a) possa conhecer uma pessoa do sexo oposto (tais como, jantares, festas, clubes, etc)?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
17. Você se aborrece com material obsceno (tais como pornografia, piadas) e tudo relacionado à liberdade sexual?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
18. Você prefere que seu/sua parceiro(a) não saia ou tire férias a não ser com você?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
19. Você tende a proibir seu/sua parceiro(a) a sair sozinho a noite ou sair de férias a não ser com você?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
20. Como você avalia seu relacionamento sexual com seu/sua parceiro(a)?
a) satisfatório b) bom, mas poderia ser melhor c) não satisfatório d) insatisfatório
21. Com que frequência você tem relações sexuais?
a) várias vezes por semana b) uma vez por semana
c) de 1 a 3 vezes por mês d) nunca teve uma relação completa
22. Você tem medo de não satisfazer sexualmente seu/sua parceiro(a)?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
23. Você tem medo de não ser atraente para seu/sua parceiro(a) ou de não despertar o interesse dele(a)?
a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre
24. Você investiga o comportamento do(a) seu/sua parceiro(a)?

a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre

25. Você investiga seus pertences? (ex.: agendas, livros, comprovantes, cartas, etc)?

a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre

26. Você ouve secretamente os telefonemas de seu/sua parceiro(a)?

a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre

27. Você já pensou em espionar seu/sua parceiro(a)?

a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre

28. Você investiga o que o/a seu/sua parceiro(a) lhe conta (ex.: procurando informações com outras pessoas)?

a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre

29. Você investiga a roupa íntima do(a) seu/sua parceiro(a) para achar "traços" de relações sexuais?

a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre

30. Você checa o modo dele(a) se vestir, quando vai sair sozinho(a)?

a) nunca b) às vezes c) muitas vezes d) sempre